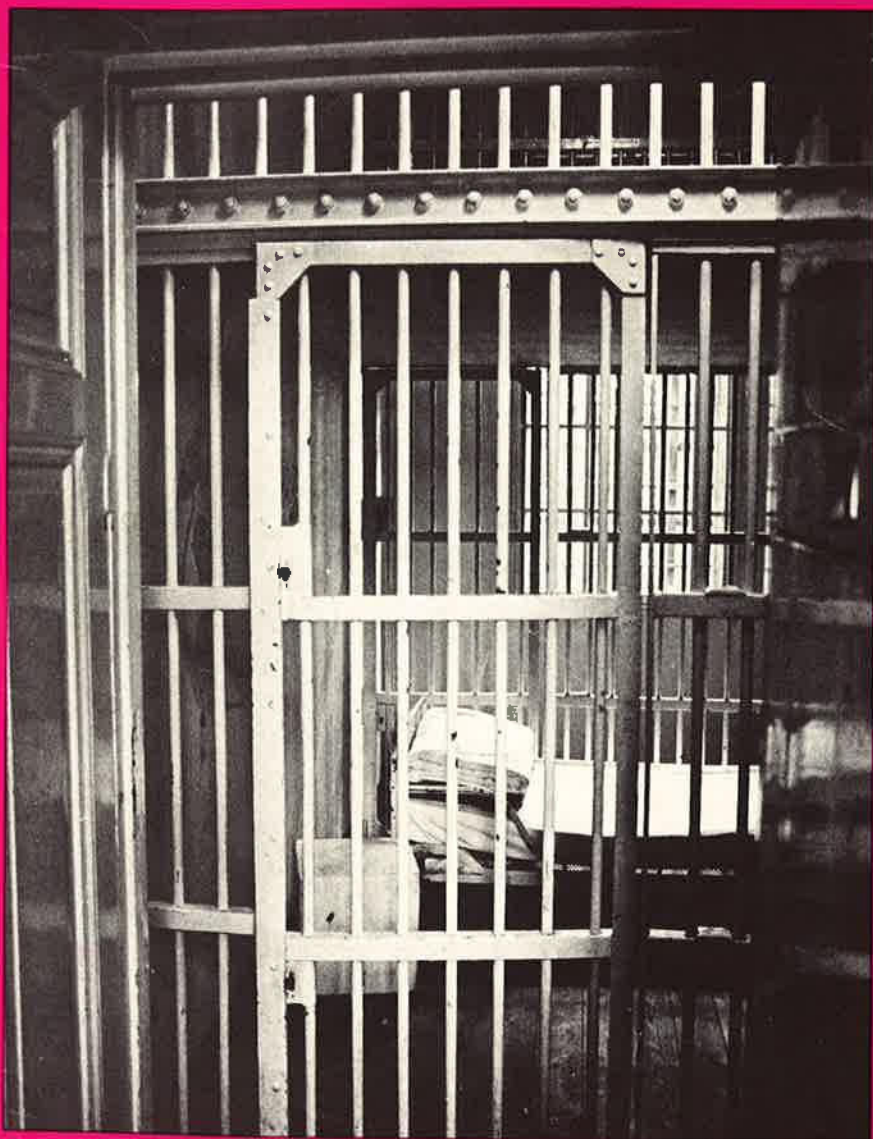


# DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESSEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



Jahr des Behinderten:  
Der Krüppel gehört als solcher in die Anstalt.

## Schwerpunkt:

### Jahr des Behinderten

Schluß mit der  
Sonderbehandlung  
Interview mit Ernst Klee  
Integration statt Isolation

## Forum:

Ambulante Versorgung  
Zahnmedizinische Versorgung  
Rheumazentrum Amsterdam

## Internationales

Neues Gesundheitssystem in  
Nicaragua  
Tagebuchnotizen eines  
Gesundheitsbrigadisten

## Umwelt und Gesundheit

Das Wasser ist das Beste (Teil II)  
Phosphatfabrik Rhein?  
Medikamentenmißbrauch in der  
Tierhaltung

## Dokumentation

Fragebogenergebnisse zum  
Praktischen Jahr

# 1/81

KARL BOEKER  
TARPENBECKSTR. 125  
2000 HAMBURG 20

94711

# der kommentar



## Das behinderte Jahr

Kommentar von Ulla Funke

Nach dem Internationalen Jahr der Frau und des Kindes hat die UNO 1981 zum Jahr der Behinderten deklariert. Gemeinsam in allen UNO-Jahren, daß es sich um Gruppen von Benachteiligten handelt; dieses Jahr zusätzlich noch um eine bisher tabuisierte Randgruppe.

Da ich selbst gehbehindert bin, berührt mich ein solches Jahr besonders seltsam: scheinbar ist ein UNO-Jahr notwendig, um auf die Probleme der Behinderten aufmerksam zu machen; doch ich sehe vielmehr die Art Alibifunktion, die es hat. Es dient der Selbstdarstellung der Bundesregierung – große Verbesserungen der Situation des Behinderten sind nicht vorgesehen. Dies wird auch in unserem Interview mit Ernst Klee deutlich, der sagt, die Bundesregierung werde sich als Musterland der Rehabilitation bezeichnen und darstellen. Doch gerade auf dem Gebiet der Rehabilitation muß noch viel getan werden. Was nützt es einem Gehbehinderten, der zum Bauzeichner umgeschult wurde, wenn ihn kein Architektenbüro anstellt? Die eventuell erreichte Tätigkeit eines Aufzugsführers dient nicht gerade zur Verbesserung seines ohnehin angeknacksten Selbstwertgefühles! Zudem ist die Arbeitslosenquote bei den Behinderten besonders groß.

Die Rehabilitationsmaßnahmen werden immer fragwürdiger. Auf der einen Seite steht ein sehr großer medizinischer und technischer Aufwand – nicht nur zum Vorteil des Behinderten. Die Geräte sind oft unvorstellbar kostspielig (einfaches Gehübungsgerät aus Stahlrohren mit vier Rädern kostet z.B. über 800,— DM) – aber wenigstens einer muß Nutzen von den Behinderten haben! Auf der anderen Seite – ist es wirklich die andere Seite – stehen die Arbeitgeber, die lieber den vom Gesetzgeber festgestellten Wert

der Behinderten – 100,— DM „Ausgleichs“-abgabe – bezahlen, als einen Behinderten einzustellen. Diese Tatsache spiegelt die Einstellung zu Behinderungen wieder, es gilt nur Arbeitsfähigkeit und Produktivität. Jeder Behinderte im Betrieb arbeitet so gut er kann, er leistet genauso viel wie ein Nichtbehinderter, auch wenn die Produktivität nicht so hoch ist.

Produktivität aber heißt das Gebetbuch unserer Gesellschaft. Diese Haltung bedingt die Praxis der Aussonderung. Sie fängt schon im Kindesalter an, im Kindergarten, Schule, Beruf und Heimen. Dies muß endlich aufhören – ich finde dies eine der wichtigsten Forderungen für das Jahr des Behinderten. Wie sollen Nichtbehinderte den Umgang mit Behinderten und umgekehrt lernen, wenn keine Gelegenheit dazu geboten wird?! Die gesellschaftlichen Normen verhindern eine vernünftige integrative Behindertenarbeit, sie tabuisieren das Thema immer mehr. So ist auch zu erklären, wie es zu dem Frankfurter „Behinderten-Urteil“ kommen konnte.

Eine Frau erhielt nach einer Klage die Hälfte ihres Urlaubsgeldes zurück, nur weil sie im Urlaub einige Behinderte gesehen hat. Bei diesem Urteilspruch wird zudem die Klassifizierung in körperlich und geistig Behinderte deutlich. Letztere sind sogar Menschen dritter Klasse. Doch gerade für diese Gruppe muß viel getan werden, die Isolierungstendenzen und das Produktionsdenken müssen abgebaut werden. Auch hier müssen soziale Sicherheiten geschaffen werden, muß die Integration gefördert werden.

Fredi Saal beschreibt in seinem Beitrag sehr anschaulich das Reparaturdenken unserer Gesellschaft. Jede Tätigkeit und Zusammensein mit Behinderten wird als Therapie bezeichnet. Er wird nicht wie ein Mensch behandelt. Fredi Saal sieht auch die sogenannte Therapie als Teil des Aussonderungsprogrammes. Es wird nicht akzeptiert, daß auch Behinderte mit ihrer Behinderung zufrieden sein können, auch wenn sie den Normen unserer Gesellschaft nicht entsprechen bzw. diese nicht mit ihnen fertig wird!

Der Isolierungstendenz könnten wir z.B. mit ambulanten Diensten, integrativen Schulen usw. vorbeugen. Es ist sogar aus ökonomischen Gründen schon vorteilhafter – ganz abgesehen von den vielen menschlichen und sozialen Verbesserungen für die Behinderten selbst, wenn sie nicht mehr aus ihrem Familienverband herausgerissen werden!!!

Für mich hat ein Jahr der Behinderten nur einen Sinn, wenn sich die Bundesregierung ernsthaft bemüht, an der Haltung zu den Behinderten etwas zu ändern, die Aussonderung nicht weiter zu betreiben, die Rehabilitationen und Arbeitsplatzbeschaffungen sinnvoller zu gestalten und die rechtliche und soziale Absicherung zu verbessern.

Für uns hat das Jahr der Behinderten keine Alibifunktion, auch wenn wir in der ersten Ausgabe 1981 schwerpunktmäßig darauf eingehen. Wir bitten unsere Leser um ihre Stellungnahmen, Berichte und Erfahrungen zu senden. Wir werden kontinuierlich auf diesem Gebiet weiterarbeiten – für uns ist am 31. 12. 81 nicht Schluß!



# 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, Peter Liebermann; Demokratie und Gesundheitswesen: Willi Farwick, Uli Menges; Pharma- und Geräteindustrie: Harald Kamps; Ausbildung: Edi Erken, Gabriele Buchzik; Krankenpflege: Michael Roitzsch; Frauenproblematik: Ulla Funke, Unni Kristiansen-Kamps; Internationales Gesundheitswesen: Gunnar Stempel, Felix Richter; Medizingeschichte/ideologische Positionen der medizinischen Standesorganisationen: Peter Walger, Helmut Koch; Kultur und Subkultur: Ulli Raupp, Gunar Stempel.

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.

Redaktionsanschrift: „Demokratisches Gesundheitswesen“, Postfach 101 041, 4100 Duisburg 1.

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

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint zweimonatlich bei: DG Gesellschaft zur Herausgabe gesundheitspolitischer Schriften mbH, 4400 Münster, Siemensstr. 18 B Tel. (0251) 73367; Konten: BfG Münster Nr.: 10102947 BLZ: 40010111; Postcheckamt 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: Postcheckamt Köln 6514-503. Stadtparkasse Köln 106 52238.

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für Nr. 2/81: 5.2.1981, Auflage 4000.

Graphik: Christian Paulsen  
lay-out: Jutta Nüßgen, Evelyn Pütz, Uwe Schmitz

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

JSSN: Nr. 0172-7091

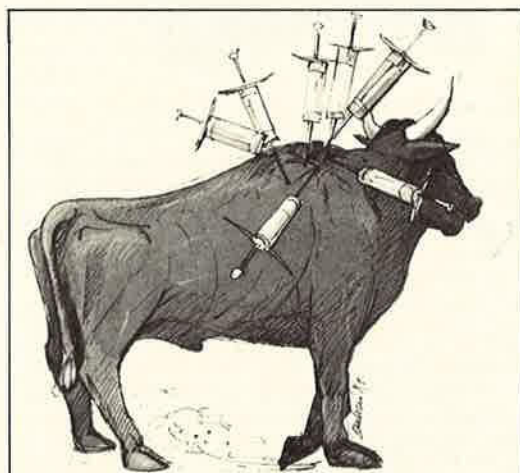


**Jede Tätigkeit und jedes Zusammensein mit Behinderten wird als Therapie bezeichnet. Bereits hier beginnt Aussonderung. DG nimmt das UNO-Jahr zum Anlaß, sich kritisch mit dem gängigen Verhältnis zu Behinderten auseinanderzusetzen.**

**Schwerpunktthema in dieser Ausgabe auf den Seiten 6 bis 14.**



**In Nicaragua entsteht ein neues Gesundheitswesen. 18 Monate nach der Vertreibung Somozas gibt es erfolgversprechende Ansätze im Kampf gegen Massenerkrankungen, Unter- und Fehlernährung, mangelhafte Wasserversorgung und Hygieneeinrichtungen. Ein Bericht zur Lage sowie Tagebuchnotizen eines Gesundheitsbrigadisten erläutern die aktuellen Probleme. Seite 30.**



**Der Östrogenskandal stinkt noch zum Himmel. Durch den Medikamentenmißbrauch in der Tierhaltung droht eine Gefahr für die Volksgesundheit. In den Medien wird das Problem mehr und mehr heruntergespielt. Hintergründe und Zahlen auf Seite 19.**

# DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

## Inhaltsverzeichnis

### Kommentar

von Ulla Funke

### Schwerpunkt

Jahr des Behinderten

Schluß mit der Sonderbehandlung	6
Interview mit Ernst Klee	
Leben kann man nur sich selber	10
Der Zeugungsnachweis	12
Integration statt Isolation	13
Der Krüppel gehört als solcher in die Anstalt	14

### Forum

Ambulante	
Aspekte der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung	16
Rheumazentrum Amsterdam	18

### Umwelt und Gesundheit

Medikamentenmißbrauch in der Tierhaltung	19
Das Wasser ist das Beste(?), Teil 2	24

### Ausbildung

Ich habe aufgegeben	
Bewerbung zur Hebammenschule	20
Leerstellen pflegen, bringt Geld und Segen	22

### Arbeits- und Lebensbedingungen

Schikane im Schwesternwohnheim	21
Humanisierungsprogramm unter Beschuß	26
Unfallverhütungsbericht 1980	27

### Historisches

Die Welt ist pockenfrei	28
-------------------------	----

### Internationales

Nicaragua – Ein neues Gesundheitswesen	30
Tagebuch eines Gesundheitsbrigadisten	32

### Dokumente

Ausbeutung statt Ausbildung	I
Fragebogenergebnisse zum Praktischen Jahr	II
Appell zum Jahr des Behinderten	
Stellungnahme des „Initiative“-Redaktionskollektivs	III
Anmerkungen zu den Anhaltszahlen	III
Verwaltungsgerichtsurteil über DG	IV

### Rubriken

Aktuelles	3
Termine	5
Buchkritik	24
Kultur und Subkultur	40

**Achtung, Abonnenten!!  
Bei Umzug bitte beim  
PRV-Verlag ummelden**



# Leser- Briefe

## Das Wasser ist das beste?!

### Auf Umweltpapier drucken

Ich möchte mich für Ihre Artikel bedanken, die auch für „Nicht-Mediziner“, wie in meinem Fall, gute Informationen bieten. Hervorzuheben wären insbesondere die umwelt (schutz) bezogenen Themen. Entsprechend Ihrer aktuellen Serie über die Verschmutzung der Gewässer hätte ich einen Vorschlag an Sie: drucken Sie doch Ihre Beiträge im nächsten Jahr auf Umweltschutzpapier. Neben der Schonung von Wäldern weist dieses Papier den großen Vorzug auf, daß es ohne (!) Gewässerbelastung, Bleichung und Färbung aus 100 % Altpapier hergestellt wird. Es wäre wirklich gut und auch konsequent, wenn Sie diesen Wunsch erfüllen könnten.

Hiltrud Baxhenrich

## Zum Wiesel mit dem Lay-out und Umbruchfehler-Teufel!

In der Technik sind wir wahrlich keine Meister. Zwischen rheinischem Frohsinn und kölschem Klüngel bleibt noch (zu)viel hängen. In der letzten Nummer hat's uns arg erwisch. Wir wollen hier versuchen zu retten, was noch zu retten ist. In jedem Fall: Entschuldigung. (die Redaktion)

## DG 3/80: Perspektiven gemeindebezogener Gesundheitssicherung

Die Korrektur, die keine Verhöhnepielung sein sollte, geriet zum Doppelfehler. Der dritte Anlauf zur Literaturliste:



**Gesundheitstag Berlin 1980  
Dokumentation  
in 7 Bänden**

neu erschienen:

**MEDIZIN UND NATIONALSOZIALISMUS**  
Tabuisierte Vergangenheit - Ungebrochene Tradition?

Preis je Band 12,50 DM

1. Tabuisierte Vergangenheit - ungebrochene Tradition?
2. MEDIZIN UND NATIONALSOZIALISMUS
3. BEFREIUNG ZUR GESUNDHEIT
4. UNSERE TÄGLICHE GESUNDHEIT
5. BANKROT DER GESUNDHEITSINDUSTRIE
6. SELBSTBESTIMMUNG IN DER OFFENSIVE
7. VERSUCHE GEGEN DIE HILFLOSIGKEIT

REBELLION GEGEN DAS VALIUMZEITALTER

Mehringhof, Gneisenaustr. 2, 1-Bln. 61  
Verlagsgesellschaft Gesundheit mbH

- Itzwerth, R./H. Winkelvoss: Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen - Eine Übersicht über den Stand der Gesundheitsselfhilfgruppen-„Bewegung“. Forum für Medizin und Gesundheitspolitik Nr. 14 (1980) 34-43.
- Kaprio, L.A.: Primäre Gesundheitsversorgung in Europa. Euro-Berichte und Studien 14, Kopenhagen 1980.
- WHO, Scherfigsvej 8 DK-2108 København
- Liebert, B.: Entwicklung der Allgemeinmedizin. Deutsches Ärzteblatt Nr. 19 (1980) 1257-64.
- Lüth, P.: Sozialstation als Konzept umfassender Gemeinwesenarbeit in: Trojan, A./Waller, H. (Hg.) 1980.
- Möller, M.L.: Selbsthilfegruppen. Rowohlt, Reinbeck 1978.
- Pflanz, M.: Primäre Gesundheitsversorgung und Allgemeinmedizin. Der praktische Arzt 32 (1978) 3987-92.
- Riedmüller, B.: Psychiatrie in der Großstadt erscheint in: E. Koenen/E.v. Kardorff (Hg.): Berufsfeld psychosoziale Versorgung. Suhrkamp, Frankfurt 1980.
- Schwerdtfeger, J.: Die amputierte Sozialstation in: Päd. Extra Sozialarbeit Nr. 10 (1979) 39-41.
- Stiller, N.: Der Tod und das Flugzeug. Rowohlt, Reinbeck 1978.
- Trojan, A.: Demokratisierung des Gesundheitswesens durch Mitwirkung Betroffener. Zu institutionalisierten und selbstorganisierten Formen der Interessenvertretung von Patienten. Forum für Medizin und Gesundheitspolitik Nr. 14 (1980) 14-33.
- Trojan, A./J.U. Behrendt: Lokale Bewegungen: Modelle gemeindebezogener Gesundheitselfhilfe in der BRD. Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft 9 (1980) 93-109.
- Trojan, A./Waller, H. (Hg.): Gemeindebezogene Gesundheitssicherung. Eine Einführung für medizinische und soziale Berufe. Urban & Schwarzenberg, München 1980.
- WSI-Studie Bd. 35: „Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaats“. Bund, Köln 1977.
- Zintl-Wiegand, A./Cooper, B.: Psychische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis: eine Untersuchung in Mannheim. Nervenarzt 50 (1979) 352-59.

## Dokumentation/Anhaltzahlen

Auch hier fehlte die durchaus wichtige Literaturliste: Zusammen mit den Anmerkungen findet sie sich diesmal (hoffentlich) im Dokumententeil.

## Dokumentation/Parteienumfrage

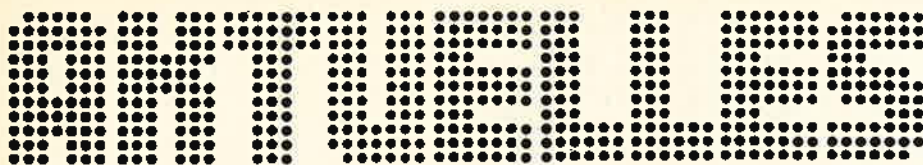
Es dürfte einigen Lesern aufgefallen sein, wie sehr sich der SPD-Senator Brückner für die FDP stark macht. Andererseits schmückt sich der FDP-Abgeordnete mit sozialdemokratischen Federn. Bitte nochmal lesen - mit vertauschten Rollen.

## Basaglia-Nachruf

Den Phototausch - der eigentlich sofort als technische Panne deutlich wurde - fanden wir besonders peinlich (S. 31/Umschlagsseite)

- Bock, T. et al.: Kurzdarstellung der Psychosozialen Kontaktstelle „Der Lotse-Wilhelmsburg“ in: Deutsche Ges. f. Verhaltenstherapie (Hg.), Verhaltenstherapie in der psychosozialen Versorgung, Kongressbericht Berlin 1977, Beltz Verlag, Postfach 1120, 6940 Weinheim.
- Carpentier, J.: Aufwiegelung zur Gesundheit. Rotbuch, Berlin 1979.
- Eingriffe (Nr. 22/23, 1980): Ambulante Gegenmodelle im Gesundheitswesen.
- Göpel, E. (Hg.): Humanisierung des Gesundheitswesens - Berichte, Konzepte, Alternativen. Verlag 2000, Offenbach 1979.
- Grunow, D. u.a.: Sozialstationen - Analysen und Materialien zur Neuorganisation ambulanter Sozial- und Gesundheitsdienste. Forschungsgruppe „Sozialplanung und Sozialverwaltung e.V.“, Eigenverlag Bielefeld 1979.
- Hegner, F.: Inwieweit sind Sozialstationen geeignet, die nicht-professionelle Erbringung sozialer Leistungen zu fördern? Zschr. f. Sozialreform 25 (1979) 65-73.





## Zusatzurlaub für Schichtarbeiter

Nach dem Streik der Postgewerkschaft für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen kam es zu einer grundsätzlichen Einigung zwischen den Gewerkschaften des öffentlichen Dienstes, der Bahn und der Post und den Arbeitgebern von Bund, Ländern und Gemeinden.

Die ÖTV Schloß am 23. November 80 folgende grundsätzliche Regelung ab: 4 Tage Zusatzurlaub im Jahr erhalten Beschäftigte, die nach einem Schichtplan eingesetzt sind, der einen regelmäßigen Wechsel der täglichen Arbeitszeit in Wechselschichten vorsieht und dabei in einem Fünf-Wochen-Rhythmus durchschnittlich mindestens eine Wochenarbeitszeit (40 Arbeitsstunden) in der dienstplanmäßigen oder betriebsüblichen Nachtschicht ableisten. Das gleiche gilt, wenn mindestens 450 Nachtarbeitsstunden (zwischen 21.00 und 06.00 Uhr) in wechselnden Arbeitsschichten unterschiedlicher Lage geleistet werden. Die Zusatzurlaubstage sind gestaffelt: bei mindestens 110 Nachtarbeitsstunden gibt es noch 1 Tag. Beschäftigte, die keine wechselnden Schichten fahren, müssen für 4 Tage Zusatzurlaub mindestens 600 Nachtarbeitsstunden leisten. Auch für Teilzeitbeschäftigte gilt die Regelung entsprechend.

Der Zusatzurlaub erhöht sich im Jahr 1982 für Beschäftigte über 55 Jahre, im Jahr 1983 für Beschäftigte über 50 Jahre jeweils um einen Tag. Nicht erfaßt werden ausdrücklich von dieser Regelung Bereitschaftsdienst-/Arbeitsbereitschaft und Rufbereitschaft.

Damit wird diese Regelung im Krankenhaus im wesentlichen für die Beschäftigten auf Intensivstationen, Nachtwachen und Dauernachtwachen gelten.

Bei Redaktionsschluß war unklar, ob die ÖTV bei der Fortsetzung der Schichtarbeitstarifgespräche auch die Einbeziehung von Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft verlangen wird oder ob dies in getrennten Tarifverhandlungen zu den S»onderregelungen SR 2 a und 2 c für den Krankenhaussektor geschehen wird. Die Schichtarbeitsverhandlungen werden am 13./14. Januar 1981 fortgesetzt.

## Mehr ambulante Operationen

Nach einer Vereinbarung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sollen am 1. 1. 1981 mehr ambulante Operationen durchgeführt werden. Dadurch sollen unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden und den Krankenkassen die Zahlung von Pflegesätzen erspart werden. Aufgrund von drei neuen, im Leistungsverzeichnis aufgeführten Positionen werden künftig für ambulant durchgeführte Operationen nicht nur Vergütungen wie bisher sondern zusätzliche Pauschalen – je nach Schwere des Eingriffs zwischen 30 und 100 DM gezahlt. Der Katalog der ambulanten Operationen umfaßt ca. 480 Eingriffe, von Nabel- und Leistenbrüchen über kleiner unfallchirurgische Eingriffe bis hin zu Mandel- und Polypektomien. Vertraglich wurden auch Mindestanforderungen an die räumliche und apparative Ausstattung der Arztpraxen festgelegt. Außerdem sollen „zwei qualifizierte Hilfskräfte“ mitarbeiten. In der Presseerklärung der Ortskrankenkassen wird außerdem gefordert, „daß vor jedem ambulanten Eingriff geprüft wird, ob dem Patienten die Operation in der ärztlichen Praxis sozial zugemutet werden kann, d.h. eine

Entlassung nach Hause nach einer kurzen Ruhepause möglich ist.“

Wie DG im Bundesverband der Ortskrankenkassen erfuhr, erhofft man sich eine kostendämpfende Wirkung durch Verlagerung von vielen Operationen aus dem Krankenhaus in die Praxis. Ob diese Rechnung aufgehen kann, ist aus zwei Gründen fraglich: 1. Werden tatsächlich mehr ambulante Operationen in Praxen durchgeführt, so werden dort erhebliche Investitionen anfallen um die genannten Auflagen zu erfüllen.

2. wird ein Großteil der ambulanten Operationen ohnehin im Krankenhaus durchgeführt, nämlich über die dort an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung beteiligten Chefärzte. Wie der Geschäftsführer der DKG, Prof. Müller in der Dezember-Ausgabe der Verbandzeitsschrift „Das Krankenhaus“ schrieb, werden sich die Krankenhäuser jetzt intensiver um die ambulanten Operationen bemühen. Die Haltung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die zu diesem Vertrag führte, läßt sich kurz wie folgt kennzeichnen: Rette jeder vom Honorarkuchen, soviel er kann!

## Ausweitung der politischen Diskriminierung in Niedersachsen

Regina Dickmann hat im Landes-Hessen fast fünf Jahre lang im staatlichen Gesundheitswesen als Ärztin gearbeitet, ohne jegliche Beanstandung und mit hervorragenden fachlichen Zeugnissen. Sie bewarb sich im Interesse ihrer fachlichen Weiterbildung um die Einstellung am Niedersächsischen Landeskrankenhaus in Wunstorf und erhielt eine vorläufige Zusage zum 1. Juli 1980. Sie kündigte daraufhin ihre Stel-

Es stand in DG –  
und was draus  
wurde

## Alkoholentzugssyndrom – aus für Ergenyl!

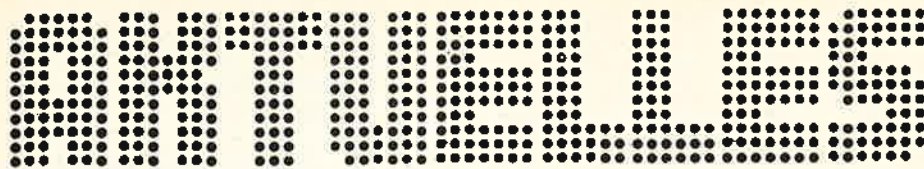
„Im Kampf um Marktanteile bleibt die Arzneimittelsicherheit auf der Strecke“, so schloß in DG 1/79 der Beitrag, der vor der Anwendung von Ergenyl zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms warnte.



„Der neue Kurs“, den die Firma Labaz mit dieser neuen Indikation ansteuerte, führte in eine Sackgasse. Im Juli 1980 meldete sich die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zu Wort und empfahl regelmäßige Kontrollen der Leberfunktion. Der Wirkstoff von Ergenyl wurde mit dem tödlichen Ausgang mehrerer Fälle von Leberversagen in Zusammenhang gebracht. Auch das Bundesgesundheitsamt reagierte: dem Medikament mußte ein neuer Warnhinweis beigelegt werden. Die Zulassung für das Indikationsgebiet „Alkoholentzugssyndrom“ wurde mit Bescheid vom 5. 8. 80 widerrufen. Jetzt halfen auch „die unabhängigen Wissenschaftler“ nicht mehr, die vorher das Präparat als unbedenklich gepriesen hatten. Die Firma mußte ihren Widerspruch gegen die Entscheidung zurücknehmen.

Arzneimittelsicherheit wurde ein Stück sicherer, der Profit des Herstellers ein Stück schmaler.

Von Harald Kamps



lung am Hessischen Staatsbad Hersfeld und verlegte ihren Wohnsitz nach Niedersachsen. Als mutmaßliche Anhängerin der DKP wurde Frau Dickmann zur Gesinnungsüberprüfung ins niedersächsische Innenministerium geladen. Auf die inquisitorische Anhörung folgte die Ablehnung als angebliche Verfassungsfeindin, die von Staats wegen verordnete Arbeitslosigkeit.



Ina Dickmann

Gabi Lindena hat nach der Beendigung ihres Studiums bereits zwei Jahre als wissenschaftliche Hilfskraft im Tierlabor der Medizinischen Hochschule Hannover gearbeitet. Sie schloß dort ihre Promotion mit der Note „sehr gut“ ab. Im Oktober 1979 bewarb sich Gabi Lindena darum, ihre bisherige Arbeit in einem neuen Beschäftigungsverhältnis, als wissenschaftliche Mitarbeiterin, weiterzuführen. Dies allein war Grund genug, eine politische Überprüfung einzuleiten. Nach den Erkenntnissen des Verfassungsschutzes nämlich hatte Frau Lindena an Mitgliederversammlungen einer Betriebsgruppe der DKP teilgenommen. Was die mutmaßliche DKP-Anhängerin als wissenschaftliche Hilfskraft geleistet hat, darf sie in der Funktion einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin nicht weiter leisten. Sie wurde zur Anhörung ins Innenministerium vorgeladen und dann nach monatelangem Warten zur Verfassungsfeindin abgestempelt. Die Einstellung als wissenschaftliche Mitarbeiterin wurde abgelehnt.

Beide Ärztinnen sind engagierte Mitglieder der Gewerkschaft ÖTV und haben sich während ihrer bisherigen Tätigkeit konsequent für die Interessen ihrer Kolleginnen und Kollegen eingesetzt.

### Bereitschaftsdienst Aufkleber

Hamburger Kollegen entwarfen einen Aufkleber/Button zur Bereitschaftsdienstaueinandersetzung. Bereits seit Oktober 1980 gibt es einen Aufkleber aus Berlin „Vorsicht! Müde Ärzte – über 24 Stunden im Dienst.“ Der Hamburger Aufkleber soll ca. 0,50 DM, der Button 1,00 DM kosten und kann bei:

Gerd Hoheluftchaussee 114  
2000 Hamburg 20  
040/47 99 55  
bestellt werden.



### Menschenhandel im Krankenhaus

Angeichts des Personal-mangels in den Krankenhäusern und der geringen Bereitschaft ihrer Träger neue Ausbildungsplätze zu schaffen, kann es einen nicht verwundern, daß Leiharbeitsfirmen in diese Lücke stoßen, um sich eine goldene Nase zu verdienen. Diese „modernen Sklavenhändler“ holen sich ihr Personal, da der außereuropäische Markt verschlossen ist, aus dem angelsächsischen Raum. Hohe Arbeitslosigkeit zwingt diese Kolleginnen sich bei Firmen wie bis / Carpin, einem multinationalen Unternehmen, zu verdingen.

Billig für die Krankenhäuser wird es nicht, denn nach einer Modellrechnung der besagten Firma kostet eine geliehene Pflegekraft ca. 1000,— DM monatlich mehr als eine Festangestellte. Doch dafür spart man Kosten für Mutterschaftsgeld. Der Arbeitsplatz muß auch nicht für die Mitarbeiterin bereitgehalten werden.

Kosten für Vertretungen bei Urlaub und Krankheit (als ob es die gäbe), weniger Verwaltungsarbeiten bei der Lohnbuchhaltung (demnächst werden dort wohl Stellen gestrichen).

Als weitere Vorteile seien zu nennen:

- Hohe Flexibilität: Sie erhalten nur dann Mitarbeiter, wenn sie sie effektiv brauchen; und nur solange wie Sie sie benötigen.
- Alle Engpässe (Krankheit, Urlaub) können problemlos überwunden werden.
- Bei mangelnder Qualifikation sofortiger Austausch während der Probezeit.
- Kurze Kündigungsfrist.

Diese Zitate sprechen für sich. Alle gesetzlichen und tarifvertraglichen Regelungen, die für uns gelten, sollen so für die nach britischen Gehältern und Bedingungen Arbeitenden umgangen werden.

Nun dürfen wir aber nicht erwarten, daß die ausländischen Kolleginnen deutsch sprechen,

denn Krankenschwestern mit Deutschkenntnissen sind teurer. Zwischen 1,— DM mehr für Psychiatrieschwestern bis zu 4,— DM mehr für Intensivschwestern mit Zusatzausbildung wird verlangt. Ob innerhalb der Psychiatrie nicht soviel deutsch geredet wird?

Sprachlos und rechtlos sind die ausländischen Kolleginnen und Kollegen den Krankenhausträgern und der Firma ausgeliefert, von Verständigungsschwierigkeiten mit den Patienten einmal ganz abgesehen. Doch diese sind wie immer nicht zu berücksichtigen. „Schwierigkeiten ergeben bis jetzt die vielen schriftlichen Arbeiten, die in der Geburtshilfe unerlässlich sind.“ Aus einem Brief der Oberin des Krl. Itzehoe an die Firma „bis“.

Doch dies ist nur ein Aspekt der Leiharbeit. Ein anderer sind die Gestellungsverträge zwischen öffentlichen Krankenhausträgern (Land NRW, Stadt Krefeld) und konfessionellen Organisationen wie DRK oder Diakonie. So will die ÖTV-Kreisverwaltung Darmstadt gegen die Ungleichbehandlung von Frauen und Männern in den städtischen Kliniken klagen. Alle weiblichen Pflegekräfte werden per Gestellungsvertrag bei der Diakonie eingestellt im Gegensatz zu den männlichen, die direkt bei der

## Personalbeschaffungsprobleme?

BIS Ltd. — NURSING DIVISION  
43/45, The Broadway, West Ealing,  
GB-London W. 13

stellt im Rahmen des AÜG

### Examierte Krankenschwestern/-Pfleger

- für ● Allgemeinpflege, ● OP, ● Intensivstation,  
● Kinderstation, ● Psychiatrie.

### Hebammen

Informationen erteilt Ihnen unser BRD-Kontaktbüro:

CAPI M GmbH, Roßmarkt 15, 6000 Frankfurt/M.  
Tel.: (06 11) 2 05 16



# Verschiedenes

Stadt beschäftigt sind. Dies bedeutet für die rund 650 betroffenen Frauen, daß Tarifverträge ebenso wie die Rechte der gesetzlichen Interessenvertretung nicht verbindlich sind.

Um stärker auf das Problem der Leiharbeit aufmerksam zu machen – so stieg von 1974–1980 die Zahl der Leiharbeiter von 13000 auf ca. 40000 – und Möglichkeiten ihren Einsatz zu verhindern darzustellen, wird der DGB im Frühjahr 81 eine Broschüre vorlegen.

## Liste der Krankenhäuser, mit denen die Firma bis fest arbeitet, Stand 29. 11. 80

Städt. Krh. Achim  
Anstalten des Landkreises  
Dachau  
Krh. Itzehoe  
Städt. Krankenhaus Leverkusen-Dhunnberg  
Städt. Krankenanstalten Ludwigshafen  
Römerberg Klinik in Schömburg  
Kreiskrankenhaus Wedel  
Dr. Baetzner Krankenhaus GmbH, Wildbach  
Städt. Krh. München-Neuperlach  
Krankenhaus Porz am Rhein  
Hospital zum Heiligen Geist Boppard  
Krankenhaus Pinneberg  
Verbandskrankenhaus Schwelm  
Kliniken der Landeshauptstadt Wiesbaden  
Krankenhaus Löffingen

## geplant!

Kreiskrankenhaus Bretten  
Albertinen Krankenhaus Disen  
Kreiskrankenhaus Sigmaringen  
Zentralkrankenhaus Gauting  
Kreiskrankenhaus Böblingen  
Dominikus-Krankenhaus GmbH Berlin  
Klinik Dr. Spreng München

## Deutsche Krankenhausgesellschaft: Ambulanzen im Krankenhaus einrichten!

In der Dezember-Ausgabe 1980 der Verbandszeitschrift der DKG fordert deren Hauptgeschäftsführer Prof. Müller die Einrichtung institutionalisierter Krankenhausambulanzen.

„Diese Haltung der niedergelassenen Ärzte (verschärfter Kampf um den Honorarkuchen, d.V.) zwingt jedoch auch dazu, früher intensiver betriebene Überlegungen hinsichtlich einer besseren Auslastung der Kapazitäten im Krankenhaus wieder aufzugreifen. Die Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland – mit Ausnahme der Universitätskliniken – zeichnen sich dadurch aus, daß sie keine institutionalisierten Ambulanzen unterhalten dürfen. Die Krankenhäuser und die Krankenträger haben bisher trotz besserer Einsichten Zurückhaltung geübt, weil sie mit der These einverstanden waren, daß ambulante Leistungen vom niedergelassenen Arzt erbracht werden sollten... Es können keine Zweifel darüber bestehen, den Patienten früher aus dem personalintensiven und damit teuren Bereich des Krankenhauses zu entlassen, weil derselbe Arzt, der den Patienten stationär behandelt, nunmehr die Möglichkeit, den Patienten in der Ambulanz weiter zu behandeln

Im gleichen Aufsatz erneuert Müller den Vorschlag der DKG nach Schaffung eines Gesundheitswesens, in dem eine „kontinuierliche und durchlässige ärztliche und pflegerische Versorgung gewährleistet sei.

Dieser Vorschlag ähnelt z.T. den Vorschlägen von ÖTV und DGB zur Schaffung eines integrierten Systems medizinischer Versorgung.

## Termine

12.—14. 3. 1981

**4. außerordentl. DGB-Bundeskongreß Düsseldorf**

Thema: Verabschiedung des Grundsatzprogramms

16.—18. 2. 1981

**16. Internationale Tagung der Sozialakademie Dortmund**

Thema: Gewerkschaftliche Betriebspolitik in Westeuropa – Möglichkeiten des Vergleichs und der Zusammenarbeit

1. März — 31. Mai 1981

**Betriebsratswahlen nach dem Betriebsverfassungsgesetz**

8. März 1981

**Internationaler Frauentag**

9.—13. 2. 1981

**Fortbildungsseminar für Krankenpflegepersonal, Sozialarbeiter u.a. Grundkurs (Aufbaukurs Okt. 81)**

Auskunft: Deutsche Krebshilfe e.V., Dipl.Psych. H. Schmidt, Ernst-Moro-Haus, Im Neuenheimer Feld 155, 6900 Heidelberg

16.—17. 2. 1981

**Ostfildern: Verhütung von Gesundheitsschäden durch optimale „Erste Hilfe“ im Betrieb**

Auskunft: Prof. Dr. H. Zorn, Technische Akademie Esslingen, Postfach 1269, 7302 Ostfildern 2

5.—6. 3. 1981

**Münster: 3. Workshop-Tagung der DGVT**

Thema: Neue Entwicklungen in Verhaltenstherapie und psychosozialer Versorgung  
Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), Postfach 1343, 7400 Tübingen

3.—5. 4. 81

**Köln: Mit geistig Behinderten leben**

Bundestagung des Ausschusses geistig Behinderte in der DGSP. Information: Rainer Woch, Malteserstraße 14, 5 Köln 80, Telefon (0221) 6943 19

9.—11. 4. 1981

**Hamburg: 4. Nationaler Kongreß für Krankenpflege**

Auskunft: Fachverband für Krankenpflege e.V., Steinbacher Hohl 2—26, 6000 Frankfurt/Main 90

## Bucheingänge

Finzen, **Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern**  
Piper-Verlag

Szasz, **Das Ritual der Drogen**  
Fischer-Verlag, 272 Seiten, 7,80 DM

Runde/Heinze, **Chancengleichheit für Behinderte**  
Luchterhand Verlag, 278 Seiten, 24,80 DM

Messer, **Erste Erkenntnisse, Gedichte**  
Schwäbische Verlagsgesellschaft, 6,— DM

Eareckson, Joni, **Romann**  
Schulte Verlag, 2 Bände: 240 und 224 Seiten

Cloerkes **Einstellung und Verhalten gegenüber Körperbehinderten**  
Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin, 575 Seiten, 1960, 44,— DM

Feuerlein (Hrsg.), **Cannabis heute**, Bestandsaufnahme zum Haschisch-Problem  
Akademische Verlagsanstalt, Wiesbaden, 184 Seiten, 24,— DM

## Kleinanzeigen

### Stellenausschreibung

**Zum 15. 2. 1981** wird am Institut für Tropenhygiene der Universität Heidelberg die Stelle eines Wissenschaftlichen Mitarbeiters für die Postgraduierten Kurse „Medizin in Entwicklungsländern“

„Kursassistent“

frei.

### Fachliche Voraussetzungen:

Gesucht wird Arzt/Ärztin bzw. eine Person aus dem sozialen oder sozialwissenschaftlichen Bereich, der/die Auslandserfahrungen im Bereich der medizinischen Entwicklungshilfe hat.

Die Bezahlung erfolgt nach BAT. Für weitere Informationen und Bewerbungen wenden Sie sich bitte an das Institut für Tropenhygiene, Im Neuenheimer Feld 324, 6900 Heidelberg, oder rufen Sie an:

**Prof. H.J. Diesfeld**  
Tel. 06221/562905  
**Dr. W. Weber, S. Wolter**  
Tel. 06221/562904

# Schluß mit der Sonderbehandlung!

## Interview mit Ernst Klee

Mitte Dezember 1980 besuchte ich Ernst Klee in Frankfurt und erörterte mit ihm Fragen zum Jahr der Behinderten 1981. Ernst Klee, Journalist, ist Lehrbeauftragter für Behindertenpädagogik an der VHS Frankfurt und arbeitet seit mehreren Jahren auf dem Gebiet der Behindertenpolitik. Er hat mehrere Bücher mit/für/über Behinderte geschrieben und veröffentlichte u.a. eine Dokumentation zum Frankfurter „Behinderten-Urteil“. Eigenen Angaben zufolge kommt er sich manchmal als das „Bundeszentralamt für Behindertenfragen“ vor.

Ulla Funke



Ernst Klee

**1981 ist von der UNO zum Jahr der Behinderten ausgerufen worden. Was für eine Funktion hat Deiner Meinung nach dieses Jahr? Nützt es den Behinderten?**

Der Ausgangspunkt war sicherlich der, daß Behinderte ein völlig tabuisiertes Thema sind oder waren. Und daß vor etwa 10 Jahren Behinderte überhaupt nicht im Bewußtsein drin waren. Deshalb ist es bestimmt ein Fortschritt, wenn ein UNO-Jahr der Behinderten kreiert wird, denn dann hat sich was geändert.

Aber das ist halt nur die eine Seite. Andererseits hat die Bundesrepublik die erklärte Absicht – und das kann man in den Protokollen des Bundesarbeitsministerium und der nationalen Kommission, die das UNO-Jahr vorbereitet hat, nachlesen, sich 1981 als Musterland der Rehabilitation darzustellen. In dem vom Bundes vom Bundesarbeitsministerium herausgegebenen Bundesarbeitsblatt ist erschreckend, daß alle darin zu Wort gekommenen staatstragenden Kräfte sich darin einig sind: es geht den Behinderten gut. Und jetzt bemüht sich jeder nur darum, einen möglichst großen Anteil daran gehabt zu haben. Es geht immer nach dem Motto: es gibt zwar noch einiges zu tun, aber es ist schon unendlich viel erreicht worden.

Diese Selbstdarstellung wird etwas kurios, weil die Bundesregierung so stolz auf die „Dekade der Rehabilitation“ ist, wie sie das nennt, und auf den Ausbau der Berufsförderungswerke, allgemein auf die institutionelle Ausbildung von Behinderten und berufliche Umschulung. Und gerade heute kann jeder an der Arbeitslosenstatistik ablesen, daß es zwar einerseits ein Gesetz zur Sicherung der Arbeitsplätze der Behinderten gibt.

Andererseits aber noch nie so viele amtlich bekannt arbeitslos sind. Wobei natürlich viel mehr Behinderte arbeitslos sind, als in diesen Statistiken auftauchen. Und die Leute in den Reha-Zentren werden jetzt absehbar in die Arbeitslosigkeit hinein ausgebildet. Das muß man halt sehen. Und hier ist das ganze Konzept schon in sich zusammengefallen.

Also noch mal, das UNO-Jahr 1981 dient erklärtermaßen den Politikern und Funktionären, die sich gegenseitig bestätigen werden, was sie so viel getan haben.

**Wie viele Behinderte gibt es und wie wird Behinderung definiert?**

Vorwagsagen muß ich, daß es keine amtliche Statistik gibt, weil es u.a. keine Meldepflicht gibt. Man schätzt weltweit, daß 10 % der Bevölkerung behindert sind. Das wären umgerechnet bei uns ungefähr 6 Millionen, die unterschiedlich behindert sind. Es gibt zwar sehr viele Gesetze über Behinderte und über Fördermaßnahmen, aber es gibt keine genaue Definition. Die einzig existierende Definition besagt, daß eine Behinderung ein „regelwidriger Zustand“ der Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft von mehr als sechsmonatiger Dauer ist. Behinderung ist ganz einseitig nur auf die Arbeitsleistung reduziert, wie auch die Behinderung in Minderung der Erwerbstätigkeit gemessen wird.

Diese Einteilung und Maßstäbe sind in sich total unsinnig. Z.B. eine Frau, die eine Totaloperation hinter sich hat, ist schwerbehindert. Doch sie arbeitet genau wie jede andere auch. Oder ein Rollstuhlfahrer, der technischer Zeichner ist. Für den ist es völ-

lig egal, ob der nun auf einem Hocker vor dem Zeichentisch sitzt, oder im Rollstuhl. Da merkt man halt den amtlichen Maßstab. Die seelisch Behinderten oder psychisch Kranken sollten meiner Meinung nach auf gar keinen Fall einen Schwerbehindertenausweis bekommen, weil sie dann nämlich endgültig wissen, daß sie keine Arbeit bekommen.

**Die Politiker werden sagen, es seien in den letzten Jahren große Fortschritte im Bereich der Behindertenpolitik erzielt worden. Wie siehst Du das?**

Im Bereich der baulichen Barrieren hat sich sicher etwas getan. In einigen Städten werden Bordsteine abgeflacht, öffentliche Gebäude manchmal behindertengerecht gebaut. Dies ist aber nur darauf zurückzuführen, daß in den einzelnen Städten Behindertengruppen bitter dafür gekämpft haben. Meist ist es gegen den Widerstand der Behörden errungen worden.

Die offiziellen Stellen sehen Verbesserungen in erster Linie im Ausbau der Berufsförderungswerke und der Werkstätten für Behinderte. Doch auch dies ist sehr umstritten. Wir haben in der Bundesrepublik in den letzten Jahren zunehmend die Tendenz, Behinderte aus ihrer Umgebung herauszureißen und in Zentren einzupferchen. Dort werden die Leute isoliert, gettoisiert und lebensuntauglich gemacht. Dieses Konzept der Aussonderung Behindelter, der Konzentrierung und Zentralisierung geht immer nach hinten los, weil die Leute immer in eine ganz schlimme Sonderstellung hineinkommen.

Sie lernen nicht, sich in ihrer Umwelt zu behaupten, Kontakte zu schließen. Die ei-



gentliche Behinderung ist dann eine soziale Behinderung. Die Schwere der Behinderung hängt nicht entscheidend davon ab, wie schwer jemand behindert ist. Ich kenne sehr viele Schwerstbehinderte, die z.T. weniger Kontaktschwierigkeiten haben als viele Nichtbehinderte. Die Frage ist, wie entscheidend haben die Leute in ihrer Erziehung und Ausbildung von Kindheit an mitbekommen, daß sie „minderwertig“ sind, daß sie „sozialer Ballast“ sind. Das ist das Entscheidende. Hier wird Behinderung wirklich deutlich. Es gibt auch viele Behinderte, die sich selbst gar nicht als Behinderte sehen, die voll integriert leben und nie in eine Behindertengruppe hineingehen. Warum auch?

### Wie können wir diese Aussonderung in Sonderschulen, Heimen usw. verhindern?

Man muß früher anfangen. Kinder kommen in Früherkennungszentren, dann in Sonderkindergärten und Sonderkindertagesstätten. In Frankfurt z.B. haben die Eltern nichtbehinderter Kinder ein Modell eines integrativen Kindergartens durchgefochten – nur ein Modell wird gefördert! – und jetzt kommen die Kinder in die Schule. Am Anfang wurde die Separation verhindert und nun geht's in der Schule wieder los. Es ist nun mal von Anfang an so geplant, daß die Leute immer in Sondereinrichtungen kommen. Am Ende dieser Kette stehen dann die Heime. Das Entscheidende passiert vorher.

Bis auf die Großstädte sind die Sonderschulen nicht an dem Ort, wo die Kinder leben, sondern die werden irgendwo geplant, wo geographisch die Mitte oder ein günstiger Standort ist. Dann sind die Kinder ganze Wochen aus ihren Familien draußen. Wenn man überlegt, in der modernsten Einrichtung Europas, in Neckargemünd, sitzen bald 1000 Kinder in einem Dorf mit 12000 Einwohnern. Und dort sind sie dann 10–12 Jahre. Die Strukturen sind die gleichen wie in einem Gefängnis, wie in einer Kaserne. Es gibt keinen Familienverband mehr.

**In der Kritik an der Isolierung gebe ich Dir recht. Die Frage ist, ob nicht durch die Konzentration der Mittel eine spezielle Förderung besser möglich ist. Oder wie können Behinderte im normalen Schulverband die Förderung erhalten, die sie in solchen Zentren bekommen.**

Für mich ist die Frage erst noch mal eine andere. Neckargemünd und Heidelberg sind geprägt durch die Ausnützung modernster Medien; Aufgaben können per Computer abgerufen werden usw. Du wachst in einer perfektionierten Hilfsumwelt auf, die Du später nie mehr kriegst. Es ist Unsinn, Blinde in Räumen zu trainieren, wo die Türen mit Watte abgepolstert sind. Die Türen später haben keine Watte mehr! Ich kann nur in den Bedingungen ausbilden, die ich später wiederfinde.

**Wie Du vorhin schon gesagt hast, ist die Arbeitslosigkeit der Behinderten sehr groß, auch nach einer Rehabilitation. Müssen sich die Behinderten damit abfinden, daß sie keine Stellen bekommen?**

Inzwischen werden die Schwerbehinderten schon weitgehend aus den Berufsförderungsprogrammen herausgenommen, z.B. Spastiker. Nach dem ersten Weltkrieg hatte man das richtige Konzept: man wollte die unglaublich vielen Krüppel, wie man damals sagte, nicht betteln gehen lassen. Jeder sollte optimal medizinisch versorgt werden und dann in den Betrieb, in dem er vorher tätig war, zurückkehren. Das ist leichter, weil es Kriegsinvalide waren, aber das Konzept ist natürlich das Richtige.

Es gibt heute auch viele, die durch eine Berufskrankheit oder einen Arbeitsunfall behindert werden. In den meisten Rehazentren sind Leute, die einen Wirbelsäulenschaden, oder Mehlstaub in der Lunge oder ähnliches haben und nur sehr wenige Schwerekörperbehinderte. Die werden umgeschult und gehen dann wieder in einen Beruf hinein. D.h. der Personenbestand in diesen Reha-Einrichtungen ist ein anderer, als wir uns ihn vorstellen. Viele Leute kommen aus Betrieben, wo sie spielend wieder hineinkönnten. Die Leute, die von einem handwerklichen Beruf oder körperlichen Tätigkeit auf eine Schreibtischtätig-



keit umgeschult werden sollen, können auch in den Betrieben selbst umschulen. Aber hier spielt das Bild der Behinderten eine Rolle. Es wird offiziell geprägt über Spendenaufrufe. Auch die Bundesregierung beteiligt sich mit Millionen an dieser Werbekampagne. Überall wird das Bild des Hilfsbedürftigen suggeriert. Der öffentliche Arbeitgeber läuft zur Zeit in den Behörden herum und stockt künstlich seinen Behindertenstand auf, indem er bei seinen Angestellten wirklich krampfhaft nach Behinderungen sucht. So ist es zu erklären, daß die Quoten bei den öffentlichen Arbeitgebern gestiegen sind – aber nicht durch

Neueinstellung von Behinderten. Früher konnte man Behinderte nach dem Schwerbehindertengesetz zwangsweise einstellen, aber auch das ist nie gemacht worden. Und die 100,— DM Ausgleichsabgabe sind ja keine Strafe, sondern nur ein Ausgleich. Das Gesetz sieht eigens eine Strafe vor, aber diese Strafe ist meines Wissens nach niemals verhängt worden, das sind nur Bußgelder.

**Müßten strengere Kontrollmechanismen geschaffen werden, um wenigstens die 6% zu beschäftigen?**

Es müßte der Wille da sein. In der Präambel des Schwerbehindertengesetzes steht, daß dies ein Gesetz des „Guten Willens“ ist. Es nimmt keiner ernst, Du kannst es spielend übertreten. Wo gibt's das, daß beim Gesetz gleich der gute Wille mitpropagiert wird? Hier muß man darauf dringen, daß das Gesetz eingehalten und durchgeführt wird. Aber es ist kein Wille da!

**Woran liegt das, daß kein Wille da ist?**

Historisch gesehen war nach dem Krieg die Absicht der Politiker, die Kriegsoptioner zu versorgen. Die Kriegsoptionerverbände haben im Bundestag eine sehr starke Lobby. Die Kriegsoptioner sind – soweit sie zu integrieren waren, alle eingegliedert. Sie haben ihre Arbeitsstelle. Aber die anderen Behinderten, die man als Zivilbehinderte bezeichnet, haben überhaupt keine Lobby. In einer Gesellschaft, wo nur Politiker im Bundestag, Landtag oder Stadtparlament sind, die gelernt haben, ihre eigenen Bedürfnisse durchzusetzen und durchzuboxen, existiert meiner Meinung nach ein ganz schönes Stück Verachtung (ob bewußt oder nicht) denen gegenüber, die es nicht schaffen. Ich glaube schon, daß es dort so einen Sozialdarwinismus gibt: der, der was taugt, der schafft's und der andere, der Bodensatz, der schafft's eben nicht. Bei den einen ist es halt so ein Ausgleich dafür, daß sie im Krieg für uns gekämpft haben; eine soziale Verpflichtung. Die anderen haben ja nie was ins soziale Budget eingebracht.

**Hat nicht gerade die Bundesrepublik eine besondere Verantwortung für die Versorgung der Behinderten in Hinblick auf ihre jüngste Geschichte?**

Das ist sicher ein noch gar nicht aufgearbeitetes Thema. Es gibt nur ganz wenige Bücher über die Euthanasie, und es gibt keine Auseinandersetzung damit. Jetzt fängt die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie ein wenig an, und es wird deutlich, daß Hitler das Programm nicht gegen den Willen von Juristen und Ärzten durchgesetzt hat, sondern daß die Psychiater vor Hitler dies schon alles formuliert hatten. Wenn ich mir anschau, was in Behindertenheimen heute abläuft, dann sehe ich da keinen großen Unterschied. Es ist für mich Euthanasie, wenn Menschen tagein-tagaus in Betten fixiert und mit Psychopharmaka vollgestopft werden und in Gitterkä-



figen rumlaufen. Ich finde die Zustände und was damals geschehen ist, immer noch unfassbar, aber da wird auch heute immer noch nicht dran gerührt. Soziale Probleme werden nur so weit deutlich, wie sie durch die Medien vermittelt werden. Die Medien haben dafür aber keinen Raum und arbeiten mit an der Verdrängung.

Ich will ein Beispiel nennen, das mich sehr bedrückt: Im letzten Jahr besuchte ich ein psychiatrisches Landeskrankenhaus in Schleswig, wo die Geistigbehinderten nie an die Sonne kommen. Und da kann der Sozialminister sagen: „Das Verbringen der Kinder an die Sonne hat keinen therapeutischen und psychologischen Nutzen; wir haben außerdem eine tragbare Höhen-sonne im Einsatz“. Wenn das Politiker bei uns sagen können, . . .

**Eine weitere Frage ist für mich die Aufgabe der beschützenden Werkstätten. Wie siehst Du ihren Nutzen für die Behinderten?**

Die beschützenden Werkstätten sollen eigentlich vom Auftrag her eine Trainingsstufe sein, um nachher die Behinderten in das normale Arbeitsleben zu vermitteln. Deshalb gibt es inzwischen auch Aufnahmekriterien. Ich sehe zwei Funktionen: Erstens, daß die Eltern der Geistigbehinderten (in den Werkstätten sind zu 80 % Geistigbehinderte) ihre Kinder 8–10 Stunden außer Haus haben und auch mal Luft holen können. Das ist kein Vorwurf, das kann ich gut verstehen.

Die andere Perspektive von den Behinderten her gesehen ist die, daß sie oft abgeschoben werden. Außerdem ist es untragbar, daß dort Leute z.B. festgehalten werden, weil sie das Arbeitsniveau heben. Sie arbeiten dort für ein Butterbrot, ohne Mitbestimmungsrecht, ohne garantierten Lohn, ohne Kündigungsschutz.

Die Bundesanstalt für Arbeit hat Pläne erarbeitet, die zwei Klassen schaffen und vorsehen, die Werkstätten mehr auf Produktion zu trimmen und ansonsten Einrichtungen zu schaffen, die mehr oder weniger Bewahranstalten sind. Deshalb bin ich da auch so erregt. Diese immer erneute Differenzierung nach Produktionstauglichkeit, die finde ich so was von schlimm!!

**Was kritisierst Du daran?**

Der häufig angewandte Kritikpunkt, die Leute würden dort sehr viel arbeiten und ausgebeutet werden, stimmt nicht so ganz. Es ist ein Zuschußbetrieb. Wenn Du aber genauer hinguckst, siehst Du, daß die Behinderten Zulieferfirmen abgeben für stupide Industriearbeit und dafür ein Spottgeld von den Firmen bekommen. Die können damit noch ein Drittel der Aufträge und der Ausgleichsabgabe verrechnen. Das ist so raffiniert, . . . Du stellst Behinderte nicht in Deinem Betrieb ein, und dann tust du noch so mildtätig und gibst Werkstätten für Behinderte Arbeit.

In einem Fall weiß ich, daß ein Großbetrieb auf seinem eigenen Gelände eine Behindertenwerkstatt einrichtet. Und dann praktisch mit denen noch seine Aufträge verrechnet! Das so was möglich ist!!

Die Werkstätten für Behinderte haben die Aufgabe nie erfüllen können, die Eingangsstufe für Behinderte zu sein, die dort trainiert werden, um anschließend in einen Beruf überzuwechseln. Das sind wirklich ganz seltene Fälle. Sie sind de facto Werkstätten, wo Behinderte reinkommen, und drinbleiben. Und daraus muß man dann auch die Konsequenz ziehen. Die heißt für mich: weniger Produktion, mehr auf Gemeinschaft und soziales Lernen.



Ulla Funke im Gespräch mit Ernst Klee

**Das setzt aber eine bestimmte Haltung voraus!**

Ich will Dir ein Beispiel nennen. Hier in Frankfurt gab es ein Modell, mit einer kollektiven Leitung, ohne Heimleiter, gleiche Gehaltsstufe usw. ohne Konkurrenz. Die Leute haben mit erwachsenen Geistigbehinderten gearbeitet. Für meine Begriffe haben die Mitarbeiter eine sehr gute Arbeit gemacht. Sie haben erreicht, daß auch Schwerbehinderte gelernt haben, allein mit der Straßenbahn zu fahren, alleine einzukaufen, z.T. über Bilder, sich ihre Zimmer allein auszusuchen, ihre Einrichtung, ihre Kleidung usw. Aber die Fähigkeit allein mit der Straßenbahn zu fahren ist für den Kostenträger gar nicht so erstrebenswert, weil der ja seinen Bus hat. Einige Behinderte sind z.B. auch ausgezogen, haben sich selber eine Arbeitsstelle gesucht. Hinterher kam die Kritik, in der alles weitgehend zurückgenommen wurde; es wurde gesagt, daß das, was die Mitarbeiter machten zwar optimale Förderung sei, aber nach dem BSHG gehe es ja nur um Verwahrung. Die ganze Förderung ist für die geistigbehinderten zwar schön und wertvoll, aber für den Kostenträger bringt es gar nichts.

Hier ist das Dilemma der Förderung zu sehen: es geht nicht darum, dem einzelnen menschlich sozial zu helfen, sondern es geht nur um Kosten und soziale Verwertbarkeit. Schluß. Aus.

**Spielt da nicht auch die Haltung der Behinderten unter sich eine Rolle? Ihr Bewußtsein?**

Ich glaube der Vorgang, daß auch unter den Behinderten eine Hackordnung besteht, wiederholt sich täglich in jeder Gruppe. Sie geben aber ja nichts anderes weiter, als andere immer an ihnen vorgenommen haben. Taxieren nach ihrer Verwertbarkeit. Entweder arbeitsmäßig oder im zwischenmenschlichen Bereich. Da gibt es viele Beispiele. Zum Beispiel die Spastiker. Sie entsprechen mit ihrem zuckenden Körper am wenigsten dem Schönheitsideal und stehen in der Hackordnung ganz weit unten. Die Querschnittgelähmten im Roll-

stuhl wirken ästhetisch und stehen sehr weit oben.

Ich glaube, man kann das ändern, indem sich die Gruppen über ihr Handeln erst einmal klar werden, daß sie mit denselben Normen gegen andere vorgehen, denen sie aber auch unterlegen sind, die sie selber ausgemustert haben. Doch dies ist leichter gesagt, als getan.

Ich vertrete die These, daß ich Normen, die mich selber ausmustern, für mich nicht akzeptieren kann. Die muß ich über Bord schmeißen. Und die Erfahrungen der Initiativgruppen, d.h. der Gruppen mit Behinderten und Nichtbehinderten zeigen, daß die Nichtbehinderten sehr viel über ihre Maßstäbe gelernt haben. Die Nichtbehinderten haben mehr als die Behinderten in puncto Bewußtwerdung der gesellschaftlichen und eigenen Situation gelernt.

Zur Arbeit der Initiativgruppen ist folgendes zu sagen. Die einen meinen, man könne die Isolation durch Möglichkeiten zum gegenseitigen Beisammensein auflösen. Die andere Richtung, die wir auch hier in Frankfurt vertreten, arbeitet politisch und setzt an den Bedürfnissen der einzelnen an. Deshalb haben wir am Anfang sehr viel konkret gearbeitet, z.B. der Kampf gegen die Bordsteine und Behindertenfeindlichkeit der Umwelt. Heute können die Beteiligten im Stadtbild sehen, was sie geleistet haben.



Aber die weitere politische Arbeit ist sehr schwer, und erfordert viel Geduld.

Insgesamt muß man sagen, daß es heute viel mehr politisch aktive Behinderte gibt als früher. Denk nur mal an die Bürgerinitiativen. Viele haben für sich das Fazit gezogen, daß es nicht sinnvoll ist, in Behindertengruppen zu arbeiten, sondern besser in Stadtteilprojektgruppen.

### Hat sich was geändert in der Haltung zu den Behinderten?

Meine Erfahrung zeigt, daß wir immer davon ausgegangen sind, daß die Bevölkerung behindertenfeindlich eingestellt ist. Wir haben in all den Jahren gemerkt, daß das weitgehend unsere eigenen Vorurteile waren. Ein Beispiel zur Erläuterung: Wir haben uns die Frage gestellt, ob ein Rollstuhlfahrer zu einer Fußgängerbrücke fahren und Passanten bitten kann, ihn hinüberzutragen. Wir waren uns damals alle sehr aggressiv einig, daß das nicht ginge. Als wir ein halbes Jahr später mit einer versteckten Kamera dies dokumentieren wollten, stellte sich heraus, daß in knapp zwei Stunden nur ein einziger nicht geholfen hat.

Bei der Arbeit mit der Bevölkerung ist wichtig, daß wir erst einmal Problembewußtsein schaffen, woher sollen die auch wissen, daß Behinderte Schwierigkeiten haben, mit der Bundesbahn zu fahren!

Die Bevölkerung hat also gar nicht so reagiert wie wir dachten. Daß sie mit den Behinderungen nicht umzugehen wußte, das ist was anderes! Da müssen Möglichkeiten für einen möglichst normalen und natürlichen Umgang geschaffen werden.

Es wird immer deutlicher, daß unser Problem bei den Gesetzen liegt, die darauf hinausgehen, die Behinderten zu kasernieren, in Gettos zu verfrachten. Immer besonders zu behandeln. In den Behörden und politischen Instanzen, wo die Entscheidungen fallen, wird oft mit Kann-Bestimmungen gehandelt. Dort ist weiterhin die Tendenz, Behinderte zu verwahren. Die Gegner sind nicht in der Bevölkerung.

Die Bürgerinitiativen gegen Behinderte sind meistens Hausbesitzer, auch Kriegsbehinderte, die sich ein Häuschen gebaut haben, die dann dagegen protestieren, daß in der Nachbarschaft eine Spastikereinrichtung gebaut wird. Es wird immer mit der „Wertminderung“ argumentiert.

In diesem Zusammenhang ist auch das Urteil zu sehen, daß hier in Frankfurt gefällt wurde. Eine Frau klagte, weil sie im Urlaub den Anblick Behinderter ertragen sollte. Die Frau ist dabei egal, aber daß ein Richter solch ein Urteil fällen kann und der Frau Recht gibt und dabei alle Sozialgesetze außer Acht läßt, das ist der eigentliche Skandal.

**Glaubst Du, daß im Jahr des Behinderten sich in der Rechtsprechung etwas**

### ändern kann, damit nicht noch mal solch ein Urteil gefällt wird?

An dem Urteil ist nichts mehr zu machen. Aber ich glaube wir haben geschafft, es so zu tabuisieren, daß es nicht noch einmal passiert. Auch alle juristischen Kommentare haben das Urteil damals auseinandergenommen. Das ist erreicht worden. Aber es gibt Gesetze, wonach z.B. behinderte Kinder aus einem Reihengebiet verdrängt werden können. Hier in Frankfurt ist eine Sonder-Kindertagesstätte in einem schönen Wohngebiet, und es ist gerichtlich festgelegt worden, daß der Bus nicht länger als 3 Minuten dort halten darf. Das ist wieder die Sache mit dem-Anblick-nicht ertragen können. Und das wird nach der heutigen Rechtsprechung immer wieder passieren.

### Hättest Du konkrete Forderungen an das Jahr des Behinderten? Was erwartest Du Dir?

Man muß zwischen wünschenswerten und realisierbaren Forderungen unterscheiden. Die notwendige und realisierbare Forderung ist die Beendigung des Systems der Sonderbehandlungen und des Aussortieren. Alles andere sind Details.



Es gibt im Moment auch Bemühungen, die ambulanten Dienste für Behinderte zu verstärken, damit die Behinderten nicht alle ins Heim müssen. Die Dienste würden ihnen z.B. Wäsche waschen, einkaufen, körperliche Pflege und so weiter abnehmen. Das wäre auch billiger, aber dies zu verwirklichen, das geht immer nur mit Tricks. Denn die gesetzlichen Finanzierungsmöglichkeiten sind einfach nicht da. Es werden nur Hilfen unterstützt, die als stationäre oder halbstationäre Einrichtungen deklariert werden.

Und für die ambulanten Einrichtungen, die sozial, gesellschaftlich, wirtschaftlich anerkanntermaßen besser wären, gibt es keinen Topf. Es muß immer mit ganz komischen Finanzierungen gearbeitet werden.

### Was soll denn am Ende des Jahres für Behinderte erreicht werden?

Ich glaube, die Behindertengruppen haben jetzt schon erreicht, daß die Fachleute und auch Politiker im Voraus ein sehr schlechtes Gewissen und so viele Vorbehalte ha-

ben. Das zeigt, daß sie schon nicht mehr ganz so naiv hineinmarschieren wie das beim Jahr des Kindes z.B. noch war. Die Eröffnungsveranstaltung mit Carl Carstens, der dann vielleicht mal im Rollstuhl wandert, und der offizielle Teil sind immer mehr reduziert worden. Die Peinlichkeit der Reden ... ist schon deutlich.

Und man muß abwarten, was die Initiativgruppen in diesem Jahr für eine Kraft entwickeln, sich nicht mehr feiern zu lassen, sondern sich selber auch darzustellen, und ein Gegengewicht zu stellen. Es wird auch an die Behinderten gedacht bei der Eröffnungsveranstaltung!

### Ist es nicht trotzdem peinlich, daß es so eine große Veranstaltung im Dortmund-Westfalenpark ist, wo die Behindertentoiletten anfangs hineingeschafft werden und nachher wieder hinaus?

Ja, da wird halt für 3 Tage ein Behinderten-Walt-Disney-Land aufgebaut und es wird ein Fahrdienst existieren, den es nie zuvor gab, und den es nie wieder geben wird.

### Zum Schluß noch eine persönliche Frage, die Dir sicher auch schon oft gestellt worden ist: wie kommt es, daß Du als Nichtbehinderter Dich so sehr mit Behindertenpolitik beschäftigst? Wirst Du nicht oft angegriffen?

Natürlich werde ich oft gefragt, und auch angegriffen. Entweder forscht man nach der berühmten Motivation, oder es wird gesagt: wie schön, wie edel! Es wird allerhand vermutet, weil jeder denkt, daß Du nur was tust, wenn Du unmittelbar betroffen bist.

Ich habe die Arbeit zusammen mit Gusti Steiner angefangen, der behindert ist, und uns war klar, daß wir die Arbeit nur zusammen machen können, nur mit Behinderten und Nichtbehinderten. Wir wollen eine integrative Gesellschaft und eine Form, in der Menschen offen miteinander leben können. Beide Seiten lernen voneinander und bringen sich ein.

Ich habe auch schon verletzende Angriffe erlebt. Aus dem Vorwurf, Du machst das nur, um Geld zu verdienen, wirst Du nie herauskommen. Ich weiß nicht, ob Du Dich unbedingt mit einer persönlichen Betroffenheit legitimieren mußt, um Dich da zu engagieren, wo es Dir Spaß macht.

Ich habe immer formuliert, daß wir nicht für Behinderte arbeiten, sondern mit Behinderten und daß die Arbeit dann durch Behinderte gemacht werden muß. ■



# Leben kann man nur sich selber

## Aristöße zu einem Selbstverständnis behinderter Menschen

von Fredi Saal

1981 wurde zum Jahr des Behinderten erklärt. Wem es um das selbstverständliche Miteinander geht, kann es nicht ganz ohne Sorge konstatieren. Wird es nicht zusätzlich die Sonderstellung der angesprochenen Personengruppe betonen?

Aber Behinderung als Selbstverständlichkeit einer unauswechselbaren Lebensweise und normaler Zustand eines Menschen – auch dieses will manchem nicht einleuchten. Man nimmt die Behinderung mehr oder weniger zähneknirschend hin; sie aber als zur Person gehörende Wesensart zu sehen, das will nur schwer gelingen. Zu sehr sind wir gewohnt, auch persönliche Normalität mit der Elle des Allgemeinverbindlichen zu messen. Es ist uns in Fleisch und Blut übergegangen, unsere eigenen Maßstäbe auf andere zu übertragen.

Daher wird der Behinderte gerne als ein Unglücksfall der Natur angesehen. Das verführt dazu, ihm nach Möglichkeit aus dem Wege zu gehen. Die Vermutung von Leid schreckt ab von der Begegnung. Man setzt sich nicht gerne freiwillig der Hilflosigkeit angesichts der Not anderer aus.

Mich selbst als schwerbehinderten Spastiker hat der Leidensverdacht immer wieder gewundert, der die Umwelt dann zum Mitleid herausfordert. Überhaupt staune ich darüber, was andere Leute in dieser Beziehung von mir zu wissen glauben. Selbstverständlich leide ich auch manchmal an diesem und jenem – am allerwenigsten aber an meiner Lähmung. Warum sollte ich auch? Meine körperliche Verfassung hängt doch ganz unmittelbar mit mir zusammen. Ohne sie wäre ich eben ein anderer. Dieser Gedanke gefällt mir gar nicht. Denn ich betrachte das Weltgeschehen recht gerne aus meiner eigenen Haut. Wenn ich manchmal leide, so auch an dem Verhalten meiner Umwelt, die nicht bereit ist, mich zu nehmen, wie ich bin. Es ist ihr nur schwer einsichtig zu machen, daß meine Behinderung und ich zusammengehören.

Sage niemand, ich wüßte nicht, wovon ich rede. Es ist wahr, mir geht es heute sehr gut an der Seite meiner Frau. Aber ich habe trotzdem meine „Ochsentour“ hinter mir. Ich will davon erzählen.

Durch meine ungelungenen Bewegungen und die grimassierenden Gesichtszüge beim angestregten Sprechen galt ich schon früh als nicht „richtig“ im Kopf. Der Amtsarzt sah sich in seiner Ansicht über meine Bildungsunfähigkeit bestätigt, als ich anfang, aus Angst vor seinen beiden großen Hunden zu schreien. Aber eine öffentliche Schule hätte mich wohl sowieso nicht aufgenommen. Ich kam in eine Heil- und Pflegeanstalt für Geistesbehinderte. Hier gab es eine Sonderschule, die mir das nötigste Grundwissen vermittelte. Dann erfuhr ich aus einem neuen Religionsbuch vom Vorhandensein spezieller Einrichtungen für Körperbehinderte. Ich meinte, dort wäre ich eigentlich besser aufgehoben und regte eine Verlegung an. Doch ein zweites Mal bescheinigte mir ein eingeschalteter Amtsarzt intellektuelle Minderbegabung und sah mich in der Anstalt für Geistesbehinderte am richtigen Ort. Erst als meine Lehrerin Widerspruch gegen das Gutachten einlegte, ging mein Wunsch in Erfüllung. In einem Haus für Körperbehinderte konnte ich den Volksschulabschluß machen. Die Möglichkeit für den Besuch weiterführender Schulen gab es damals für Spastiker noch nicht. So gab es für mich auch keine Berufsausbildungschancen. Wohl in einem Akt der Verlegenheit steckte man mich in eine Korbmacherwerkstatt. Mit meinen ungeschickten, sperrigen Fin-

gern war ich hier völlig fehl am Platz. Nur Stuhlsitze flechten lernte ich ein wenig. Doch das ging so langsam, daß ich damit nie und nimmer zu einem Verdienst gekommen wäre. Außerdem gab es tagelang keine Arbeit. Dann saß ich acht Stunden auf meinem Stuhl und zählte jede Minute. – Nach einem Jahr fand ich als Babysitter für unsere jüngste Schwester eine sinnvollere Aufgabe.

Für mich gestaltete sich der Übergang vom elfjährigen Anstaltsaufenthalt nach „draußen“ erst einmal als ziemlich bittere Erfahrung. Ich fiel wie in ein tiefes Loch. Außerhalb der Anstaltsmauern fand ich mich völlig isoliert. Abends raste ich wie ein wildes Tier durch die Straßen. Es gab so viele Menschen. Aber man wagte sie nicht anzusprechen. Den Geschwistern war ich nach einem Jahrzehnt plötzlich vor die Nase gesetzt worden, zudem noch als ältester Bruder. Im Grunde mußte ich ihnen ebenso fremd erscheinen wie jedem anderen. Wann hatten sie mich schon einmal gesehen? Einige wenige Male in den Ferien. In den Kriegsjahren hatte mich meine Mutter nicht nach Hause holen können.

Aber ich war noch voller Energie – vielleicht gerade wegen der Isolierung. Ich ging zur Volkshochschule; ich rief einen „Freundschaftskreis junger Körperbehinderter“ ins Leben. Später bemühte ich mich um eine Erwerbstätigkeit. Endlich wollte ich ein eigenes Zimmer bezahlen können, in dem ich ungestört lesen und schreiben würde. Wir lebten damals alle sechs in zwei engen Mansardenräumen. Es dauerte lange, bis sich eine Arbeit fand. Anfangs wollte man mich sogar als vermittlungsunfähig abschreiben. Doch das Sozialamt gab sich nicht damit zufrieden. Diese Hartnäckigkeit hatte Erfolg. Eine Schokoladenfirma stellte mich als Aufzugführer ein. Sie blieb sogar dabei, als sich ergab, daß ich keinen Achtstundentag durchhielt. Bereitwillig reduzierte sie die Arbeitszeit. Trotzdem erwies sich alles viel anstrengender als ich es erwartet hatte. Nun bekam ich zwar mein eigenes Zimmer – sogar in der Nähe unserer Wohnung. Doch bot sie mir jetzt wenig Gelegenheit, meine ursprünglichen Pläne zu verwirklichen. Dazu war ich viel zu zerschlagen. Früh ging ich abends ins Bett und eigentlich von einem arbeitsfreien Wochenende zum anderen. Die Konzert- und Volkshochschulbesuche gab ich nach und nach auf. Dennoch hielt ich vierzehn Jahre durch. Dann bekam ich eine Erwerbsunfähigkeitsrente.

Natürlich könnte jetzt jemand sagen, ohne Behinderung wäre eben doch alles einfacher gewesen. Aber das Wort „einfach“ ist in dieser Hinsicht ein subjektiver Begriff aus dem Blickwinkel des Nichtbehinderten,





der sämtliche Lebensläufe auf das gleiche Schema festlegt. Man meint, ein Behinderter habe es „schwerer“. Nur woran mißt man das? Ich müßte in einen anderen Menschen hineinsteigen können, um zu empfinden, was bedeutet, nicht behindert zu sein. Für jemanden wie mich ist es ganz normal, nicht „richtig“ sprechen, laufen, greifen zu können. Jeder Wunsch nach einer Änderung ist ein Stück Entfremdung von mir selbst. Ich strebe nicht an, ein Anderer zu sein.

Durch die negative Haltung der Umwelt wird der Behinderte oft in die Lage gedrängt, sich selber als minderwertig anzusehen. Er unternimmt dieses und jenes, um die Behinderung zu verschleiern. Damit kann er aber nur in Widerspruch mit sich selber geraten. Denn leben kann ich nur im Rahmen dessen, was ich selbst bin. Deshalb muß ich versuchen, meinen eigenen Lebensstil zu finden – nicht dem zu verfallen, was „man“ ist und macht. Sonst gerate ich unweigerlich unter die Räder fortwährender Unzufriedenheit. Was nützt es mir, die Lebensweise anderer Menschen nachzuahmen. Von seiner Empfindungswelt kann ich nicht das Geringste wissen, aber er auch nicht von meiner. Das wird immer wieder übersehen. Nur so kommt es immer wieder zu dem unausrottbaren Vorurteil, der Behinderte müsse in jedem Fall unter seiner Behinderung leiden. Nun leidet der Behinderte sicherlich nicht mehr und nicht weniger als jeder andere Mensch – aber nicht gerade immer unter seiner Behinderung.

Aber ich darf es mir nicht zu einfach machen. Denn zweifellos macht manchem anderen die Behinderung mehr zu schaffen als mir. Mir wurde sie ja angeboren wie mein Geschlecht mir angeboren wurde, die Farbe meiner Augen und Haare. Sie macht einen großen Teil meiner Identität aus. Anders steht es um einen Menschen, der nicht mit der Behinderung auf die Welt kam, sondern von ihr zu einem späteren Zeitpunkt überfallen wurde.

Damit ging die ursprüngliche Identität verloren. Er muß eine neue aufbauen und eine ihm zunächst fremde Existenzbedingung akzeptieren lernen. Wem will es wundern, wenn dies nicht jedem gelingt? Aber auch solch ein Mensch leidet meistens nicht ununterbrochen unter seinem Zustand. Weit entscheidender ist, wie sich die Umwelt zu ihm und seiner Situation stellt. Nimmt sie ihn als vollwertigen Menschen an? Sonst kann er gar nicht anders als mit heftigen Minderwertigkeitsgefühlen zu reagieren.

Zu sehr bekommt er das Gefühl vermittelt, man sähe an seiner Statt lieber einen anderen.

Er sieht sich gedrängt, nach einer anderen Identität zu suchen und findet so nie ganz zu sich selbst. Man kann nicht sagen, dies geschähe in finsterner Absicht. Es läßt sich sehr viel guter Wille ausmachen – aber auch eine große Ratlosigkeit im Umgang mit der Tatsache von Behinderungen. Die Ansicht ist weit verbreitet, man müsse un-



ter der Last einer Behinderung zusammenbrechen. Man fürchtet sich davor, dieses Schicksal könne einen selbst ereilen. Darum wird der Betroffene wegen seiner Behinderung bedauert. Mit allen Mitteln wird versucht, das „Unglück“ rückgängig zu machen. Statt individueller Förderung bricht eine Welle von Reparaturbemühungen – genannt Therapie – über das behinderte Kind herein. Nicht die eigenständige Persönlichkeit des Behinderten wird aufzuspüren versucht, sondern das, was vielleicht doch noch hinter diesem Mißverständnis menschlicher Existenz stehen könnte. Irgendwie hofft man darauf, aus einer verpuppten Larve noch einen strahlenden Schmetterling aufsteigen zu sehen.

Es gibt kein unbefangenes Spielen, kein Turnen, kein Reiten – alles ist nur Therapie. Alles ist darauf gerichtet, aus einem Behinderten möglichst einen Unbehinderten zu machen. Da dieses aber nicht geht, bleibt der Behinderte stets in den Augen der Umwelt und manchmal auch in seinen eigenen – ein unfertiger Mensch.

Es sollte nicht der Eindruck entstehen, als sei jede gezielte Behandlung des Behinderten von Übel. Es kommt auf die innere Haltung an, die hinter ihr steht. Will sie einen Menschen in seiner Eigenart fördern, zu der die Behinderung unabtrennbar gehört oder versucht sie, mit allen Mitteln ein unerträgliches Übel zu beseitigen? Beim unbehinderten Kind spricht niemand von Therapie, wenn es darum geht, die in ihn angelegten Fähigkeiten auszubauen.

Nur beim Behinderten gerät dies alles zur therapeutischen Behandlung – so als könne man ein Geschöpf noch einmal schaffen. Dabei kann es in Wirklichkeit doch nur darum gehen, die individuellen Anlagen des Heranwachsenden zu fördern – und die sind für jeden Menschen verschieden.

Ich glaube, einem musisch begabten Kind wird nicht weniger Unrecht angetan, läßt man seine Fähigkeiten verkümmern, als einem Behinderten, dem die Übung seiner Funktionen versagt bleibt. Außerdem halte ich eine im Reparaturdenken verhaftete Behandlung schlechter als überhaupt keine. Sie ist nur dazu geeignet, die Annahme der eigenen Identität zu verhindern.

In dieser Beziehung sieht man sich immer wieder zu einem Hinweis genötigt: Natürlich kann die kritische Haltung gegenüber falsch verstandener Therapie nicht bedeuten, man solle auf sie oder gar auf notwendige Hilfsmittel wie den Rollstuhl verzichten, die das Dasein des Behinderten wesentlich erleichtern. Genau das Gegenteil ist richtig, ermöglichen sie es dem Betroffenen doch erst, sich ganz bewußt als behinderter Mensch zu verwirklichen. Aber diese Verwirklichung kann eben nur innerhalb seines eigenen Rahmens geschehen! Dies ist das Entscheidende.

Hier muß auch das Verhältnis zur Erwerbstätigkeit angesprochen werden. Sie hat solch einen großen Stellenwert, daß sich ihm auch der Behinderte nicht entziehen kann. Er wächst wie jeder andere Mensch mit dem Bewußtsein auf, das einzig lohnende Ziel des Lebens sei die berufliche Arbeit. Und in der Regel ist dieses Ziel ja auch durch zwingende Notwendigkeit vorgeschrieben: Denn nur über unsere Tätigkeit erhalten wir die Mittel, die wir für unsere Daseinsfristung brauchen. Der Verpflichtung zum eigenen Lebensunterhalt darf sich gewiß niemand entziehen, der dazu in der Lage ist. Aber muß sich deshalb jemand minderwertig vorkommen, weil er eben dieser Verpflichtung nicht nachkommen kann? Muß er zumindest den Schein von nützlicher Tätigkeit aufrecht erhalten? Der Druck dieser Arbeitsmoral muß notwendigerweise fortgesetzte Unzulänglichkeitsgefühle auslösen. Schaffen hier die „Beschützten Werkstätten“ eine gewisse Entlastung? Doch ist es wirklich ehrlich, den Behinderten mit dieser Einrichtung eine Berufstätigkeit vorzugaukeln? Bestenfalls verdient er in ihr ein Taschengeld, nie und nimmer aber seinen Lebensunterhalt – und das meist bei einer Tätigkeit, die nicht schon in sich selbst Befriedigung birgt. Sicherlich sind Orte nötig, an denen sich ein beschäftigungsloser Behinderter aufhalten kann. Nur dürfte dies nicht unter einem Etikettenschwindel geschehen. Man darf nicht des Leistungsprinzips zuliebe die Fiktion einer Berufstätigkeit aufrechterhalten. Dies ist keine Integration, sondern nur ihre Vortäuschung. Nicht anders als bedenklich kann die Mei-

nung mancher Behinderter angesehen werden, die es als eine Unterdrückung empfinden, keinen Arbeitsplatz zu bekommen. Sie fühlen sich dadurch in ihrer Menschenwürde beeinträchtigt. Damit übernehmen sie das Diktat ihrer Umwelt, nach dem nur jener Mensch ein sinnvolles Leben führen kann, der erwerbstätig ist. Dadurch werden alle arbeitsunfähigen Schwerstbehinderten als menschlich wertlos verurteilt. Sollte nicht gerade der Behinderte zu anderen Wertmaßstäben kommen? Leistung ist fraglos notwendig, weil sie allein den Lebensunterhalt sichert. Aber sie ist nicht die einzige Daseinsverwirklichung. Zumindest müssen für Nichterwerbsfähige auch noch andere Möglichkeiten offenbleiben.

Es wird immer fragwürdiger, wenn sich die Schulen vorrangig als Berufsvorbereitungsinstitution verstehen und den sich immer mehr ausweitenden Freizeitbereich außer acht lassen. Auch wenn ins Feld geführt wird, mit Hilfe moderner Geräte lasse sich fast für jeden Behinderten eine Erwerbstätigkeit schaffen – es bleiben genug Menschen, für die auch diese Lösung nicht in Frage kommt. Wenigstens die Solidarität unter Behinderten sollte es möglich machen, die Erwerbstätigkeit nicht allein zur Lebensgrundlage zu erklären und damit alle Nichterwerbsfähigen in die Kategorie sinnloser Existenzen einzuordnen. Dazu gehört die Einsicht, jeder einzelne Mensch kann nur das eigene Dasein leben mit allen darin enthaltenen *eigenen* Möglichkeiten. Diese Möglichkeiten sind verschieden, aber nicht von unterschiedlichem Wert. Denn maßgebend ist nur, was wir uns selbst sind. Das Dasein des Anderen vermag ich nur anzuerkennen, nicht aber nachzuahmen. Ich bin nicht der Andere. ■



# Der Zeugungsnachweis

## Sollen, Können, Dürfen

### Behinderte Heiraten???

In einem kleinen bayerischen Ort – mit gesunder Landluft besinnlicher Ruhe, wo Behinderte ihren lebenslangen Erholungsaufenthalt verbringen „dürfen“, lebt Herr Hans H. (Namen geändert) in einem Caritas-Pflegeheim. Hans H. (Spastiker und Rollstuhlfahrer) lernte vor längerer Zeit Frau Resi R. – ebenfalls körperbehindert – kennen, die zu Hause bei ihren Eltern lebt. Ihr größter Wunsch, eine eigene, gemeinsame Wohnung, scheiterte trotz verschiedenster Bemühungen immer wieder. Ein Hoffnungsschimmer für die beiden war der geplante Erweiterungsbau des Pflegeheimes. Auf Anfrage teilte ihnen der zuständige Direktor mit, daß eine Wohnung schon möglich wäre, aber ohne kirchlichen Trauschein. . . .?!

So beschlossen die beiden zu heiraten. In Gesprächen äußerte der Seelsorger des Heimes besorgte Bedenken zu den Heiratsabsichten, wegen der „schweren körperlichen Behinderung beider Teile“. Hans H. und Resi R. betonten nach zahlreichen Gesprächen, „daß sie sich im klaren sind, daß die Ehe eine dauernde Gemeinschaft zwischen Mann und Frau ist, die den Zweck hat, Kindern das Leben zu schenken“. Der Geistliche teilte dann auch der Heimleitung schriftlich mit: „Sie sind überzeugt, daß sie die notwendige Gesundheit haben, um einen natürlichen Geschlechtsverkehr zu vollziehen. Herr H. ist darüber unterrichtet, daß dies durch eine fachärztliche Untersuchung einwandfrei festgestellt werden muß. Unter diesen Voraussetzungen habe ich den beiden versprochen, mich für eine Trauung einzusetzen.“

Die Heimleitung hatte aber noch andere Bedenken: Wenn die beiden aber nun Kinder in die Welt bzw. ins Heim setzen (womöglich noch behinderte)? Also bekamen sie den „gut gemeinten Rat“, daß sie natürlich keine Kinder bekommen können, dafür müssen sie ihm einen Nachweis liefern!

Was tun??? Das Kirchengesetz besagt, . . . daß die Impotenz aufgrund des Naturrechtes ein trennendes Ehehindernis ist. . . .! In c. 1015 § 1 CIC (Codex Juris Canonice) wird die Ehe nur dann als vollzogen betrachtet, „wenn zwischen den Ehegatten der eheliche Akt stattgefunden hat, auf den der Ehevertrag seiner Natur nach hingeeordnet ist und durch den Gatten ein Fleisch werden“.

Frau R. ließ sich also untersuchen – sie kann Kinder bekommen. Hans H. hatte lange Zeit Bedenken gegen diese peinliche Untersuchung. Seine verzweifelte Situation schildert er in einem Interview des „Zündfunks“ im Bayer. Rundfunk: „Ich hab' das dann doch machen lassen, damit die liebe Seele ihre Ruhe hat und daß ich heiraten darf und daß es nicht heißt, ich verzögere alles. ( . . . ) Die halten mich schon über ein Jahr hin. Ich find' das eine Sauerei, daß wir das machen müssen; aber ich will jetzt endlich heiraten.“ Seine Gefühle beim Arzt beschreibt er: „Eine blöde Situation, eine saublöde – ich wäre bald ausgeflippt mit der ganzen Sache, weil das so frustrierend ist, ein Schock oder irgendetwas. Da wird man in so einen Raum reingelegt – ich kann ja nur liegen – und dann hab' ich den Test machen müssen, und der hat dann den Samen untersucht und festgestellt, das ich schon Kinder zeugen kann und daß ist jetzt bewiesen.“

Obwohl nun alle Bedingungen erfüllt worden waren, wurde der Hochzeitstermin wieder verschoben. Hans H.: „Ich will in Gottes Namen endlich eine Entscheidung, und das ist doch nicht zuviel verlangt! Ich bin bald am Ende mit meiner Kraft!“

Vielleicht sorgte das ärztliche Attest, welches übrigens „freiwillig“ (von wem?) zum Caritasverband nach München gesandt wurde(!), für Verwirrung. Die beiden können nun Kinder bekommen (kirchlich Auflage erfüllt.) – sie dürfen aber keine bekommen. In den Fragen der Empfängnisverhütung vertritt die katholische Kirche ja eine hinlänglich bekannte Einstellung . . . so wird dieses tragikomische Schauspiel noch einige Probleme aufwerfen . . . !

Die oben angeführte Sendung hatte maßgeblichen Anteil daran, daß die Trauung doch noch stattfinden konnte. Wie allerdings das letzte Problem gelöst wurde, konnte von mir noch nicht in Erfahrung gebracht werden. – Angeblich ist dieses Paar das erste, welches in einem bayerischen Pflegeheim heiraten „durfte“. Ich nehme aber an, daß diesbezügliche Wünsche und Sehnsüchte nach Partnerschaft im Stillen häufiger vorhanden sind. Verbände und Institutionen werden schon Mittel und Wege finden, daß „keine schlafenden Hunde geweckt werden“ und Behinderte sich gegen Unterdrückung, Menschenverachtung, Erpressung und Bevormundung zur Wehr setzen. (Als besonderen Hohn empfinde ich es, wenn sich diese Zustände in sog. „Christlichen“ Heimen abspielen).

– aus „Luftpumpe“ Zeitung für Behinderte und Nichtbehinderte –



# Integration statt Isolation

## Gemeinnützige offene Hilfen für Behinderte in der Gesellschaft

### Ein neuartiges Modell zur Integration Behinderter –

**Verhältnismäßig wenigen behinderten Menschen ist es möglich, außerhalb eines Heimes zu leben, außerhalb einer Sondereinrichtung ihre Schul- und Berufsausbildung zu machen und ihren Beruf auszuüben. Verhältnismäßig vielen behinderten Menschen kann ein Verbleiben in ihrem gewohnten Lebensraum oder ein Zurückkehren dorthin ermöglicht werden, wenn entsprechende praktische und pflegerische Hilfen auf ambulanter Ebene gegeben werden.**

#### Integration sollte sein:

**Die Auseinandersetzung eines behinderten Menschen mit seiner Behinderung in seiner natürlichen Umwelt; die Auseinandersetzung der Umwelt mit diesem behinderten Menschen.**

Der VIF-Hilfsdienst nahm 1978 seine Arbeit mit dem Ziel auf, eine Alternative zur Unterbringung in Heimen und Sondereinrichtungen zu bieten, durch ambulante Hilfen neue Integrationsmöglichkeiten für Behinderte zu schaffen.

Praktische und pflegerische Hilfen werden in den verschiedensten Lebensbereichen gegeben wie Familie (Entlastung einer Familie, in der ein Behinderter lebt), Schule, Studium, Beruf, Freizeit und Privatberreich.

#### Einige Beispiele:

– Mehrmals wöchentlich für einige Stunden geht ein VIF-Helfer in eine Familie und beschäftigt sich dort mit dem geistig und körperlich behinderten Kind. Durch diese Betreuung wird die Familie – in erster Linie die Mutter, die wieder Zeit für sich und die anderen Familienmitglieder findet – wesentlich entlastet.

– Zwei behinderte Kinder, die aufgrund ihrer Behinderung dem Unterricht einer Regelschule nicht allein folgen könnten, erhalten durch Helfer Unterrichtshilfe (z.B. schreibt der Helfer anstelle der Kinder mit). Durch diese Schulbegleitung (dazu gehört auch, die Kinder zur Toilette bringen) ist der Besuch einer Regelschule für diese Kinder möglich.

– Ein körperbehinderter junger Mann nahm im Herbst d.J. sein Studium an einer Münchner Fachhochschule auf. Von der VIF bekommt er die erforderliche Studienbegleitung, d.h., ein Helfer fährt ihn zur Schule und gibt dort Hilfen wie in die Vorlesungsräume bringen, hin und wieder für einige Minuten aus dem Rollstuhl aufhelfen zum Stehen (zur körperlichen Entlastung), zur Toilette bringen usw.

– Auch ein Schwestbehinderter hat die Möglichkeit, außerhalb eines Heimes zu leben, wenn er entsprechende Hilfen bekommt: Ein durch Kinderlähmung fast vollständig gelähmter (einschl. einer Atemlähmung) junger Mann erhält durch mehrere VIF-Helfer umfassende pflegerische und praktische Hilfen: Körperpflege, behinderungsspezifische Pflege wie Absaugen, Haushaltshilfe wie Kochen und Putzen, verschiedene Hilfen in Freizeit und Privatleben. Durch diese intensive Betreuung konnte dem jungen Mann ein eigenständiges Leben in einer eigenen Wohnung realisiert werden.

#### Die Organisation

Die Helfer des VIF-Hilfsdienstes sind Laienhelfer: Zivildienstleistende und Mädchen im freiwilligen sozialen Jahr als Vollzeit Helfer in den zeitlich intensiveren Einsätzen (s. Beispiele) oder freiwillige Helfer in kleineren Einsätzen wie z.B. 1 mal wöchentlich einige Stunden einer älteren Frau in der Wohnung helfen u.ä. Die Erfahrung hat gezeigt, daß diese Laienhelfer durchaus den Betreuungsaufgaben gewachsen sind. Was jedoch unbedingt erforderlich ist, ist eine fachliche (Hebe- und Pflege-techniken, Rollstuhltraining) und menschliche



Einführung in die jeweiligen Einsätze, sowie eine permanente Anleitung durch einen Sozialarbeiter, der sowohl für den Helfer als auch für den zu betreuenden Behinderten bei auftretenden Problemen im Einsatz Ansprechpartner sein muß.

Diese Einführung und Anleitung sind Aufgaben eines Teams, das z.Z. aus 3 Sozialarbeitern, 2 Jahrespraktikanten und einer Verwaltungskraft besteht. Dienstplangestaltung, Einsatzorganisation, Außenpolitik und Öffentlichkeitsarbeit sind weitere Aufgaben dieses Teams.

Neben 43 Vollzeithelfern arbeiten in der VIF mehr als 200 freiwillige Helfer mit, von denen der größte Teil im Vorlesedienst für Blinde tätig ist, der ebenfalls von der VIF angeboten wird. Dort können blinde und sehbehinderte Menschen Bücher und jedes andere Textmaterial auf Kassette lassen lassen.

Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit fördert ein Forschungsprojekt der Universität München: „Offene Integrationsförderung für Behinderte“. Dieses Projekt stellt die wissenschaftliche Begleitforschung des VIF-Modells dar, in deren Rahmen untersucht und dokumentiert wird, ob sich dieses Integrationsmodell bewährt, seine Effizienz, Möglichkeiten und Grenzen. Neben dieser Begleitforschung beinhaltet das Forschungsprojekt eine Untersuchung der ambulanten Hilfs- und Pflegedienste zur Integration Behinderter in der Bundesrepublik.

#### Probleme und Perspektiven

Bei genauer Betrachtung machen die oben beschriebenen Beispiele einige wesentliche Punkte deutlich, die bislang ambulante Hilfs- und Pflegedienste nicht zu einer echten Integrationshilfe für Schwerbehinderte werden lassen können:

– Im Bewußtsein medizinisch-pflegerischer Fachkräfte stehen ausbildungs- und berufsbedingt „Langzeitkranke“ im Vordergrund, z.B. mit Diabetes, Polyarthrit, Krebs, Apoplex usw. „Behinderte“, z.B. Querschnittsgelähmte, Poliogelähmte, Spastiker oder auch Sinnesbehinderte sind im Bewußtsein dieser Mitarbeiter ambulanter Dienste bis jetzt kaum als Zielgruppe vorhanden.

– Hierfür sind u.a. personelle und finanzielle Grenzen der ambulanten Dienste maßgeblich: Die zeitintensive und kontinuierliche Dauerbetreuung ist mit einem begrenzten Stab an fachlichen Pflegekräften kaum zu leisten; daher sollte der Einsatz ausgewiesener Laienhelfer als Vollzeitmitarbeiter weiter erprobt und ausgebaut werden.

– Laienhelfer sind zwar „billiger“, dennoch bleiben erhebliche Finanzierungsprobleme bei der intensiven Dauerbetreuung Schwestbehinderter: RVO, Bundessozialhilfegesetz und Förderbereitschaft der öffentlichen Hände bieten sehr begrenzte, aber erwägenswerte Finanzierungsgrundlagen.

– Es kommt darauf an, Bewußtsein, Finanzierungsgrundlagen und personelle Möglichkeiten ambulanter Dienste zur Integration Behinderter als verbands- und sozialpolitische Forderung von Praktikern und Betroffenen nachdrücklich zu vertreten.

**Vereinigung Integrations-Förderung e.V.**

**Herzog-Wilhelm-Str. 16  
8000 München 2**

**Karin Ludwig (Heilpäd.grad.)  
August Rüggeberg (Dipl.-Psych.)**

Ich heiße Hans-Otto – meine Eltern haben mich immer Hatto gerufen. Ich bin am 14. März 1961 geboren, sagt Schwester Elke, und ich glaube ihr, denn sie übt besonders in den Wochen vor meinem Geburtstag immer wieder das Datum mit mir.

Im dritten Lebensjahr kam ich hier in diese Anstalt, sagt mein Stationsarzt zu dem Richter, der manchmal kommt um zu gucken, ob ich noch hier bleiben muß. Aber ich wollte von vorne erzählen: Als meine Mutter mit mir schwanger war, wollte sie mich nicht. Als sie es gemerkt hat, hat sie einen großen Schreck bekommen, denn sie war noch nicht verheiratet. Mein Opa war Bergmann in Oberhausen. Er war sehr streng mit meiner Mutter und oft auch sehr betrunken. Meine Mutter hatte wenig Geld und keinen Hauptschulabschluß. Mein Vater hat sich schon damals aus dem 'Staub gemacht. Als meine Mutter mich nicht mehr verheimlichen konnte, wurde sie erstmal von meinem Opa fürchterlich verhaßt. Es gibt Leute, die sagen, das hätte auch für mich Konsequenzen gehabt. Meine Mutter hat unter dem Getuschel und Geschiele der Nachbarn sehr gelitten. Die Ärzte meinten, die Schwangerschaft wäre normal. Die Geburt muß es wohl auch gewesen sein, denn ich habe nie etwas gegen teiliges gehört. Kurz nach meiner Geburt fand meine Mutter eine recht gute Arbeitsstelle. Ein glücklicher Zufall – sie griff sofort zu. Sie mußte wohl auch, denn mein Opa hatte oft genug gesagt, sie sei ein faules Stück und zu nichts gut, als Blagen in die Welt zu setzen. Meine Oma ging in der Nachbarschaft putzen. So war ich meist alleine, wenn ich aufwachte. Es hätte mir gut gehen können, denn ich hatte ganz neue Babysachen bekommen, aber ich schrie. Meine Oma kam alle zwei Stunden und gab mir die Flasche, manchmal schlief ich dann ein, aber meistens schrie ich.

Wenn meine Mutter abends nach Hause kam, war sie oft sehr erschöpft. Ich schrie und schrie – die Nachbarn beschwerten sich – ich schrie weiter; meine Mutter hielt mir manchmal so stark den Mund zu, daß ich dachte, ich würde ersticken. Sie ging mit mir zum Arzt. Der sagte, daß sich das bald geben würde. Ich sähe ja gut genährt aus und hätte saubere Sachen an. Mit einem Jahr konnte ich noch nicht krabbeln, auch muß ich den Arzt wohl etwas dumm angeguckt haben. Er sagte, ich wäre wohl zurückgeblieben und es bestünde der Verdacht auf einen 'frühkindlichen Hirnschaden'. Da könne man nicht viel machen. Mit zwei Jahren sackten mir immer noch die Beine weg, wenn meine Mutter wollte, daß ich stehe. Was sollte das auch, ich blieb ja sowieso den ganzen Tag im Bett. Ich hörte dann auch auf zu schreien. Erst freuten sich alle. Bald merkten sie aber, daß ich auch sonst an nicht mehr viel Interesse hatte. Woran auch: meine Mutter weinte oft, wenn sie nach Hause kam und mich sah, mein Opa war betrunken und meine Oma hatte mit ihrem Haushalt und der Putzarbeit auch genug am Hals.

# „Der Krüppel gehört als



## 1964:

Eines Tages, ich muß wohl gerade drei geworden sein, bemerkte ich, daß meine Mutter nicht mehr soviel weinte. Sie wirkte ruhiger und ausgeglichener, schmuste sogar öfters mit mir. Sie hatte einen Mann kennengelernt, den sie heiraten wollte. Ich fühlte mich immer wohler und dachte, jetzt wird alles gut. Dann kam der bitterste Tag in meinem Leben.

Meine Mutter packte eine Tasche mit meinen Sachen und danach mich in das alte Auto von Opa. Der kam auch mit. Beide hatten sich frei genommen. Ich schrie, denn ich war noch nie Auto gefahren und Mutter und Opa waren auch so komisch zu mir. Wir fuhren erst zum Arzt. Der kannte mich noch. Er sah mich, wie ich auf dem Arm meiner Mutter immer noch schrie, unterhielt sich kurz mit meinem Opa und schrieb dann einen Zettel aus. Wieder fuhren wir Auto.

Es muß lange gewesen sein. Wir hielten vor einem riesengroßen Haus, mit hohen kühlen Fluren und großen Türen. Alle Leute die ich sah, liefen in weißen Sachen

rum. Meine Mutter gab die Tasche und mich einer Frau in Weiß, dann ging sie weinend weg. Ich schrie so laut ich konnte.

Die weiße Frau trug mich durch eine der hohen Türen. Ein unendlich großer Raum lag dahinter. Rechts und links und in der Mitte standen je eine Bettreihe. Es müssen mindestens fünfzig gewesen sein. Sie legte mich in ein Bett an die Wand. Dann zog sie mir die Sachen aus. Ich wehrte mich und schrie. Schließlich bekam ich wieder Kleider – aber nicht meine. Ich wehrte mich noch mehr.

Dann kam sie mit einem Becher. Ich hatte wirklich großen Durst und trank alles in einem Zug. Es schmeckte etwas bitter. Kurz darauf wurden meine Glieder ganz schwer. Ich schlief ein.

## 1967:

Ich bin gerade sechs geworden. Ich liege noch in dem großen Saal, aber in der Mittelreihe. Ich weiß, warum meine Mutter mich weggegeben hat: Ihr neuer Mann wollte das. Er wollte nicht mit einem Behinderten zusammenleben, zum heimlichen Gespött der Nachbarn werden, sich immer



# solcher in eine Anstalt“

(Preußisches Invalidengesetz vom 6. 5. 1920)

verteidigen müssen, daß es ja schließlich nicht sein Kind sei. Auch hätte meine Mutter aufhören müssen zu arbeiten – oder wissen Sie, wo sie damals mit mir hätte hinsollen? Mein Arzt – ich habe ihn nur selten gesehen, denn er hat noch 200 andere Patienten – ist sicher, daß ich einen Hirnschaden habe. Unsicher ist er noch, ob ich gerade noch schwachsinnig oder schon idiotisch bin. Auf jeden Fall bin ich erethisch (auf gut deutsch: unruhig). Darum bekomme ich auch dreimal am Tag das Wasser mit den bitteren weißen Krümeln – je mehr ich schreie, desto mehr Krümel sind drin.

Auch hat er noch einige Fachausdrücke dafür, daß ich immer noch nicht laufen kann, dafür aber laufend in die Packwindel mache. Auch das Sitzen im Bett fällt mir schwer, ich kann meine Knie nicht mehr richtig durchdrücken. Ans Laufen kann ich noch gar nicht denken. Mein Arzt meint, das würde auch bestimmt nie was werden, dafür sei der 'zentrale Schaden' zu groß und ich zu 'tiefstehend'. Das mit den steifen Gelenken sei zwar noch zurückzubiegen, aber es biegt keiner, und außerdem tut das so weh, daß ich noch mehr schreie.

Meine Saalschwester kenne ich schon alle beim Namen, auch wenn ich den nicht sagen kann (noch nie hat jemand mit mir Sprechen geübt). Es ist immer nur eine da, die kommt dann ein paar Tage, dann kommt eine andere. Sie kommen sehr früh, um sechs Uhr. Zuerst werden die Windeln gewechselt. Das geht ruck-zuck; muß ja auch, weil fast alle im Saal in die Windeln machen, und wenn sie für jedes Wechseln und Säubern nur 2 Minuten braucht, ist sie schon 1 1/2 Stunden dran. Dann werden wir gefüttert. Ich mag aber lieber von der Schwester gefüttert werden, die redet mir immer noch nett zu. Frühstück, Mittagessen und Abendbrot kann ich kaum unterscheiden: Immer Papp, mal mit eingeweichtem Zwieback, mal mit passiertem Gemüse, mal mit mehr Milch. Aber da kann ja die Schwester nicht für, sie muß nur sehen, daß sie möglichst den ganzen Teller in möglichst kurzer Zeit in mich hinein bekommt. Nach einer guten Stunde sind alle gefüttert. Jetzt muß die Schwester den ganzen Saal putzen. Auch die, die ein bißchen Laufen können, müssen im Bett bleiben, weil sie sonst zu sehr aufhalten. Danach kommt das Mittagessen, danach hat

die Schwester eine Stunde Pause. Wenn sie wiederkommt, beginnt sie schon damit, den ersten sauber zu machen, damit sie bis zum Abendbrot die Hälfte geschafft hat und danach noch Zeit für die restlichen von uns hat. Um sechs, nach 11 Stunden Dienst, geht sie dann nach Hause. Ich merke immer ziemlich deutlich, ob es ihr erster oder dritter Tag ist, an dem sie Dienst hat. Anfangs ist sie freundlich, geduldig, lächelt mich an beim Füttern und streicht mir über den Kopf. Am dritten Tag kommt es dann schon mal vor, daß sie mich anschreit, auch wenn sie das gar nicht will.

## 1972:

Inzwischen bin ich schon 11 Jahre alt. Meine Mutter, die mich in den ersten beiden Jahren noch alle zwei Monate besucht hat, kommt nur noch zu Weihnachten. Ich kenne sie kaum noch, und sie will wohl auch nicht mehr so häufig an ihren 'Hatto' erinnert werden. Beinahe hätten die Schwestern vom 50-Betten-Saal ihre Stelle eingenommen, aber ich bin im letzten Jahr verlegt worden. Ich liege jetzt am Fenster, nur noch mit 15 im Raum. Die neuen Schwestern sind auch nett, aber eben neu. Sie haben jetzt mehr Zeit zum Füttern; regelmäßig ein- bis zweimal pro Woche werde ich gebadet, auch schon mal zwischendurch neu gewickelt. Sie wundern sich? Ja, ich mache immer noch in die Windeln, wohin auch sonst, ich liege doch seit 11 Jahren im Bett. Meine Kniegelenke kann auch der Doktor inzwischen nicht mehr zurückbiegen, auch meine Füße sind steif geworden. Er hat es in meiner Krankengeschichte vermerkt.

Auch hatte ich große 'Umstellungsschwierigkeiten' nach der Verlegung. Ich wollte bei der neuen Schwester nicht essen. Also mußte eine Schwester mich festhalten, die andere preßte dann mit Daumen und Zeigefinger meine Backen zusammen, bis ich den Mund für den Löffel weit genug aufmachte. Es tat ihnen auch leid, und es war ihnen mindestens so unangenehm wie mir, aber da auch die verdoppelte Medikamentendosis nicht geholfen hatte, mußte es eben sein.

## 1980

Ich bin jetzt 19 Jahre alt. In den letzten 8 Jahren bin ich noch dreimal verlegt wor-

den. Mal waren die Umstellungs- oder Eingewöhnungsschwierigkeiten zu groß, mal mußte ich auf eine Station mit Nur-Bettlägerigen – die Idee, mir doch nochmal das Laufen beizubringen, ist wohl inzwischen ganz fallengelassen worden, da meine Gelenke ganz hart geworden sind und eine Narkose-Operation bei meinem Hirnschaden zu gefährlich wäre. Auch wäre der Operationserfolg fraglich, da es an meiner Einrichtung, in der viele hundert Körperbehinderte leben, keine Krankengymnastik gibt. Ansonsten hat sich viel verbessert: Wir liegen nur noch zu 7 in einem Raum, werden täglich gebadet, bekommen besseres Essen – auch Obst zwischendurch – und öfters Schokolade. Alle Betreuer sind sehr froh, daß sie an den meisten Tagen 2 Stunden übrig haben, an denen sie nicht putzen, abwaschen, Essen machen, säubern, baden, Betten machen müssen. Dann können sie mit uns spielen, spazieren gehen, Bewegungsübungen machen oder einfach mal schmusen. Nur: Ich kann nicht spielen, weil früher nie gespielt werden konnte; ich kann nicht spazieren gehen, weil ich früher nie aus dem Bett herausgekommen bin; und, ich kann auch nicht schmusen, weil immer, wenn einer kommt, der mich anrührt, ich viel zu viel Angst davor habe, daß er vielleicht übermorgen nicht mehr kommt.

## Nachtrag:

Bei Untersuchungen von mehr als 300 Heimkindern in der Massenpflege stellte sich heraus, daß 71 % nicht ehelich geboren waren, 11,5 % stammten aus geschiederten Ehen und nur 17,5 % waren in zumindest formal intakten Ehen geboren.

Betroffen von der Massenpflege sind Kinder meist durch soziale Mißstände: Müttergeschädigte Erzeuger, mangelndes Wissen über Schwangerschaftsverhütung, fehlender Wohnraum, der eine Eheschließung nicht zuläßt, die Notwendigkeit für Mütter mit Kindern unter 3 Jahren arbeiten zu müssen einerseits und der Mangel an geeigneten Unterbringungsmöglichkeiten andererseits.

Kinder in der Massenpflege unterliegen dem 'Verkümmerungssyndrom' (v. Pfaundler), bedingt durch mangelnde Zuwendung durch die Bezugspersonen. Die Sozialkontakte bei Kindern in der Heimpflege liegen fünf- bis sechsmal niedriger, als bei Kindern, die bei den Eltern aufwachsen. (Hetzler & Rheingold). Folgen des Entzuges der Bezugspersonen: Nach einem Halb-Jahresaufenthalt sind dreiviertel der Kinder in der Sozial- und Sprachentwicklung um 50 % zurück, die motorische Geschicklichkeit ist um 20 % zurückgeblieben.

Nach zwei Jahren sind die Schäden meist offensichtlich: Schwierigkeiten beim Stehen und Gehen, bei Nahrungsaufnahme von fester Speise, Abwehr von Zuwendung und sozialer Beziehungslosigkeit. Die 'Verhaltensstörungen' sind angelegt.

Verhaltensstörungen großenteils ursächlich in Heimen und Anstalten erworben, sollen dann wieder in Heimen behoben werden!

(nach E. Klee: Behindertenreport)

## Anmerkung:

Namen, Vorgeschichte, Entwicklung und Situationsbeschreibungen in dieser Geschichte sind nicht authentisch, aber auch nicht frei erfunden: Bei der Durchsicht von mehr als 50 Krankengeschichten, in vielen Gesprächen mit langjährigen Betreuern, Eltern und Vormündern stieß ich immer wieder auf gleiche und ähnliche Daten und Beschreibungen. Hans Otto's Geschichte ist kein Einzelfall.

Ulli Raupp



## Einige Aspekte zur ambulanten zahnmedizinischen Versorgung in der BRD

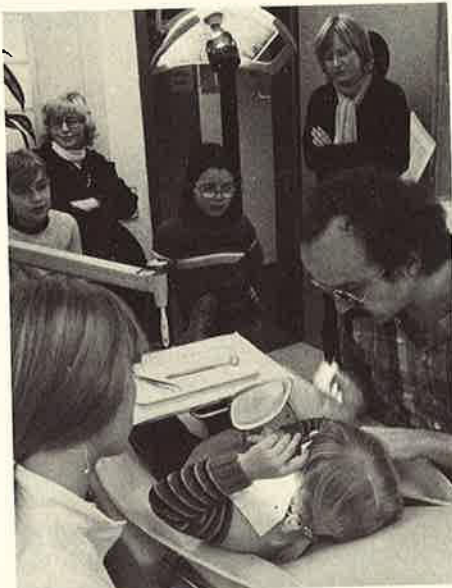
Die ambulante zahnmedizinische Versorgung der Bevölkerung wird hauptsächlich durchgeführt in 27 500 Zahnarztpraxen, in denen ein paar tausend Assistenten und ca. 100 000 Zahnarzthelferinnen beschäftigt sind. Gab es früher noch einen Berufsidealismus durch den Lehrberuf des Dentisten und des akademisch ausgebildeten Zahnarztes, so gibt es heute nur noch die nach einem 10-semesterigen Universitätsstudium approbierten Zahnärzte. Als Fachzahnärzte in der sog. „freien“ Praxis kommen hinzu 500 Fachzahnärzte für Kieferorthopädie und 186 doppelt-approbierte Kieferchirurgen. In geringem Maß an der ambulanten Versorgung beteiligt sind die ca. 20 Universitätszahnkliniken, die im Rahmen der Studentenausbildung zur Patientenbehandlung zugelassen sind. Sie stehen in der Bevölkerung in keinem guten Ruf. Einige wenige Schulzahnkliniken und AOK-Ambulatorien als Relikte der Weimarer Republik spielen hinsichtlich der ambulanten Versorgung keine Rolle mehr. Das absolute Behandlungsmonopol obliegt den niedergelassenen Kassenzahnärzten. Für dessen Erhalt kämpfen sie mit blinder Militanz.

### Erkrankungshäufigkeit an Karies und Parodontose

Obgleich es mit geringen finanziellen und administrativen Mitteln möglich wäre, eine präventive Zahnheilkunde zu betreiben, die größere Bevölkerungsanteile trotz ungünstiger Ernährung kariesfrei bleiben ließe, sieht die Wirklichkeit ganz anders aus. Nach der WHO-Studie von 1973 ergab sich folgendes Bild: Im internationalen Vergleich haben die 13–14-jährigen Jugendlichen der BRD den höchsten Anteil unbehandelter kariöser Zähne, ähnliches gilt hinsichtlich der Parodontose. Nur ca. 10 % der untersuchten Jahrgänge können als zahnmedizinisch hinreichend versorgt angesehen werden. Ca. 90 % der Kinder und Jugendlichen, das sind fast 15 Millionen betroffene Personen, bleiben völlig oder teilweise zahnmedizinisch unversorgt. Der Hauptanteil kieferorthopädischer Behandlungen (Regulierungen) ist auf vorzeitigen Milchzahnverlust durch Nichtbehandlung zurückzuführen. Die kieferorthopädische Behandlung ihrerseits läßt den Großteil der behandelten Zähne wiederum an Karies erkranken.

In der kapitalistischen Schweiz beispielsweise, die z.T. ein gut funktionierendes System kommunaler Schulzahnkliniken ohne privatwirtschaftliche Profitinteressen unterhält, konnte in weniger als 20 Jahren erreicht werden, daß fast 50 % der Primarschüler absolut kariesfrei sind. In Basel wurde in den letzten 15 Jahren die Kariesfrequenz um 60–70 % gesenkt, die jährlichen Behandlungskosten betragen pro Kind nur noch 8 Franken.

In der BRD sind nach einer Statistik aus dem Jahr 1980 (bei Personen, die eine Zahnarztpraxis überhaupt aufgesucht haben) von den 15–24-jährigen nur noch 0,15 % kariesfrei und 50 % ihrer Zähne waren nur noch gesund. Vollbezahnte Gebisse bei den 35–44-jährigen gibt es nur noch bei weniger als 25 %. In der gleichen Altersgruppe tragen fast 50 % bereits einen herausnehmbaren Zahnersatz (Prothese), bei den 45–54-jährigen sind es fast 70 % und bei den 55–64-jährigen Patienten sind es über 80 %. Ungefähr die Hälfte des herausnehmbaren Zahnersatzes dürfte auf Totalprothesen für Zahnlose entfallen.



Für die Zahnärzte ist es finanziell weitaus lohnender, auf präventive und konservative oder konservierende Behandlungsmaßnahmen zu verzichten. Erst die spätere Versorgung mit Zahnersatz im möglichst kurzen Arbeitsintervall (Sachleistungssystem) ist das Geschäft mit der Krankheit.

Allgemein kann man feststellen: das gegenwärtig praktizierte ambulante kassenzahnärztliche System mit seiner privatwirtschaftlichen und selbstverwalteten Organisation hat in epidemiologischer Hinsicht, gemessen an den wissenschaftlichen und finanziellen Mitteln durch die Sozialversicherung aus politischen und strukturellen Gründen versagt. Hinzu kommt, daß es sich um einen völlig überalterten Berufsstand handelt, der sich häufig den fachlichen Ansprüchen nicht gewachsen zeigt. Dem gesetzlich vorgeschriebenen Sicherstellungsauftrag kommen sie nicht nur in ländlichen und Stadttrandgebieten nicht nach. Die Unterversorgung ist in einigen Regionen bereits ländermäßig. Gilt allgemein eine Relation von 1 Zahnarzt auf knapp 2000 Einwohnern als ausreichend versorgt, so ist es nicht schwierig, Gegenden auszuweisen, in denen 20 000 Einwohner mit 1 Zahnarzt auskommen müssen.

### Kostengewichtspunkte

Die knapp 30 000 westdeutschen Zahnärzte bohren innerhalb einer grandiosen Reparaturmedizin, als gelte es Ölquellen zu erschließen! Dieser kampferprobte Berufsstand hat es verstanden, berufspolitisch immer unauffällig im Windschatten der Honorarverhandlungen der Ärzte zu segeln, ohne deren Nachteile einer Zersplitterung in einzelne Fachdisziplinen und Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte vorzufinden, welches beim Verteilungskampf um den goldenen Honorarkuchen immer hinderlicher zu werden droht. So wurde in der Zeit von 1962 bis 1975 von der Öffentlichkeit fast unbemerkt ein Honorarzuwachs von 480 % bei einer minimalen Arbeitszeitverkürzung von 20 % (auf ca. 40 Std./Woche) durchgedrückt. Von 1967–1977 sind die Ausgaben für Zahnfüllungen und chirurgische Maßnahmen um 350 % gestiegen. Im gleichen Zeitraum stiegen die Ausgaben für die prothetische Spätversorgung mit Zahnersatz um ca. 950 %. In absoluten Zahlen gaben die Sozialversicherer für ihre Zahnbehandlung aus: 1952–500 Mio. DM, 1962–1,5 Mrd. DM, 1972–3 Mrd. DM, 1978–12 Mrd. DM. Hinzu kommen noch die Aufwendungen seitens der privaten Krankenversicherungen, die einen geschätzten Anteil von mind. 10–15 % ausmachen dürften. Insgesamt gesehen, gehen ungefähr 1/5 des Gesamtaufwandes im Gesundheitssektor für die maximal 32 menschlichen Zähne drauf. Fast 2 Wochen im Jahr arbeitet jeder Bundesbürger ausschließlich für die Kostendeckung des zahnmedizinischen Bereiches und des zahntechnischen Labors. Während die Reallöhne der Arbeiter und Angestellten ständig sinken, massenhafte Arbeitslosigkeit, die materielle und psychische Verelendung zunehmen, betrug bereits 1978 das durchschnittliche Jahreseinkommen der Zahnärzte nach Abzug aller Praxiskosten um die 300 000 DM. Es ist das unbestreitbare Verdienst des ultrarechten und militanten, als ständige Berufsvertretung fungierenden „Freien Verbandes deutscher Zahnärzte“, in dem jeder 2. Zahnarzt Mitglied ist und hinter dessen ideologischen Positionen mindestens 90 % der westdeutschen Zahnärzte strammstehen, der in weitgehender Personalunion als Teil des Rechtskartells mit den Selbstverwaltungsorganen der Kammern und kassenzahnärztlichen Verrechnungsstellen agiert, rigoros die Einkommen der Zahnärzte an die absolute Spitzenposition auch von Fachärzten zu boxen. Für die Gelder der Sozialversicherer liefern die Zahnärzte eine katastrophale Reparaturmedizin ab, deren Hauptkennzeichen die fehlende kollektive, mit einfachen Mitteln mögliche Prävention und dem Schwerpunkt einer kostenintensiven und ineffektiven Reparatur erkrankter Endzustände ist. Die betroffene Bevölkerung hat trotz spektakulärer „Stern-“ und „Spiegel“-Berichte wenig kritisches Potential entwickelt, diese Mißstände politisch zu bekämpfen.

Desgleichen gilt entsprechend für die Organisationen der abhängig Beschäftigten. Innerhalb der Zahnärzteschaft ist es bisher allein die zah-



lenmäßig und berufspolitisch schwache VER-EINIGUNG DEMOKRATISCHE ZAHNMEDIZIN e.V., die beginnt, Problembewußtsein zu entwickeln und zu fördern.

## Reparatur erkrankter Endzustände

Bis zum Jahr 1974 entsprach die Versorgung der Bevölkerung mit Zahnersatz (Kronen, Brücken, herausnehmbaren Teil- und Totalprothesen) im großen und ganzen durch die Richtlinien der Bezuschussung seitens der Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der fachlichen Qualifikation der Zahnärzte nicht den wissenschaftlichen Erkenntnissen und Notwendigkeiten. Das Urteil des Bundessozialgerichts vom 24. 1. 1974 zur Schiedsamtbarkeit des Zahnersatzes brachte dann in der zahnmedizinischen Prothetik eine Lawine ins Rollen. Der Zahnersatz wurde auch zur kassenmäßigen Regelleistung der RVO-Kassen erhoben, nachdem zuvor auch andere Versicherungsträger (z.B. Bundeswehr, Post, Bahn, u.a.) ihre Möglichkeiten bereits früher erweitert hatten. Dieser Zustand wurde erreicht durch die Notwendigkeit eines Gerichtsurteils gegen den erbitterten Widerstand der Zahnärzte mit Hilfe der Gewerkschaften und der Allgemeinen Ortskrankenkassen. Aus dieser Veränderung ergaben sich enorme Konsequenzen: Die Spätversorgung der Bevölkerung konnte objektiv verbessert werden. Ähnelt der frühere herausnehmbare Regelzahnersatz, zu dem der Versicherte einen beträchtlichen Teil selbst zuzahlen mußte, einer Extraktionsmaschine, die den Totalersatz in kürzester Zeit ermöglichte, so konnte jetzt als garantierte Kassenleistung höherwertiger Zahnersatz eingegliedert werden. Die übliche Bezuschussung der von Kassen und Zahnärzten vereinbarten Honorare betrug anfangs meist 100 %. Infolge der eintretenden finanziellen Ausweitung wurde dieser Zuschuß dann zu meist auf 80 % gesenkt, bei einigen Kassen ist es bereits noch weniger. Der Umfang der Selbstbeteiligung nimmt mit Unterstützung der Zahnärzterverbände ständig zu. Konnten die Zahnärzte zuvor durch ein selbstbestimmtes und hohes Honorar einige wenige Patienten hochwertig versorgen, so mußten sie jetzt, nachdem die Prothetik Sachleistung geworden war, um ihr Einkommensniveau zu halten, bzw. zu steigern, mehr Kassenpatienten höherwertig prothetisch behandeln. Bei dieser Gelegenheit fiel die eigentliche Aufgabe der Frühbehandlung mit Füllungen immer mehr unter den Tisch. Von 1967 bis 1977 stiegen die Ausgaben für die Spätbehandlung um 950 %, obwohl ein Teil der Zahnärzte fachlich inkompetent ist, komplizierten Zahnersätzen kunstgerecht anzufertigen.

Der Zahnersatzboom brachte darüber hinaus eine Explosion im Bereich des Zahntechnikerhandwerks hervor. Obgleich es in diesem Handwerk nicht einmal Tarifverträge gibt, wurden die Arbeitskräfte äußerst rar, man griff auf arbeitslose Goldschmiede und Hilfsarbeiter zurück. Die gewerblichen Laboratorien für Zahn-



technik glichen immer mehr arbeitsteiligen Manufakturen, den Zahntechnikern mußten z.T. Phantasiegehälter gezahlt werden. Da ihre Zahl inzwischen sehr angewachsen ist, das Geschäft mit dem Zahnersatz durch die Ausdehnung der Selbstbeteiligung zurückgehen dürfte, wird sich ihre Arbeitsmarktlage wieder verschlechtern. Den Zahntechniker-Innungen gelang es darüber hinaus, sich als „Heilhilfsberuf“ in die Reichsversicherungsordnung einbinden zu lassen.

Dabei brachten sie es seit 1975 so wie nebenbei auf Preiszuschläge, da ihre Preise quasi Fest- und Höchstpreise zugleich sind, von geschätzt 40—50 %. Bei Zahnersatz teilen sich die Kosten in etwa in 50 % zahnärztliches Honorar und 50 % Labor- und Materialkosten (z.B. Gold) ein.

Am weiteren Bestand der kostenintensiven und letztlich inhumanen Spät- und Reparaturversorgung sind interessiert: die militant agierenden Zahnärzte selbst, die weitgehend monopolistische Dentalindustrie (Praxisneueinrichtungen im Wert von 500 000,—DM sind heute eher die Regel), das Zahntechnikerhandwerk und natürlich die politischen Instanzen. Bei den zu erwartenden Verteilungskämpfen will die Zahnärzteschaft im Einklang mit Teilen der Ärzteschaft die Selbstbeteiligung weiter ausdehnen und Mehreinnahmen von z.Z. 1,3 Mrd. DM über ein absolut ineffektives individuelles Prophylaxeprogramm erzielen.

Für den Sozialversicherten ergibt sich folgende Situation: Da keine primäre Prävention im eigentlichen Sinne ausgeführt wird, die sekundäre Prävention (also einfache Füllungen, Wurzelbehandlungen, usw.) im Gegensatz zur Spätbehandlung mit Zahnersatz nicht so lukrativ ist („Lücke schafft Brücke!“), rackert er sich in einem fremdbestimmten Arbeitsleben für ein System von „Zahngesundheit“ ab, das ihn, bzw. seine Kinder in den ersten 20 Jahren ihres Lebens erst einmal bewußt krank werden läßt für den Rest ihres Daseins, um sie dann den Zahnmedizinern für teuerste Reparaturen zu über-



lassen. Dabei wird die Qualität dieser Reparaturen nicht oder selten kontrolliert und zeigt entsprechende Merkmale.

## Öffentlicher Gesundheitsdienst

Dem gigantischen und gespenstischen Reparaturaufwand steht ein völlig unzureichender öffentlicher Gesundheitsdienst gegenüber. Konnten die Kinder- und Jugendzahnärzte in der Weimarer Republik große volksgesundheitliche Erfolge vorweisen, indem sie die Schulkinder untersuchten, aufklärten und behandelten und dieses frei von wirtschaftlichen Zwängen und Profitdenken erreichten, so wurde diese Möglichkeit durch das Behandlungsmonopol der Kassenzahnärzte blockiert. Die Kassenzahnärzte konnten sich erfolgreich gegen die Konkurrenz durchsetzen. So sind die 283 hauptamtlichen und völlig überalterten Kinder- und Jugendzahnärzte, die der ÖGD in der BRD noch präsentieren kann, hauptsächlich damit beschäftigt, alljährlich in Kindergärten und Schulen „Löcher zu zählen“. Durch die chronische Unterbesetzung der Stellen, Gutachteraufgaben und übelste Arbeitsbedingungen gelingt ihnen auch dieses nicht regelmäßig oder flächendeckend. Über dieses „Löcherzählen“ kommen sie nicht hinaus, denn erstens werden die „Löcher“ in den Zähnen jedes Jahr größer und zweitens kommen immer neue hinzu, weil nur 10 % der Kinder und Jugendlichen ausreichend von den Kassenzahnärzten behandelt werden.

Beispiele in anderen Ländern — nicht nur in den sozialistischen — konnten zeigen, daß im Öffentlichen Gesundheitswesen mit geringstem finanziellen und personellen Aufwand durch systematischen Gesundheitsunterricht, Fluoridierung mit nachfolgender Behandlung in Kindergärten, Schulen, in kommunalen Schulzahnkliniken oder in Klimomobilen die Kariesfrequenz innerhalb von 15 Jahren um mehr als die Hälfte zu senken ist.

Diesen Zustand gilt es gegen die reaktionären Kräfte langfristig zu erkämpfen.

Wolfgang Kirchhoff ■



## Rheumazentrum Amsterdam

Um die Beurteilung meiner Erfahrungen am Rheumazentrum Amsterdam zu erleichtern, zunächst einige Anmerkungen zur Situation von Rheumakranken in der BRD:

Erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik setzte sich die Bundesregierung in dem Bericht über „Maßnahmen zur Rheumabekämpfung“ mit der Situation von Rheumakranken auseinander. Bis auf eine Veröffentlichung der Prognos AG Basel und Statistiken der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungsträger liegen bisher keine aussagekräftigen Daten zu diesem Thema vor. Die Schätzungen der Experten über die Anzahl von Rheumakranken schwanken zwischen 5 v.H. (= 3 Millionen) und 33 v.H. (= 20 Millionen). Diese Schwankungen sind mit uneinheitlicher Klassifizierung von rheumatischen Erkrankungen zu erklären. Die sozio-ökonomischen Kosten durch Rheumatische Erkrankungen betrugen 1976 insgesamt 10 Milliarden DM. Dabei machte der Produktivitätsausfall bei 24 Millionen Tagen Arbeitsunfähigkeit etwa 5 Milliarden DM aus.

Die Situation bei der ambulanten und stationären Behandlung von Rheumakranken wird von der Bundesregierung wie folgt dargestellt: Etwa 120 bis 150 Rheumaeexperten erfüllen derzeit die Voraussetzung für die Anerkennung als Rheumatologe. Um im internationalen Vergleich wenigstens einen Mittelplatz einzunehmen, wären wenigstens 600 Experten erforderlich. Es besteht ein deutlicher Mangel an Weiterbildungsplätzen. Die ambulante Versorgung wird zur Zeit weitgehend den praktischen Ärzten überlassen. Versäumnisse in der Behandlung entstehen durch mangelnde Kooperation mit Rheumaeexperten, mit Trägern der Sozialversicherung bei der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen, sowie durch mangelnde Möglichkeiten, besonders in ländlichen Gebieten, eine intensive physikalische Behandlung durchzuführen. Neben den fehlenden Einrichtungen für Bade- und Elektrotherapie besteht ein erheblicher Mangel an Krankengymnasten und Beschäftigungstherapeuten.

Rheuma-Zentren sind in der Bundesrepublik, im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern, Kur-Kliniken, die meist weit entfernt von jeder größeren Stadt liegen. Die abgesonderte medizinische Betreuung von Rheumakranken, die teilweise mit der Versorgung von Psychisch Kranken zu vergleichen ist, verstärkt auch die gesellschaftliche Isolation dieser Menschen.

Daß eine bessere Versorgung möglich ist, soll am Beispiel des Rheumazentrum Amsterdam gezeigt werden.

Die Gründung durch Jan van Breemen war 1905 ein Meilenstein in der Einführung neuer medizinischer Behandlungsmethoden, der physikalischen Therapie in die Rheuma-Behandlung. Durch Spenden und später durch Zuwendungen der neu gegründeten Krankenkassen wurde erstmals auch armen Schichten der Bevölkerung eine gezielte Behandlung zuteil. Die Erkenntnis, daß für Rheuma Kranke neben medizinischen auch gesellschaftlich-psychische Probleme bestehen, veranlaßte Jan van Breemen, die Gründung von Rheuma-Liegen anzuregen. 1927 entstand am Amsterdamer Rheuma-Zentrum erste Rheuma-Liga, der dann Gründungen in anderen europäischen Ländern folgte.

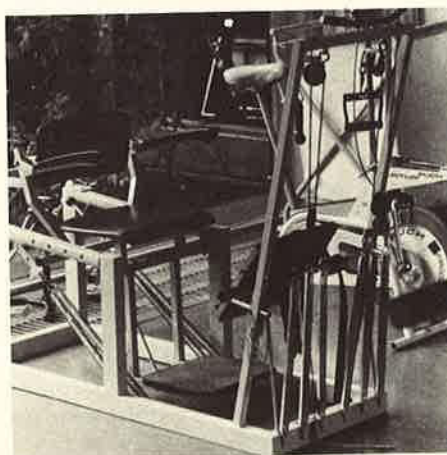
Heute versorgt das Rheuma Zentrum Amsterdam mit seinen drei Außenstellen und der Rheuma-Abteilung des Slootervaart Krankenhauses ein Ballungsgebiet von ca. 1 Million Einwohnern. Etwa Zehntausend Patienten werden im Jahr behandelt. An ihnen werden in diesem Zeitraum etwa zweihunderttausend physikalische Behandlungen durchgeführt. Patienten, die schlecht laufen können, werden zu Hause abgeholt und am Abend wieder zurückgebracht. Bei Patienten mit schweren Bewegungsbeeinträchtigungen machen Ärzte, Sozialarbeiter und Krankengymnasten auch Hausbesuche.

### Das Therapiekonzept

Jan van Breemen war nicht nur der Gründer der Amsterdamer Rheuma-Zentrums, er konzi-

pierte auch die heute weltweit anerkannten Behandlungsgrundsätze der Rheumatologie, die sich bisher bei uns nur wenig durchsetzen konnten. Multidisziplinäres Management oder auch Gesamtbehandlung lautet sein Konzept, um den vielfältigen Problemen der Erkrankungen des Bewegungsapparates gerecht zu werden.

Die Behandlung liegt nicht mehr allein in der Hand von Ärzten und Physiotherapeuten. Es wurden weitere Berufsgruppen integriert. Die Behandlung umfaßt die Fachbereiche Rheumatologie, Chirurgie, Sozialmedizin, Psychologie und Rehabilitation.



Trainingsgerät für Rheumakranke

Dem Hause gehören 36 Physiotherapeuten, 3 Bewegungstherapeuten, 6 Sozialarbeiter, 7 Röntgenlaborantinnen und 3 Psychologen an.

Hinzu kommen 23 ganztägig und 10 halbtägig angestellte Ärzte, zudem in beratender Tätigkeit Spezialisten für Augen-, Herz-, Haut-, Hals-, Nasen-, Ohren-, Nerven-, Blutkrankheiten, Orthopädie, plastische Chirurgie und Psychiatrie.

Während noch vor einigen Jahren Belegärzte für wenige Stunden am Tag in der Klinik tätig waren und die Funktionsabteilungen getrennt vonein-

ander arbeiteten, werden heute fest angestellte Rheumatologen in mehrere interdisziplinäre Teams integriert. Ziel der Maßnahmen ist es, den Patienten die notwendige Einsicht in die Erkrankung zu vermitteln und ihn von fremder Hilfe unabhängig zu machen.

Der Rheumatologe ist die zentrale Person im Behandlungskonzept. Er verordnet die unumgänglichen diagnostischen, physikalischen und medikamentösen Maßnahmen. In der Teambesprechung werden dann die individuellen Behandlungspläne erstellt.

Die Physiotherapeut versucht Bewegungseinschränkungen der Gelenke verminderte Muskelkraft und damit verbundene Schmerzen zu lindern. Dies geschieht durch Bewegungsbäder, Elektrotherapie, Massagen und Packungen.

Aufgabe der Ergotherapeuten ist es, mit dem Patienten Tätigkeiten am Arbeitsplatz, im Haushalt und in der Freizeit zu üben und ihm somit größere Selbstständigkeit zu ermöglichen. Hierfür sind Modelleinrichtungen, Küche, Bad, Töpferei, Toilette und Webstuhl vorhanden. Arbeitsgeräte werden den behinderten Gliedmaßen angepaßt, Veränderungen im Haushalt geplant. Der Patient lernt, die Belastung für seine Gelenke möglichst gering zu halten.

Sozialarbeiter und Psychologen werden hinzugezogen, wenn Schwierigkeiten mit Partner und Familie, Depressionen, Arbeitsplatzprobleme



und auch finanzielle Schwierigkeiten vom Patienten nicht mehr allein gelöst werden können.

Bei schwer erkrankten Personen werden Rehabilitationskuren oder Tagesbehandlungen durchgeführt. Das Programm dauert mehrere Wochen und umfaßt neben physikalischer Therapie, Ergotherapie Aufklärung über die Krankheit, Anweisungen für den Gelenkschutz, Richtlinien für das tägliche Leben, soziale und wenn nötig psychologische Begleitung.

Die Kosten werden, bei einem Etat von 13 Millionen, vom Staat (1 Mio.), der Stadt Amsterdam (1 Mio.) und den Krankenkassen (1 Mi. getragen. Die Einzelabrechnung von Leistungen gibt es nicht.

Es handelt sich somit nicht nur von der medizinischen Konzeption, sondern auch von der flächendeckenden Versorgung einer größeren Region, um ein Modell, das historisch gewachsen, für bundesrepublikanische Verhältnisse vorbildlich ist –

Am Modell „Rheumaklinik Amsterdam“ werden sich diejenigen orientieren müssen, die glauben, daß eine raumdeckende, qualitativ hochstehende ambulante Versorgung mit bisher nicht speziell qualifizierten niedergelassenen Ärzten zu gewährleisten sei.

Gregor Weinrich ■



## Medikamentenmißbrauch in der Tierhaltung

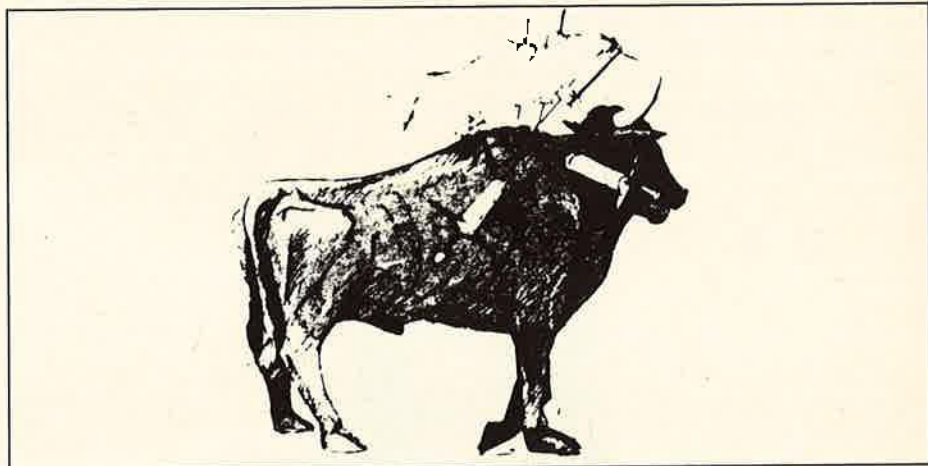
# Gefahr für die Volksgesundheit

von Harald Kamps

**Zu schreibender Stunde stinkt der Östrogenskandal noch zum Himmel. NRW-Landwirtschaftsminister Bäumer, der den Stein ins Rollen brachte, ist entsetzt über den erneut anstehenden Östrogen-Mißbrauch. Waren im September 1980 nur 0,7 % Östrogenfunde zu verzeichnen, so waren es im Oktober bereits wieder 4,5 %. Die Verbraucher ließen das Kalbfleisch beim Metzger liegen, der Verbrauch ging um 60 % zurück. Hier sprang Minister Ertl zugunsten der Erzeuger hilfreich ein. Die EG lagerte mit seiner Zustimmung das nicht verkaufte Fleisch auf Kosten der Steuerzahler ein. Kosten: mindestens 10 Mio. DM. Minister Bäumer: „Die Einfrieraktion kann als Startsignal mißverstanden werden, kriminelle Praktiken fortzusetzen.“ Er behielt recht. Gleichzeitig begann eine offensive Meinungsmache, die den Östrogenskandal herunterspielte. Es steht zu befürchten, daß – wenn diese Zeilen veröffentlicht sind – wir wieder brav Östrogen-, Antibiotika- und Betablockerverseuchtes Fleisch essen.**

In der Springerpresse war's zuerst zu lesen. Was nützt die Aufregung übers Östrogen im Fleisch? Wer auf vergiftete Lebensmittel verzichten wolle, dem bleibe nur totales Fasten. Beim Lesen der dann folgenden Liste läuft es einem kalt den Rücken runter: Schweine erhalten durchweg Antibiotika, Rinder fressen zusätzlich Anabolika (Dopingmittel); 70 % des Geflügels sei Salmonellen verseucht. Leber sollte höchstens alle 2–3 Wochen auf den Tisch kommen, da in Innereien Cadmium in gesundheitsschädlicher Menge gespeichert würde. Dieses hochgiftige Schwermetall könne man außerdem in der Milch finden. Vor dem Verzehr von Fisch warnten selbst die deutschen Nordseefischer. Diese Tiere seien durch industrielle Abwässer derart mit Quecksilber, DDT und dem Kohlenwasserstoff Lindan verseucht, daß 30 % eines jeden Fanges bereits auf hoher See weggeworfen werden müsse. Gewarnt wird außerdem vor Obst, Gemüse, Pilzen und Fleisch aus dem Ausland. Ein Experte des Bundesgesundheitsministeriums kommentiert: „Es gibt kein Lebensmittel mehr, das völlig rückstandsfrei ist.“ Die Welt am Sonntag beschließt ihren Bericht mit dem zynischen Trost: „Seit immer mehr Menschen immer mehr Lebensmittel mit immer mehr Rückständen verzehren, ist die Lebenserwartung von 66 Jahren (1949) auf 72 Jahre (1979) gestiegen.“ Na dann – wohl bekomms.

Anderen ist jedoch die Lust beim Essen vergangen. Sie haben das System der schleichenden Selbstzerstörung erkannt. Sie wollen es nicht hinnehmen, daß Pharmafirmen „industrielle Viehhalter, skrupellose Autobahntierärzte und Futtermittelhändler Extraprofite auf Kosten ihrer Gesundheit machen. Und es geht nicht um bescheidene Summen: Mehr als die Hälfte der Antibiotikaproduktion auf der ganzen Welt wird ins Tierfutter gemischt. Der jährliche Umsatz auf dem grauen und schwarzen Tierarzneimittelmarkt wird auf 200 Mio. Mark geschätzt. Die Östrogenaufzucht be-



deutet für den Züchter eine Verdoppelung seines Gewinns. Die Autobahntierärzte machen Millionenumsätze, Kunden sind hauptsächlich Großbetriebe, verstreut im ganzen Bundesgebiet.

Aus solchen Großbetrieben stammt in NRW z.B. 80 % des produzierten Fleisches. Dort wird „intensive“, „integrierte“ Kälbermast betrieben. Ein 3 Monate altes Kalb wiegt heute im Durchschnitt 107 kg.

Vor 20 Jahren schafften die Bauern bescheidene 33 kg. Vor 20 Jahren standen die Rinder und Schweine aber noch nicht zu Tausenden zusammengefercht in Großställen, vegetierten Hühner noch nicht in Drahtkäfigen, hatten die Züchter noch nicht Verträge mit Futtermittelfirmen und Supermarktketten. Heute garantiert der Staat und die Europäische Gemeinschaft den Produzenten Mindestpreise und bezahlt auch die Vermarktung oder Beseitigung des von den Bauern produzierten Überschusses. 7,3 Mrd. DM waren in Ertls Etat 1980 dafür vorgesehen. Nahrungsmittelproduktion wird da zum Selbstzweck, sie wird um des Profites willen betrieben, die Befriedigung von Bedürfnissen wird zweit-rangig, Rücksichten auf möglichst gesunde Kost geraten in einem solchen System vollends unter die Räder.

Das Bundesgesundheitsamt warnte bereits Ende 1979: „Die Volksgesundheit ist in Gefahr.“ Doch es blieb bei solch hilflosen Rufen. Die staatlichen Veterinäruntersuchungsämter sind hoffnungslos überlastet. Nur 0,02 % der Schlachttiere werden auf Schilddrüsenhemmer untersucht, nur 0,4 % auf künstliche Hormone.

Von den 300 gesundheitsgefährdenden Arzneimitteln kann nur ein ganz geringer Teil tatsächlich analysiert werden. Die Firma Bayer z.B. produziert weiter das krebserzeugende synthetische Östrogen, obwohl es weder in der Human- noch in der Tiermedizin dafür eine sinnvolle Anwendung gibt. Die EG hat zwar Futtermittelhändlern, Pharmakonzernen und Agrarhändlern einen gemeinsamen Markt geschaffen, aber nicht für die Verbraucher – Franzosen und Engländer müssen sich mehr Gift im Fleisch gefallen lassen als beispielsweise Italiener oder Dänen.

In den Koalitionsvereinbarungen zwischen FDP und SPD wurde festgelegt, daß sich die Landwirtschaft in Zukunft „am ökologischen Wissensstand“ orientieren muß. Doch solange der Umweltschutz Sache eines Ministers Ertl ist, in dessen Ministerium die Lobbyisten der Nahrungsmittelindustrie ein und ausgehen, bleiben solch hehre Vorsätze leeres Geschwätz. Einer der größten Umweltskandale der BRD darf nicht ohne politische Konsequenzen bleiben.

**In diesem Zusammenhang fordert die Liste Demokratischer Ärzte Hessens:**

**Sofortige Einstellung der Produktion von DÄS. Eine Substanz, die nicht angewendet werden sollte, darf auch nicht produziert werden.**

**Bessere personelle und apparative Ausstattung der staatlichen Veterinäruntersuchungsämter.**

**Es ist prinzipiell abzulehnen, hochwirksame Arzneimittel in der Human- und Tiermedizin zu verordnen und zu verabreichen, wenn keine medizinische Indikation vorliegt, d.h. wenn sie nicht zur Vorbeugung oder Behandlung von Erkrankungen eingesetzt werden.** ■



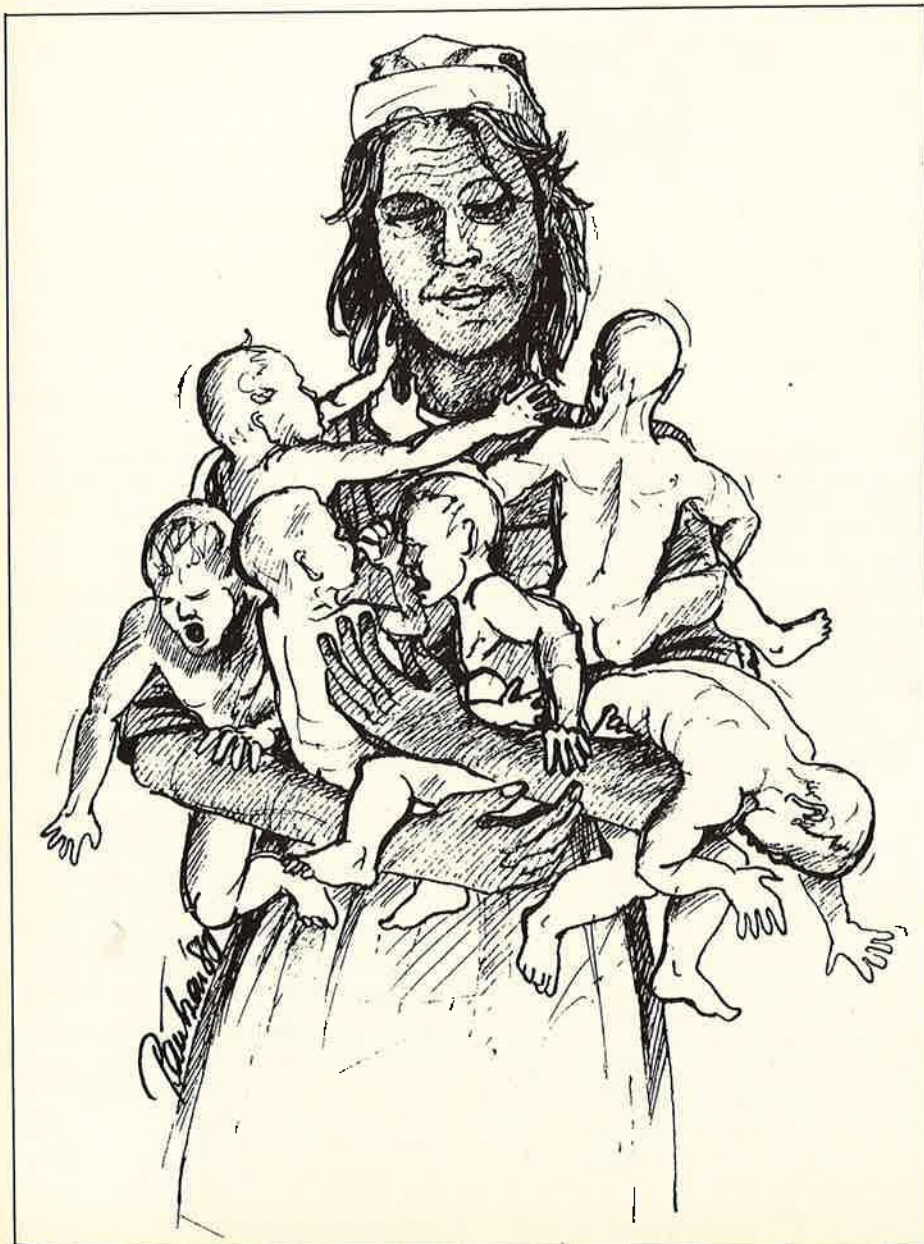
# Ich habe aufgegeben

## Zwei Jahre vergebliche Bewerbungen um einen Ausbildungsplatz an Hebammenschulen.

Im Herbst 1978 begann ich, mich um einen Ausbildungsplatz an einer Hebammenschule zu kümmern. Meine, an alle 24 Schulen in der Bundesrepublik gerichteten Anfragen wurden sehr schnell und freundlich beantwortet, zum Teil durch ausführliche Beschreibungen der Ausbildung und Bewerbung, aber auch durch direkte Absagen. In jedem Fall wurde ich darauf hingewiesen, daß aufgrund der Vielzahl der Bewerbungen mit langen Wartezeiten zu rechnen sei. Für die Schulen, die noch für mich in Frage kamen, besorgte ich mir die verlangten Zeugnisse, wobei der Umfang der einzureichenden Unterlagen von Schule zu Schule stark variierte. Gesetzliche Bestimmungen für eine Zulassung sind durch das Hebammengesetz (vom 25. 3. 1963) auf ein Mindestalter von 18 Jahren und den Hauptschulabschluß festgelegt. Viele Schulen machen jedoch einen höheren Schulabschluß und Berufserfahrung (Praktikum) zur Voraussetzung. So nimmt z.B. Bonn offiziell nur examinierte (Kinder-)Krankenschwestern, Kiel nur Abiturientinnen (inoffiziell) auf.

„Nur vollständige Bewerbungen werden bearbeitet.“ Dies bedeutet für mich, das Gesundheitsamt und meinen Hausarzt aufzusuchen, um meine körperliche und geistige Gesundheit nachzuweisen und

spezielle Blutuntersuchungen (z.B. auf Syphilis u.a.) machen zu lassen. Außerdem wurden natürlich Lebenslauf, Foto, Zeugnisse u.a.m. verlangt.



Nach einem Jahr hatte ich endlich konkretere Nachrichten von den angeschriebenen Schulen: Während ich von einigen Ausbildungsstätten meine Unterlagen mit Ablehnung und höflichem Bedauern zurückerhielt, oder auf eine lange Warteliste verwiesen wurde, luden mich andere zu einer persönlichen Vorstellung ein. Davon hatte ich mir sehr viel versprochen, zuviel...

Ich fuhr z.B. nach Berlin als eine von 600 eingeladenen Bewerberinnen, täglich wurde dort eine Gruppe von 30 Mädchen getestet und kennengelernt. Der Test dort bestand aus der schriftlichen Beantwortung von einigen Fragen. Beispiel: Es gibt Vereine nur für Männer, was halten Sie von Vereinen nur für Frauen? Welchen Beruf würden Sie wählen, wenn Sie keinen Ausbildungsplatz an einer Hebammenschule bekommen? Ein kleiner, die Situation und die Stimmung aber gut beschreibender Zwischenfall ereignete sich bei der Abgabe des Fragebogens: Eine Türkin, die eine Frage falsch verstanden und so auch falsch beantwortet hatte, wurde kurz und knapp darauf hingewiesen, daß sie erst einmal richtig Deutsch lernen solle, dann könne sie sich ja erneut bewerben. Abgelehnt! Das sich nachmittags anschließende persönliche Gespräch war gekennzeichnet durch Desinteresse und Langeweile von Seiten der beiden Hebammen und des Stationsarztes. Den größten Teil der mir zustehenden 10 Minuten nahm die Beantwortung von Fragen über meinen Eindruck vom Berliner Bahnhof und der Stadt in Anspruch. Die Kosten der Fahrt und der Unterbringung gingen zu Lasten des Bewerbers oder, wie hier, der 600 Bewerberinnen – fast ausschließlich von weither angereist –, alle mit der Hoffnung auf einen der begehrten 20 Ausbildungsplätze.

In München war das Verhältnis mit 400:20 kaum besser. Auf die Einladung hin hatte ich mir Urlaub genommen und bin nach München gereist, nur um mir dort von der Schulleiterin erklären zu lassen, daß Schülerinnen des eigenen Bundeslandes bevorzugt würden. Dies war mir auch von vielen anderen Schulen als Ablehnungsgrund mitgeteilt worden.

Nach welchen Kriterien wird eigentlich entschieden? Es ist weder überregional noch einheitlich geregelt. Vielmehr habe ich den Eindruck gewonnen, daß es eine Sache des Glücks oder aber guter Beziehungen ist, einen Ausbildungsplatz zu bekommen. Nach zweijährigen vergeblichen Bemühungen habe ich nun angefangen, zu studieren.

Uta Walger, Bonn ■



# DOKUMENTE

## Ausbeutung statt Ausbildung?

### Ergebnisse des Fragebogens zum Praktischen Jahr

Von Dezember 1979 bis Januar 1980 führte die PJ-Sprechergruppe mit Unterstützung der PJ-Arbeitsgruppe des Bundes gewerkschaftlicher Ärzte (BgA) in der ÖTV, Frankfurt a.M. unter den Studenten, die von April 1979 bis März 1980 ihr Praktisches Jahr absolvierten, eine Umfrage durch. Von den 199 Studenten dieses Semesters gaben 94 den Fragebogen ausgefüllt zurück. Alle neun beteiligten Krankenhäuser kamen zur Auswertung.

Angesichts der Diskussion in der Kleinen Kommission über Änderungen des PJ sollte mit dem Fragebogen ein Meinungsbild der unmittelbar betroffenen Studenten sowie eine Analyse der gegenwärtigen Situation an den akademischen Lehrkrankenhäusern und der Universitätsklinik Frankfurt ermittelt werden. Meist wurden von Verbänden und Organisationen die Gespräche über eine Novellierung der neuen AO über die Köpfe der Betroffenen hinweg geführt; deren Änderungsvorschläge stehen die Ergebnisse dieses Fragebogens und die detaillierten Forderungen von Absolventen des PJ entgegen. Die Reform der AO hat bekanntlich in der Praxis nur wenige oder gar keine der formulierten Ziele erreicht. Was allerdings erreicht wurde ist, daß bezahlte und tariflich abgesicherte Arbeit der Medizinalassistenten durch unbezahlte, rechtlose Arbeit der PJ-ler ersetzt wurde. Dies allerdings so reibungslos nicht, wie beabsichtigt. Das heißt: zwar ist man der ökonomischen Absicht der neuen AO nähergekommen (die geplante dritte AO-Novelle soll diesen Trend ausbauen), doch ihre ideologische Verbrämung („mehr Praxis“ usw.) ist zugleich durchsichtig geworden.

### Ausstattung der Lehrkrankenhäuser

Das Ziel der AO, eine einheitliche praktische Ausbildung zu gewährleisten, konnte auch nach den Ergebnissen unserer Studie nicht erreicht werden: Die Einrichtung der beteiligten Krankenhäuser entsprach bis auf zwei Ausnahmen nicht einmal den Forderungen der AO. Kleinere Krankenhäuser haben häufig keine Prosektur oder Bibliothek. Die Universitätsklinik zeichnet sich durch das Fehlen von Räumlichkeiten für PJ-Studenten aus. Zwar sind von der Bauplanung her Räume für Medizinstudenten vorgesehen, diese wurden jedoch nach Bezug des neuen Bettenhauses wegen Platzmangel von wissenschaftlichen Assistenten besetzt. Der von den Studenten geäußerte Wunsch, auch in der Ambulanz ausgebildet zu werden, wurde nicht genügend erfüllt, weil die entsprechenden Einrichtungen in ausreichender Größe fehlen. Die Einrichtung und der Ausbau von Ambulanzen und Polikliniken, wie von Studenten, Ärzten und Gewerkschaften lange gefordert, könnte diesem Mangel abhelfen.

Auch die personelle Ausstattung der Krankenhäuser reicht für eine ausreichende Ausbildung der PJ-Studenten nicht aus. Rechnerisch erfolgte zwar eine personelle Aufstockung entsprechend der Zahl der Studenten. Die hinzugekommenen Stellen wurden jedoch meist weniger zur Ausbildung, sondern mehr zum Ausfüllen der Lücken verwandt, die durch die Abschaffung der Medizinalassistenten entstanden waren bzw. durch die Stellenstreichungen nach dem Kostendämpfungsgesetz vergrößert wurden. Das führte dazu, daß 48 % der PJ-Studenten in der Inneren Medizin, 70 % in der Chirurgie ständig dafür eintreten mußten, ausgebildet zu werden. 21 % der PJ-Studenten in der Inneren Medizin und 39 % in der Chirurgie schätzten die Stationsärzte im Tagdienst als überlastet ein.

### Theoretische Ausbildung

Die theoretische Ausbildungszeit schwankt nach den Ergebnissen unseres Fragebogens – abhängig von Krankenhaus und Fachgebiet – zwischen 2 und 5 Std. pro Woche. Der Hauptteil dieser Zeit entfällt auf Seminare, die in der Mehrzahl der Krankenhäuser als Frontalunterricht und nur selten als Gespräch abgehalten werden. Fachkolloquien machen offenbar den geringsten Teil der theoretischen Ausbildung aus: an einigen Krankenhäusern finden überhaupt keine statt, an den anderen 1–2 Std. pro Woche, von denen jedoch ein größerer Teil ausfällt als bei den Seminaren. Folgende zusätzliche

#### Gesamturteil über theoretische Ausbildung:

gut 9 %  
mittelmäßig 74 %  
schlecht 17 %

Veranstaltungen wurden stellenweise angeboten: Röntgenseminare, EKG-Kurse, Laborhospitation, Pathologie-Kurse, Lehrvisiten, Kreißsaal-Hospitation und Balintgruppe. An den meisten Krankenhäusern wurden jedoch nur zwei dieser Zusatzangebote gemacht. Die theoretische Ausbildung der PJ-Studenten orientiert sich also meist an universitären Massenveranstaltungen. Andere Unterrichtsformen, die an den Lehrkrankenhäusern realisierbar wären, wie exemplarisches Lernen in Fallbesprechungen oder Fachvisiten sind absolut unterrepräsentiert. Von den befragten PJ-lern wurde dies offen beklagt. Daß Veränderungen in diesem Bereich notwendig sind, zeigt auch das unbefriedigende Gesamturteil der PJ-ler über die theoretische Ausbildung: 9 % hielten sie für gut, 74 % für mittelmäßig und 17 % für schlecht.

Als Forderungen ergeben sich einerseits ein weitaus stärkeres Gewicht auf die verschiedenen Formen exemplarischen Lernens zu legen, andererseits einen Katalog häufiger Krankheiten zu erstellen, in deren Diagnostik und Therapie die Studenten im PJ vorrangig ausgebildet werden sollten. Eine Voraussetzung dafür wäre auch eine Anleitung der unterrichtenden Ärzte besonders unter pädagogisch-didaktischen Gesichtspunkten, denn vielen Ärzten mangelt es an praktischer Unterrichtserfahrung. Wünschenswert wäre auch eine gemeinsame Besprechung von Ärzten und PJ-lern am Anfang und Ende eines jeden Tertials.

### Praktische Ausbildung

Für den PJ-ler, der ein neues Tertial beginnt, ist eine Einführung in den normalen Stationsablauf erforderlich. Nach der Umfrage erhalten diese aber in der Inneren Medizin nur die Hälfte, in der Chirurgie nur ein Drittel der Studenten. Was dann anschließend zur Ausbildung der PJ-ler gehören soll, ist meist sowohl des Ausbilders als auch den PJ-lern unklar. Dies führt dazu, daß den PJ-lern überwiegend die früheren MA-Tätigkeiten übertragen werden: Blutentnahme, Teilnahme an der Stationsvisite, Untersuchung neu aufgenommenen Patienten, Anamnese erheben sowie – in den operativen Fächern – Haken halten. Dies alles tun die PJ-ler – wohl gemerkt Studenten –, ohne die erforderliche umfassende Anleitung und Kontrolle.

Hierzu einige Daten aus unserer Umfrage: in der Technik der Blutentnahme wurden nur 47 % eingeführt. Die Anamnesen wurden in der Inneren Medizin in 24 % nicht besprochen, in 36 % manchmal und in 40 % meist; in Chirurgie sogar in 60 % nicht, in 31 % manchmal und in 9 % meist (Wortlaut der Frage siehe neben-

stehenden Kasten). Eine Kontrolle der Untersuchungsbefunde fand in 11 % (Innere Medizin) bzw. 29 % (Chirurgie) gar nicht statt, in 55 % (Innere) bzw. 60 % (Chirurgie) nur dann, wenn etwas unklar war, und in 34 % (Innere) bzw. 11 % (Chirurgie) meistens. Mit Hakenhalten verbrachten die PJ-Studenten durchschnittlich 8 Stunden in der Woche. Hinter diesem Durchschnittswert verbergen sich einerseits solche, die mit kürzeren Zeiten davonkamen, andererseits gaben aber PJ-ler von 5 der neun beteiligten Krankenhäuser wöchentliche Zeiten von länger als 11 Stunden an. Auch wenn bei den Operationen meist (in 71 % erklärt wurde – was immer das im Einzelfall auch gewesen sein mag – ist hier die Grenze dessen, was der Ausbildung dient, überschritten.

#### Aus dem Fragebogen:

Wurden bei den von Dir geleisteten Anamnesen bzw. Untersuchungsbefunden die entsprechenden Krankheiten einschl. Diagnose und Therapie exemplarisch besprochen?

Innere Medizin	Chirurgie	
24 %	60 %	fast nie
36 %	31 %	manchmal
40 %	9 %	meist

Beklagt wurde von den Studenten ein zu häufiger Stationswechsel. Mehr als zwei Stationen pro Tertial – so die Mehrheitsmeinung – sei nicht sinnvoll, weil der Anpassungs- und Einarbeitungsprozeß sonst zuviel Zeit beanspruche. Zusätzlich wird allerdings die Möglichkeit einer zeitweisen Ausbildung auf Aufnahme-Stationen, Intensivstationen und Ambulanzen gewünscht. Die Anzahl der gewünschten Stationen richtet sich auch nach der Spezialisierung der einzelnen Stationen (wie in der Chirurgie). Bei seltenem Wechsel sind Krankheitsverläufe besser zu verfolgen. Über die bisher genannten Flutmetastasen hinaus äußerten die Studenten auch noch im 3. Tertial häufig den Wunsch, ärztliche Tätigkeiten wie Intubation, Kleine Chirurgie, Legen eines Venenkatheters, Punktionen, Endoskopie, Notfallmaßnahmen u.ä. zu erlernen. Hierzu hatten die überwiegende Anzahl der Studenten nur vereinzelt Gelegenheit (eine Bevorzugung bestimmter Patientengruppen fand dabei nicht statt), 28 % wurden an solchen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nie beteiligt; 16 % der PJ-Studenten konnten keine Hautnaht machen! Unklar ist sowohl für den PJ-ler wie für auszubildende Ärzte, welche Tätigkeiten erlernt werden sollten. Es erscheint deshalb notwendig, einen Ausbildungskatalog in Form eines regelrechten Vertrages zu erarbeiten, in dem die wichtigsten Ausbildungsinhalte festgelegt sind.

### Arbeitsleistung und materielle Situation

Die in unserer Umfrage ermittelten durchschnittliche Anwesenheit im Krankenhaus entspricht mit 32,2 Wochenstunden in Innerer Medizin und 31,3 Wochenstunden in Chirurgie dem Richtwert des Curriculums von 32 Stunden (meist 4 Tage à 8 Stunden, selten 5 Tage mit zwei freien Nachmittagen). Die ebenfalls dort angegebene Richtzeit für Seminare und Kolloquien von 4 Zeitstunden pro Woche wird in der Umfrage nahezu erreicht, wenn auch an drei Krankenhäusern erhebliche Teile (über 25 %) davon ausgefallen sind. Die Schwankungsbreite in der Anwesenheit am Krankenhaus ist jedoch mit 28,5–37,5 Wochenstunden besonders in



der Chirurgie recht groß. Hierbei fällt auf, daß genau in den Krankenhäusern, in denen die Stationsärzte von den befragten PJ-lern mehrheitlich als überlastet bezeichnet wurden, die Anwesenheit der PJ-ler und die Dauer des Hakenhaltens deutlich über dem Durchschnitt lagen. Dies legt den Schluß nahe, daß die PJ-Studenten dort dazu herhalten mußten, den vorhandenen Personalmangel auszugleichen.

Alle PJ-ler sind wesentlich an den Routine-Blutentnahmen beteiligt, für die man erfahrungsgemäß zwischen 15 Min. bis zu 1 Std. pro Tag ansetzen kann. Ein Großteil der Zeit wird für Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung der Neuaufnahmen verwendet. Relativ oft (besonders in der Chirurgie) werden diese Tätigkeiten nicht zur Ausbildung genutzt, sondern sind reine Zulieferarbeiten für den Stationsarzt oder dienen formal zur Vervollständigung der Krankenakte. Darüber hinaus wurden die PJ-Studenten zu Botengängen herangezogen: zu 16 % in der Chirurgie und zu 19 % in der Inneren Medizin.

Nicht in den Fragebogen ein ging die Zeit für Verbandswechsel, Patientengespräche, Arztbriefe u.ä. Die durchschnittlich 8 Stunden/Woche Haken halten wurden schon erwähnt. In 3 Krankenhäusern waren die PJ-Studenten schon so weit in den alltäglichen Arbeitsablauf eingegliedert, daß z.B. auf den mit zwei PJ-lern besetzten Stationen nicht beide gleichzeitig ihren freien Tag nehmen durften: so in der Chirurgischen Universitätsklinik.

Das krasseste Beispiel unbezahlter Arbeit aber sind die Stationsvertretungen. 24 mal wurden Assistenzärzte von PJ-Studenten vertreten, von einem Tag bis zu 8 Wochen, der Durchschnitt lag bei 2 Wochen und zusammengerechnet ergab sich eine Vertretungszeit von etwa 10 Monaten! Die meisten Vertretungen erfolgten in Zusammenarbeit mit einem zweiten Stationsarzt, einige aber auch nur unter gelegentlicher Oberarztkontrolle. Der Anreiz, so etwas überhaupt zu machen, ist zum einen die Möglichkeit, endlich einmal selbständig zu arbeiten (was sonst häufig als kaum möglich beklagt wird), zum anderen werden die Aussichten auf eine Assistenzarztstelle hierdurch erheblich verbessert. Hier zeigt sich auch am deutlichsten, daß oft versucht wird, die PJ-Studenten als „Ersatz-MAs“ einzusetzen, aber eben ohne Vertrag, ohne Rechte und ohne Bezahlung. Deshalb fordern wir die PJ-ler auf, sich nicht als billige Lückenbüller mißbrauchen zu lassen und die Stationsvertretungen – auch im Interesse der Patienten – abzulehnen.

Im Gegensatz zur tatsächlich geleisteten Arbeit steht die finanzielle Situation der PJ-ler. Der Gesamtdurchschnitt des den PJ-lern monatlich zur Verfügung stehenden Geldes ergibt 719,— DM pro Person. Dieser Wert, der u.a. durch einige Ausreißer zustandekam

(DM 1 400,— pro Monat usw.), spiegelt die materielle Situation jedoch nicht richtig wieder: zum einen liegen 47 % der PJ-Studenten unter dem gegenwärtigen BaFög-Höchstförderungsbeitrag von 620,— DM, zum anderen kommen die Beträge zum Teil erst durch Kreditaufnahme, Plünderung des Sparkontos und vor allem durch Nebentätigkeit zustande, was eine große zusätzliche Belastung bedeutet. Am häufigsten lagen allerdings die PJ-ler ihren Eltern auf der Tasche:

#### Finanzielle Situation der PJ-ler:

Geld von den Eltern	54,5 %
Nebentätigkeiten	37,5 %
BaFög-Empfänger	35,2 %
Sparkonto	18,0 %
Kreditaufnahme	
17,0 % Ehepartner	17,0 %
Sonstiges	4,5 %
Sozialhilfe	1 x

Pro Monat gaben die PJ-Studenten durchschnittlich das Geld aus für: Fahrtkosten 59,—, Essen 29,—, Bücher 40,— und zu einem geringeren Teil für die von verschiedenen Gesellschaften angebotenen Zusatzversicherungen für PJ-ler, die 61 % abgeschlossen hatten.

In diesem Zusammenhang sei auf das Problem der Verschickung in weiter entfernte Krankenhäuser eingegangen: nach Gelnhausen, das etwa 50 km von der Universität Frankfurt entfernt liegt, wurden zwei PJ-Studenten ohne Berücksichtigung ihrer Wahlpräferenz eingeteilt. Die Fahrtkosten dieser PJ-ler lagen bei monatlich 150,— DM, zudem war das Essen mit 60,— DM pro Monat dort auch am teuersten. Insgesamt kamen 3/4 der Befragten an das Krankenhaus ihrer ersten Wahl, 4 PJ-ler wurden gegen ihren Willen einem Lehrkrankenhaus zugeteilt, das sie nicht gewünscht hatten. Immerhin mußten 38 % der Befragten eine Stunde und länger zum Krankenhaus hin und zurück täglich fahren. Selbst damit liegen die PJ-ler im Raum Frankfurt noch relativ günstig. Wie wir erfahren haben werden woanders PJ-ler zum Teil in über 100 km vom Studienort entfernt liegende Lehrkrankenhäuser geschickt.

Unabhängig vom Stand der Auseinandersetzungen um einen Tarifvertrag muß daher ein Fahrtkostenzuschuß sowie die Bezahlung des Essens verlangt werden. Außerdem ist die Bereitstellung von genügend Ausbildungsplätzen am Studienort zu fordern. Die wichtigste Forderung: Abschluß eines Tarifvertrages und Bezahlung des PJ ergibt sich jedoch nicht allein aus der bisher unentgeltlichen Arbeitsleistung, die der PJ-Student wie oben dargestellt, erbringt. Vielmehr hat er, weil er seine Arbeitskraft für die Ausbildung zur Verfügung stellt, Anspruch auf einen Gegenwert, wie es bei anderen Auszubildenden eine Selbstverständlichkeit ist.

## Status

In den Änderungsvorschlägen der Betroffenen taucht der Wunsch nach Bezahlung und Statusänderung bzw. nach einem Ausbildungs- und Tarifvertrag am häufigsten auf. Negative Erfahrungen schlagen sich nieder in Aussagen wie: „man kommt sich überflüssig vor“, „man ist gerade gut genug für Routinearbeiten“, „selbständiges Arbeiten ist kaum möglich“. Alles dies weist darauf hin, daß den PJ-lern ihre Situation eher als Ausgenutzte und zur Arbeit Verpflichtete erscheint und weniger als Auszubildende.

Mehrmals taucht die Statusfrage auch im Zusammenhang mit dem Verhältnis zum Krankenpflegepersonal auf.

Es besteht von beiden Seiten Unsicherheit, was Anordnungen oder Hilfeleistungen betrifft. Auch gegenüber den Patienten ist der PJ-Student meist unsicher: meist (66,6 %) stellt er sich nur mit seinem Namen vor, 3 der 94 PJ-ler stellten sich gar als Ärzte, 17 % stellten sich als Studenten vor, der Rest verhielt sich uneinheitlich. Demgegenüber übernahmen PJ-ler auch hier wieder ärztliche Tätigkeiten: 66 % der Befragten klärten Patienten über eine vorzunehmende Operation auf, obwohl etwa 1/4 gleichzeitig angaben, dies vorher nicht mit dem Stationsarzt besprochen zu haben. Die Unsicherheit der PJ-ler, die aus ihrem ungeklärten Status resultiert, drückt sich schließlich nicht unwesentlich darin aus, daß sie am Krankenhaus, das sie beschäftigt, rechtlich nicht vertreten sind: eine Teilnahme an den Personalversammlungen ist nicht erlaubt, ihre Interessen können vom Personalrat nicht wahrgenommen werden.

Aus der durchgeführten Untersuchung wurden die an vielen Punkten bestehenden Mängel der „Ausbildung“ der PJ-ler eindringlich verdeutlicht. Die praktische Durchführung des „Praktischen“ Jahres krank an ungenügender Ausstattung der Krankenhäuser. In bedrohlichem Ausmaß werden die PJ-ler als Ersatz der abgeschafften Medizinalassistenten eingesetzt und darüber hinaus dazu verwendet, Lücken in der ärztlichen Personaldecke stopfen zu helfen. Statt Ausbildung scheint oft Ausbeutung vorzuherrschen, ohne daß der PJ-ler sich recht dagegen wehren kann. Ohne die Lösung der finanziellen Probleme und der Statusfrage aber würde selbst eine Verbesserung der „Praxis“ die bestehenden Mißstände nicht beseitigen können.

Die Forderung muß daher lauten: Ausreiche materielle und personelle Ausstattung der Lehrkrankenhäuser; Verbesserung der praktischen Ausbildung und Abschluß eines Ausbildungs- und Tarifvertrages! ■

# Appell zum Internationalen Jahr des Behinderten

Dem Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen in der Bundesrepublik gehören über seine Mitgliedsvereine etwa 6000 Bürger an. Diese Bürger sind Freunde und Angehörige psychisch Kranker. In ihrem Namen fordert der Dachverband die Bundesländer sowie die Kreise und Gemeinden auf, das Konzept der gemeindenahen Psychiatrie in die Wirklichkeit umzusetzen: Alle Städte und Gemeinden müssen für ihre psychisch kranken Mitbürger ambulante Dienste zur Beratung, zur Krisenhilfe und für die Nachsorge anbieten. Zugleich sind beschützte Wohnungen und Arbeitsplätze einzurichten, die den Bedürfnissen psychisch Kranker entsprechen.

Politiker und Regierungen können die Beziehungen

zwischen psychisch Kranken und ihren Mitbürgern nicht unmittelbar fördern. Doch sie müssen die Bedingungen dafür schaffen, daß Gespräche, Begegnungen und Kontakte möglich werden. Solange viele Freunde und Verwandte psychisch Kranker 100 Kilometer und mehr fahren müssen, um die Patienten in entlegenen Großkrankenhäusern zu besuchen, solange bleibt das Reden über die Eingliederung psychisch Kranker in die Gesellschaft eben nur Gerede. Wer in diesem Zusammenhang für Geduld wirbt, nimmt in Kauf, daß menschenfeindliche Verhältnisse fortbestehen. Ungeduld tut not.

Die Not psychisch Kranker ist nicht die Not einer Minderheit. Sher viele Familien sind unmittelbar betroffen:

Zwei Millionen Bundesbürger gelten als suchtkrank, über eine Million muß jährlich zum Nervenarzt, über 200 000 werden jährlich in psychiatrische Krankenhäuser eingewiesen.

1981 ist zum Internationalen Jahr des Behinderten ausgerufen worden. In der Bundesrepublik wurde dafür das Motto „Einander verstehen – miteinander leben“ gewählt. Dieses Motto muß den Politikern, muß uns allen zur Verpflichtung werden. „Miteinander leben“ heißt konkret für die psychisch erkrankten Bürger, für ihre Freunde und Angehörigen: Wer krank wird, bleibt unter uns, in unserer Stadt, in unserer Nähe. Die Aussonderung muß ein Ende haben. ■



## **Unterstützung beim Aufbau des Gesundheitswesens in ländlichen Gebieten im Norden Nicaraguas Präventivmedizin**

Homburger Landstraße 455  
6 Frankfurt/M. 50,  
Tel. 06 11/54 1091

Der Diktator Somoza hinterließ in Nicaragua, nachdem er 1979 durch einen Volksaufstand nach fünfzigjähriger Gewaltherrschaft seines Familienclans vertrieben wurde, ein furchtbares Erbe: 40000 Tote, über 100000 Verletzte, fast alle Krankenhäuser zerstört, eine hungernde Bevölkerung, für die wegen der ausschließlich exportorientierten Agrarproduktion keine sinnvolle Selbstversorgung möglich war.

Die gesundheitliche Lage der Bevölkerung war durch Massenerkrankungen gekennzeichnet. Ihre Hauptursachen: Unter- bzw. Fehlernährung, mangelhafte Wasserversorgung, fehlende Hygieneeinrichtungen sowie mangelhafte Wohnraumschubstanz.

Die Hauptkrankheitsbilder sind Magen-Darmerkrankungen (bei 60 % der Kinder), Parasitenbefall, Infektionen des Hals-Nasenbereichs, Tuberkulose, Malaria usw.

Die Mehrheit der Landarbeiter Nicaraguas waren Wanderarbeiter, die kaum soziale Bindungen hatten, die von Latifundo zu Latifundo zogen, um ihre Arbeitskraft gegen Minimallöhne zu verkaufen. Ein Gesundheitsbewußtsein ist im ländlichen Raum kaum anzutreffen gewesen.



### **Programme und Planungen der neuen Regierung**

Die neue Regierung in Nicaragua ist der Überzeugung, daß Gesundheit ein Menschenrecht verkörpert, auf das jeder einen Anspruch hat.

Um diesen Anspruch zu verwirklichen wurde ein flächendeckendes Netz der gesundheitlichen Versorgung für das ganze Land entworfen, das folgende Stufen vorsieht:

1. An der Basis in den Gemeinden bis zu 500 Einwohner arbeitet der Gesundheitsbrigadist.
2. Jeweils 12 Gesundheitsbrigadisten sind einem Gesundheitsposten zugeordnet, in dem ein Krankenpfleger arbeitet.
3. Diese sind mit einem Gesundheitszentrum verbunden, das ungefähr einen Einzugsbereich von 30000 Menschen betreut. Jedes Gesundheitszentrum hat ca. 30 Betten. Arbeitsschwerpunkt dieser Zentren, die mit zwei Ärzten und weiteren 13 Personen medizinischen Personals besetzt sind, liegt im Bereich der Mutter-Kindbetreuung.

4. Nicaragua wurde in 8 Gesundheitsregionen aufgeteilt, in denen sich jeweils ein Regionalkrankenhaus befinden soll. Diese arbeiten wiederum mit

5. den Fachkliniken der Hauptstadt zusammen.

Neben dieser medizinischen Versorgungsstruktur wurden national übergreifende Pläne im präventiv-medizinischen Bereich entworfen und zum Teil bereits durchgeführt. So zum Beispiel Impfmaßnahmen, Sonderprogramme gegen Malaria, ein Latrinenbauprogramm, Sanierung der Wasserversorgung, Abfallbeseitigung, Gesundheitserziehung usw.

Nachdem in Nicaragua

1979 das Jahr der Befreiung von der Somozaherrschaft war und

1980 das Jahr der Befreiung vom Analphabetentum wurde, soll

1981 das Jahr der Gesundheit werden.

### **Unterstützung durch medico international**

medico international führte bereits während des Aufstandes gegen den Diktator Somoza und unmittelbar nach seiner Flucht 1979 Soforthilfemaßnahmen, sowie ab September 1979 Projektmaßnahmen in der nördlichen Region des Landes durch.

Nach der Bereitstellung von mobilen medizinischen Einheiten, der Ausrüstung von Gesundheitsposten, Zentren und ländlichen Hospitälern sollen jetzt als Stufe 3 des Projekts verstärkt präventivmedizinische Ansätze gefördert werden.

### **Gesundheitsbrigadisten**

Schwerpunkt ist die Unterstützung der Ausrüstung und Ausbildung von 180 Gesundheitsbrigadisten, die in den Nordregionen eingesetzt werden. Die Gesundheitsbrigadisten sollen nach ihrer Ausbildung die Anwendung folgender Medikamente beherrschen: Mittel gegen bestimmte Magen-Darmerkrankungen, Erkältungskrankheiten, Fieber, Parasiten, Anämien, Malaria und Schlangenbiß. Außerdem sollen sie in der Lage sein, bei Tb-Patienten, die vom Arzt diagnostiziert wurden, die Medikamenteneinnahmen zu überwachen.

Das wichtigste Arbeitsgebiet der Gesundheitsbrigadisten soll jedoch auf dem präventiv-medizinischen Bereich liegen. Dazu gehören Kenntnisse über Schwangerschaft und Niederkunft, Geburt und Entwicklung des Kindes. In Gesprächen und Versammlungen soll über persönliche Hygiene und Hygiene im Wohnbereich, wie Latrinenbau, Abwassermaßnahmen berichtet werden. Außerdem soll der Gesundheitsbrigadist Aufzeichnungen über seine Tätigkeiten und Statistiken anfertigen.

Darüberhinaus sollen Mittel zur Verfügung gestellt werden, mit denen die Gesundheitsbrigadisten vor Ort mit der Bevölkerung Projekte im Bereich Latrinenbau, Abfallbeseitigung und Sanierung von Trinkwasseranlagen durchführen können. Die Finanzmittel werden zur Deckung der Materialkosten benötigt. Die Arbeit wird von der Bevölkerung der Gemeinden selbst durchgeführt.

Wir bitten Sie dieses Projekt, das die Ursachen der Massenerkrankungen in Nicaragua beseitigen helfen soll, zu unterstützen.

**Spenden können auf das Konto 1800 bei der Stadtparkasse Frankfurt unter dem Stichwort „Nicaragua“ eingezahlt werden.**



# Projekt El Salvador

**medico  
international**

**Aufbau von Notdepots und anderer**

**Notfalleinrichtungen**

**mit medizinischem Material**

Homburger Landstraße 455

6 Frankfurt/M. 50,

Tel. 06 11/54 1091

In El Salvador kämpft die Bevölkerung gegen den Terror von Militär, rechtsradikale Privatarmeen und Interventionstruppen, die die Besitzansprüche der 14 Familien verteidigen.

Besitzansprüche, die dazu führen: Nur 1,9 % der 5 Mio. Einwohner des zentralamerikanischen Landes verfügen über 57,5 % des kultivierbaren Bodens, 50 % der arbeitsfähigen Bevölkerung auf dem Lande sind arbeitslos, 80 % der Landbewohner leben unter dem Existenzminimum, 70 % aller Kinder unter 5 Jahren leiden an Unterernährung mit allen Folgeerscheinungen, die Kindersterblichkeit ist zehn mal so hoch wie in der Bundesrepublik.

Erzbischof Arnulfo Romero, Anwalt der Armen, wurde von einem Hecken-schützen ermordet. Er hatte die Soldaten seines Landes aufgefordert, sich nicht weiter am Morden gegen die Bevölkerung zu beteiligen. Er beschrieb in einem Brief an US-Präsident Carter die Situation in seinem Land so: Die politische Macht befindet sich in der Hand skrupelloser Offiziere, die es nur verständen, das Volk zu unterdrücken und die Interessen der salvadorensischen Oligarchie zu unterstützen.

Heute registriert die Menschenrechtskommission und das erzbischöfliche Rechtsamt täglich Verletzungen der fundamentalen Menschenrechte. Bis zu 100 Menschen werden täglich von paramilitärischen Organisationen wie ORDEN ermordet. Aber auch das Militär, das der Junta unterstellt ist, beteiligt sich an den Massakern.

Das am ausführlichsten dokumentierte Massaker ist das vom Sumpul-Fluß, dem Grenzfluß zu Honduras: Anfang Mai findet in El Poy eine geheime Konferenz von hohen salvadorensischen, hondurenischen und guatemalteken Militärs statt. Am 13. Mai sperren etwa 250 hondurenische Soldaten im Morgengrauen das Ufer des Sumpul-Flusses in der Nähe der salvadorensischen Dörfer Los Jacinot und La Arada ab. Ein Entkommen aus diesen Dörfern ist so über den Fluß nicht möglich.



Gegen 7 Uhr früh beginnen Armeehubschrauber des salvadorenischen Heeres mit der Beschießung beider Dörfer. Dann dringen einige hundert Soldaten, Angehörige der salvadorenischen Nationalgarde und der paramilitärischen Organisation ORDEN in die Dörfer ein und ermorden etwa 600 wehrlose Angehörige von Bauernfamilien. Wenigen gelingt es, den Fluß zu überqueren. Die meisten werden später an der Grenze von hondurenischen Soldaten gefesselt und an das salvadorenische Militär übergeben, von denen sie ermordet werden. Das Massaker endet gegen 16 Uhr. In den folgenden Tagen patrouillieren Angehörige von ORDEN in den beiden Dörfern, stehlen die Habseligkeiten der Toten und brennen die Häuser schließlich nieder.

Ein anderes Beispiel ist die Verhaftung und Ermordung von 60 Jugendlichen aus den Stadtteilen Credisa, de Soynago und Ampetec der Hauptstadt San Salvador. Die Jugendlichen werden am 1. November um 6 Uhr früh von Angehörigen des Militärs festgenommen. Den Eltern wird gesagt, die Jugendlichen kommen gesund und unverseht zurück. Drei Tage darauf werden die Jugendlichen tot aufgefunden, mit Folterspuren am ganzen Körper.

Man könnte diese Liste des Grauens beliebig fortsetzen. Da es keinen Unterschied zwischen dem Volk und dem kämpfenden Widerstand gibt, muß das Regime einen Völkermord begehen, um die Opposition auszuschalten. Bereits 1932 hat die Bevölkerung in El Salvador versucht, sich der herrschenden Familien durch einen Aufstand zu entledigen. Etwa 30000 Menschen wurden damals getötet. Heute, 50 Jahre danach, stehen neben der Nationalgarde und den paramilitärischen Organisationen des eigenen Landes noch Legionärstruppen aus Exilcubanern, Somozanationalgardisten, hondurenische und guatemalteckische Truppen bereit, den Volksaufstand niederzuschlagen. Die Frankfurter Allgemeine Zeitung meldete am 4. Mai, daß diese Truppen dann einmarschieren, "wenn die nordamerikanischen Militärberater in El Salvador - offiziell 200, nach Angaben linker Organisationen bis zu 2000 - die Infrastruktur für ihren operativen Einsatz aufgebaut haben." Der neue US-Präsident hat in seinem Wahlkampf verkündet, daß er ein direktes Eingreifen der US-Streitkräfte nicht ausschließt. Verschiedenen Zeitungsmeldungen zufolge liegen entsprechende Pläne bereits vor.

Die Menschenrechtskommission, das Erzbischöfliche Rechtsamt, das Notkomitee, das den Namen des ermordeten Erzbischof Romero trägt, und die Revolutionäre Demokratische Front haben uns dringend gebeten, mit Medikamenten, medizinisch-technischem Gerät und Nahrungsmitteln zu helfen. Wir haben hier dank Ihrer Unterstützung einiges leisten können. Neben der Bereitstellung von Barmitteln für Nahrungsmittel, haben wir hier inzwischen 15 medizinische Notdepots geliefert. Ein sehr praktisches System, mit dem allgemeinmedizinische Versorgung betrieben werden kann, das jedoch auch Ausrüstungsteile enthält, die für die kleinere und mittlere Chirurgie geeignet sind. Wir bitten Sie

Wir bitten Sie dringend, uns weiterhin bei dieser wichtigen Aufgabe zu helfen. Neben Geldspenden könnten Sie uns helfen, wenn Sie nach Möglichkeiten suchen, wo wir Presseartikel oder Faltblätter als Beilage unterbringen können.

**Spenden können auf das Sonderkonto 232 bei der Stadtparkasse Frankfurt unter dem Stichwort „El Salvador“ eingezahlt werden.**



# Initiative

Zeitung für Menschen aus der Krankenpflege

Im Folgenden dokumentieren wir die Erklärung der Zeitschrift 'Initiative', die insbesondere aus organisatorischen Gründen vorerst nicht mehr erscheinen wird. Wir möchten vorausschicken, daß wir keinesfalls froh sind, eine 'Konkurrenz' los zu werden, im Gegenteil. Wir finden dieses Dokument wichtig, weil es offen die Schwierigkeiten darstellt, mit denen jede halbwegs alternative Zeitschrift zu kämpfen hat – auch wir. Die Basisdemokratie funktioniert solange nicht, wie die Basisdemokraten über das Reden und Denken das Handeln vergessen. Wir wünschen den Kollegen von der 'Initiative', daß sie möglichst bald mit neuem Schwung weitermachen können. (Redaktion DG)

Liebe Leserinnen, lieber Leser!

Der organisatorische Kollaps unserer Zeitung ist perfekt! Die Winterausgabe, also die Nr. 4/5 der INITIATIVE, wird auch die vorläufig letzte sein! Dies wurde einstimmig auf der November-Redaktionssitzung 1980 beschlossen. Für zwei bis drei Jahre wird nun keine INITIATIVE mehr erscheinen; in dieser Zeit läuft die Arbeit in der Redaktion jedoch weiter!

Wir brauchen diese Zeit dringend, um zu überlegen, wie es mit der Zeitung weitergehen soll, ob es sinnvoll ist, die INITIATIVE als 'Zeitung für Menschen aus der Krankenpflege' weiterzuführen, welche Perspektiven und inhaltlichen Schwerpunkte für die darauf folgenden Jahre richtig sind.

Aber wir wollen und werden diese Debatte sicherlich nicht mit uns selbst führen! Im Gegenteil! Wir werden versuchen, die Redaktionen der anderen Zeitungsprojekte im Gesundheitsbereich miteinzubeziehen, wir werden versuchen, Zwischenergebnisse unserer Diskussion zu veröffentlichen und vor allem wünschen wir uns eine rege Beteiligung unserer Leserinnen und Leser!

Schreibt also eure Meinung zu den Problemen der INITIATIVE, nehmt Stellung, unterstützt unsere Arbeit!

Dieses – vorläufige – Ende der INITIATIVE ist nicht Ausdruck einer – in linken Kreisen z.Zt. sehr populären – inhaltlichen Resignation und Rückzugsbewegung! Wir machen einen Schritt zurück, um unsere weitere Arbeit intensiver und wirkungsvoller zu gestalten!

Als im September 1977 die Redaktion mit dem 'SCHÜLER-INFO' (Zeitung für die Krankenpflegeausbildung) die Arbeit aufnahm, war vieles noch Wunsch, was sich im Laufe der Jahre nach und nach aus dem 'Nichts' realisieren ließ. Insbesondere aus der Entwicklung der

INITIATIVE seit Juni '79 haben wir viel gelernt; viele inhaltlichen Aussagen, die wir gemeinsam erarbeiteten, eröffnen Perspektiven für die gesundheitspolitische Diskussion der nächsten Jahre! Der vorliegende Entschluß jedoch, die Herstellung der INITIATIVE einzustellen, ist ein Ergebnis selbstkritischer, organisatorischer Überlegungen.

Insbesondere die personelle und finanzielle Situation, organisatorische Probleme in Bezug auf Vertrieb, Werbung und Absatz der Zeitung, letztlich auch die Auswirkungen einer um sich greifenden 'Konsum-Haltung' unserer Leserinnen und Leser verunmöglichen das weitere, regelmäßige Erscheinen der INITIATIVE.

Dazu ein paar Erklärungen:

Die personelle Besetzung der Redaktion hier in Berlin bestand seit 1977 aus vier bis zu sieben Kolleginnen und Kollegen, von denen viele nur für eine Nummer, manche noch nicht einmal bis zur Herstellung der nächsten Nummer dabei waren. Direkte Folge der hohen Fluktuation im Redaktions-Kollektiv war, daß gerade ungeliebte Arbeiten, wie Korrespondenz, Lay-out – allg. die Herstellung der Zeitung – usw. an einigen wenigen 'hängen' blieb. Da zwar immer mehr Berichte und Artikel von Kolleginnen und Kollegen außerhalb der Redaktion eintrafen, diese jedoch in technisch z.T. saumäßigem Zustand waren und so in aller Regel noch einmal überarbeitet werden mußten, konnte uns auch die reger werdende Beteiligung aus den Betrieben keine organisatorische Erleichterung bringen.

Zu diesem Problemkreis noch ein Punkt: Über zwanzig (!) Kolleginnen und Kollegen aus der BRD und West-Berlin haben uns im letzten Jahr mit der Absicht geschrieben, sich auch langfristig an der Redaktionsarbeit zu beteiligen; nur ein einziger hat dies jedoch auch in die Tat umgesetzt. Wir wollen damit sagen, daß zwar sowohl der 'Markt' als auch das Bedürfnis nach einer Zeitung wie der INITIATIVE unseren Einschätzungen nach vorhanden ist, daß jedoch kaum jemand heute noch bereit ist, sich auch die Unannehmlichkeiten und die Arbeit aufzuheben, die zwangsläufig mit der regelmäßigen Produktion einer solchen Zeitung verbunden sind. Die INITIATIVE stellt deshalb jetzt auch ihre Arbeit ein, weil wir nicht bereit sind, einen wachsenden Käuferkreis mit der Zeitung zu versorgen, der seinerseits nicht Willens ist, sich auch nur in minimalen Umfang an den organisatorischen Arbeiten zu beteiligen.

Direkt aus dem oben gesagten abgeleitet, ergibt sich folgendes Bild: Uns fehlen die personellen Möglichkeiten, neben Schichtarbeit oder Schule, die Zeitung an all' jene Leserinnen und Leser zu verteilen, die sich für die INITIATIVE interessieren. Hinzu kommt eine wirklich 'alternative' Verkaufspolitik der Buchläden, welche einem schon mal die 'Haare zu Berge stehen' läßt: Zunehmend direkter wird uns von diesen sauberen Genossen und Genossinnen (?) klar gemacht, daß erst mit Büchern so ab 20,— DM etwas 'zu verdienen' ist! Bei einigen freuten wir uns die letzten Monate schon darüber, die neuesten Nummern der INITIATIVE über-

haupt auslegen zu dürfen. Manchmal verschwanden sie aber auch gleich in der hintersten Ecke des Ladens; interessierte Menschen fragten dann allerdings vergebens nach der Zeitung! (Wohlgemerkt: Der Buchladen-Anteil z.B. für unsere Doppelnummern beträgt 1,— DM pro Exemplar!)

Parallel zum schleppenden Vertrieb über die Buchläden sah es dann auch bald und immer wieder sehr wüst mit unseren Finanzen aus: Die finanzielle Eigenleistung der Redaktionsmitglieder betrug über die Jahre insgesamt mehr als 3000,— DM was einem monatlichen Beitrag von ca. 50,— DM für jede/den entspricht.

Aus der gesamten organisatorischen Situation haben wir nun den Schluß gezogen, daß die INITIATIVE erst dann wieder erscheinen wird, wenn:

- unsere personelle Situation einen regelmäßigen und ausreichenden Vertrieb ermöglicht,
- die Zeitung sich weitgehend finanziell selbst tragen kann und
- die Leserinnen und Leser bereit sind auch ihren Anteil am Erscheinen der Zeitung beizutragen!

Allgemein sehen wir die Entwicklung unserer Zeitung nicht ganz unabhängig von allgemeinpolitischen Tendenzen: Gerade in den letzten Jahren ist eine Rückzugsbewegung im Bereich der linkspolitischen Arbeit außerhalb der Parlamente zu beobachten. Rückzug außerhalb der Parlamente zu beobachten. Rückzug auf nur ökologische, alternative Aktivitäten, Rückzug auf den individuellen Kampf um bessere Lebens- und Arbeitsbedingungen, Rückzug auf einen Blickwinkel der 'privaten Probleme', deren Lösung nur im privaten Bereich gesucht wird. Rückzug jedoch auch aus Resignation vor dem eigenen, kaputten Bewußtsein, Kapitulation vor den Schwierigkeiten, die es macht, von der neuen, besseren Gesellschaft nicht nur zu reden, sondern vielmehr sie auch schon jetzt konkret zu leben!

Eine Zeitung wie die INITIATIVE lebt und stirbt mit der kritischen Mitarbeit ihrer Leserinnen und Leser. Die INITIATIVE war und ist keine Zeitung für den 'privaten Gebrauch'. Die INITIATIVE ist unser Versuch gegen die Scheinheiligkeit, die Brutalität, die feige Logik dieser Dreckgesellschaft anzukämpfen.

Wir werden die nächsten Monate so sicherlich damit verbringen, die für uns nunmehr konkret erfahrbare Rückzugsbewegung zu analysieren, Schlüsse zu ziehen, Gegenmaßnahmen zu überlegen.

Wir werden weiter machen!

In Hoffnung auf eure tätige Mithilfe, mit lieben und solidarisches Grüßen, euer

**Redaktions-Kollektiv INITIATIVE**  
c/o S. Nickel  
Fidlinstr. 33  
D-1000 Berlin 61

## Anmerkungen zu den Anhaltsszahlen aus Dokumentation DG 4/80

### Ärztlicher Dienst

<sup>2)</sup> Mitternachts-Statistik

<sup>3)</sup> Die ärztliche Besetzung des Operationssaales ist in der Anhaltsszahl eingeschlossen. Fallen jedoch regelmäßig in großer Zahl besonders zeitaufwendige und risikoreiche operative Behandlungsverfahren an, kann es geboten sein, ab 100 und je 100 solcher Verfahren im Jahr einen weiteren Arzt zu bestellen. Zu den vorgenannten Behandlungsverfahren zählen z.B. in der Allg. Chirurgie: Lungenresektionen, Herzoperationen, Eingriffe am Oesophagus, Gefäßersatz, portocavale Anastomosen, große Weichteilplastiken u.ä.

Orthopädie: Spondylosen der Wirbelsäule mit und ohne Harrington-Stab, Herausräumungen von ei-

nem oder mehreren Wirbelkörpern, Arthrodesen der großen Gelenke, Allo-Athroplastiken großer Gelenke, wiederherstellende Operationen am Stamm u. a. den großen Gelenken bzw. großen Röhrenknochen, Resektionen gr. Gelenke, Muskulersatzoperationen (z.B. nach Sharrad).

Ophthalmologie: Komplizierte Keratoplastiken, insbesondere Retransplantationen, Keratoprothesen, refraktive Keratoplastiken, mikrochirurgische Eingriffe am Trabekelwerk des Auges, Ziliarkörperresektionen bei intraokularen Tumoren, Eingriffe zur Rekonstruktion des vorderen Augenabschnittes; komplizierte Operationen am Glaskörper des Auges, bei Netzhautablösung, im Bereich der Augenhöhle.

<sup>4)</sup> Werden klinische Psychologen beschäftigt, sind sie auf die Zahl der Ärzte anzurechnen.

<sup>5)</sup> Werden Physiker beschäftigt, sind sie auf die Zahl der Ärzte anzurechnen.

<sup>6)</sup> Zur Differenzierung zwischen Intensivüberwachung und Intensivbehandlung, vgl. „Richtlinien für die Organisation der Intensivmedizin in den Krankenhäusern“, Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 9. September 1974.

<sup>7)</sup> Funktionsbereiche sind organisatorisch selbständige Einheiten des Krankenhauses, die in der Regel als Fachabteilungen geführt werden. Fehlen solche Einheiten im Krankenhaus und werden in den Bereichen der allgemeinen oder der besonderen Beteneinheiten über deren Bedarf hinaus für das gesamte Krankenhaus Leistungen erbracht, die in dieser Empfehlung bei den Funktionsbereichen ausgewiesen sind, ist dies bei der Personalbedarfsermittlung für die Beteneinheiten zu berücksichtigen.



Das gleiche gilt, wenn solche Leistungen regelmäßig in besonders großer Zahl zu erbringen sind. Leistungen von Sonderbereichen innerhalb von Fachabteilungen sind in den Anhaltszahlen wie folgt berücksichtigt: die Endoskopie mit mindestens 1000 Leistungen je Jahr; die klinische Funktionsdiagnostik im allgemeinen mit mindestens 10 000 Untersuchungen je Jahr bzw. – in der Pneumologie – mit den für die Versorgung von 200 Betten anfallenden Untersuchungen; die klinische Neurophysiologie mit mindestens 3000 EEG- und 1200 EMG-/ENG-Ableitungen und -Befundungen je Jahr; der Kreißsaal mit mindestens 500 Geburten je Jahr; der Operationssaal, soweit nicht in größerer Zahl regelmäßig besonders zeitaufwendige und risikoreiche operative Behandlungsverfahren anfallen (vgl. dazu Anmerkung 2).

Für die physikalische Therapie und Maßnahmen der Rehabilitation kann auf je 10 nichtärztliche medizinische Mitarbeiter ggf. eine weitere Arztstelle erforderlich werden.

7) Laboratorien können ggf. – unter voller Anrechnung auf den Stellenplan – auch von Diplomchemikern geleitet werden.

8) Soweit nicht unter Nr. 1.18 (Strahlenbehandlung) erfaßt. Für den speziellen Bereich der Neuroradiologie sind die Anhaltszahlen um etwa 25 Prozent zu kürzen (Normalleistungen: Nativ-Untersuchungen des Schädels, der Wirbelsäule, Spezialaufnahmen, Tomo u. a.; Sonderleistungen: Angiografien, Venografien, Encephalografien, Myelografien u. a.; Nuklearmedizinische Leistungen: Hirn- und Liquorzintigrafien, CBF u. a.).

9) Normalleistungen = übliche Röntgendiagnostik des Skeletts, der Thoraxorgane, des Magen-Darm-Kanals, des uropoetischen Systems u. a.

10) Sonderleistungen = Schichtuntersuchungen und die Kontrastmittelfüllungen der Speicheldrüsen, der Gelenke, der Mamma sowie Organangiografien, Arteriografien der peripheren Gefäße, Venografien, Lymphografien.

11) Normalleistung = lfd. Bestrahlung und Beaufsichtigung (s. a. Betatron-Erlaß = qualifizierte Tätigkeit, Protokollierungen, Schriftwechsel mit Fachabteilungen) u. a.

12) Poliklinische Leistungen = Voruntersuchungen für Bestrahlungsfähigkeit und Feststellung der Erkrankung (Stadium, Ausbreitung, Histologie), Nachuntersuchungen u. a.

13) Normalleistungen = Schilddrüsendiagnostik und die sog. einfache Zsintigrafie u. a.

14) Sonderleistungen = Myelo-, Serien- und Funktionsszintigrafie; Clearance-Funktions- und haematologische Untersuchungen u. a.

15) Einschließlich histologischer und cytologischer Untersuchungen. Für spezielle neuropathologische Prosekturen kann eine Anhaltszahl von 1 : 160 Sektionen je Jahr zugrunde gelegt werden.

16) n = Zahl der Arbeitsplätze (OP-Tische, Untersuchungsplätze u. a.), die an 5 Tagen in der Woche bis zu 5 Stunden täglich gleichzeitig anästhesiologisch versorgt werden.

## Pflegedienst

2) Bei der Besetzung der Nachtdienste in den Normalpflegebereichen ist die DKG davon ausgegangen, daß in der allgemeinen und in der psychiatrischen Krankenpflege durchschnittlich 32 Patienten, in der Kinderkrankenpflege durchschnittlich zwischen 10 (Frühgeborene) und 30 (kranke Kinder) Patienten von einer Pflegekraft überwacht und im Bedarfsfalle versorgt werden. Die bauliche Gliederung des Krankenhauses sowie sonstige den Personalbedarf im Nachtdienst beeinflussende besondere Gegebenheiten sind bei der Organisation des Nachtdienstes zu berücksichtigen.

4) Zentralisierte pflegerische Versorgungsdienste (optimale Organisation) Direktversorgung mit Speisen durch heizbare Speisentransportwagen oder mit Tablettensystem; zentrale Geschirreinigung; Bettenwechsel in der Bettenzentrale; Zentralsterilisation; zentraler Hol- und Bringedienst; zentrale Disposition und Ausführung der schweren und leichten Reinigungsarbeiten auf den Fluren und in den Arbeitsräumen sowie der schweren Reinigungsarbeiten in den Krankenzimmern; Rationalisierung der Schreibarbeiten; funktionell gut angelegte Pflegeeinheiten; ausreichende Vertikalverbindungen durch Aufzüge. Sind in einem Krankenhaus nicht alle baulichen, technischen und organisatorischen Voraussetzungen für zentralisierte pflegerische Versorgungsdienste realisiert, sondern nur einzelne der genannten Einrichtungen und Dienste vorhanden, so ist eine zwischen den Von-Bis-Werten liegende Anhaltszahl zugrunde zu legen.

5) Nichtzentralisierte pflegerische Versorgungsdienste (konventionelle Organisation).

6) Zur Differenzierung zwischen Intensivüberwachung und intensivbehandlung sowie der Von-Bis-Werte vgl. „Richtlinien für die Organisation der Intensivmedizin in den Krankenhäusern“, Empfehlung der

Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 9. September 1974.

7) Die Anrechenbarkeit von Schülern und Schülerinnen auf den Stellenplan ist nach Abschluß der bevorstehenden gesetzlichen Novellierung des Krankenpflegegesetzes, die u. a. zu einer Anpassung des Berufsbildungsrechtes in der Kranken- und Kinderkrankenpflege an das „Europäische Übereinkommen über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern“ (1967; vgl. Gesetz vom 13. 6. 1972, BGBl. II S. 629) führen soll, den dann geltenden Vorschriften entsprechend neu zu regeln.

Für den Bedarf an Nachtdiensten gilt:

Zahl der belegten Betten	x	8 Std. x 365 Tage
32 Betten je Kraft		1768 Stunden je Kraft

## Literatur

Nachstehende Anhaltszahlen und Erfahrungswerte wurden vollständig oder auszugsweise als Prüfungskriterien von den Länderministerien als Festsetzungsbehörden oder im Rahmen von Erlassen sowie Einzelmitteilungen von den auftraggebenden Ministerien empfohlen.

1. Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Ärzten und Pflegekräften – Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 19. September 1969 bzw. vom 9. September 1974.
2. Erfahrungswerte für die Personalbesetzung in Krankenhäusern – verfaßt von Purzer, abgedruckt im Geschäftsbericht über die Tätigkeit des Bayerischen Prüfungsverbandes öffentlicher Kassen, München, im Rechnungsjahr 1974.
3. Vorläufige Richtlinien für die Prüfung der wirtschaftlichen und sparsamen Betriebsführung der Krankenhäuser in der Fassung vom 3. Dezember 1978 des Ministeriums für Wirtschaft, Mittelstand und Verkehr Baden-Württemberg.
4. Schlüsselzahlen zur Berechnung des Personalbedarfs – herausgegeben vom Senator für Inneres in Berlin – (nicht veröffentlicht).
5. Bewertungssystem zur Berechnung des Personalbedarfs im medizinischen Laboratorium nach Osburg (INSTAND-Schriftenreihe, Heft 1, Tritsch Druck und Verlag, Düsseldorf).
6. Leistungsbewertung in der Radiologie (Röntgen-Praxis 1976, Heft 8 und 9).
7. Richtlinien der Gesundheitsbehörde Hamburg für die Gebäudereinigung – Das Krankenhaus, Heft 2/1975, S. 61 ff.

# § urteile §

## Verwaltungsgericht: DG gehört nicht zum Geschäftsbedarf eines Personalrats – Personalrat ist nicht Interessenvertretung

Der Personalrat eines Städt. Krankenhauses in NRW hatte vom Arbeitgeber verlangt, die Kosten für das Abonnement von DG als Geschäftsbedarf nach § 40 Abs. 4 LPVG zu übernehmen. Nach Ablehnung durch den Arbeitgeber beantragte der Personalrat vor dem Verwaltungsgericht Düsseldorf, den Arbeitgeber zur Zahlung zu verpflichten. Diesen Antrag lehnte das Gericht ab: „Die Kammer steht auf dem Standpunkt, daß die vom Antragsteller gewünschte Zeitschrift ‚Demokratisches Gesundheitswesen‘ nicht zum erforderlichen Geschäftsbedarf des Antragstellers gehört. Dazu gehört, was der Personalrat zur Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben benötigt. Dazu können Fachzeitschriften zählen, worunter die Zeitschrift ‚Demokratisches Gesundheitswesen‘ nicht fällt. Denn bei der hier umstrittenen Zeitschrift handelt es sich schwerpunktmäßig um eine gewerkschafts-, gesellschafts- und gesundheitspolitische (Unterstreichungen im Original, d.

Verf.) Zeitung. Nach dem Aufruf zur Gründung der Zeitschrift sollen die „bestehenden Diskussionsansätze innerhalb der demokratischen und reformwilligen Kräfte im Gesundheitswesen“ gefördert werden.

Es soll dem „fortschrittlichen Standpunkt zu mehr Gewicht“ verholfen, Vereinzelungen vorgebeugt, Arbeitererfahrungen sollen ausgetauscht, Informationslücken geschlossen und Alternativen aufgezeigt werden. Der arbeitende Mensch soll im Mittelpunkt stehen. Gesellschaftspolitische Probleme sollen aus medizinischer Sicht und medizinische Probleme auf ihre politischen Hintergründe hin analysiert werden.

Dies wird auch durch die inhaltliche Planung 1979/80 belegt. ... Das Hauptgewicht der Zeitschrift liegt demnach auf berufspolitischen Beiträgen. Die Aufgabe des Antragstellers besteht aber nicht darin, eine Interessenvertretung der Beschäftigten zu sein; er hat eine Ver-

mittlung zwischen Beschäftigten und Dienststelle auszuüben, so daß er die hier mehr politische Aussagekraft der Zeitschrift ‚Demokratisches Gesundheitswesen‘ nicht zu seinen Aufgaben benötigt. (Hervorhebung der Verf.) Die Zeitschrift ‚Demokratisches Gesundheitswesen‘ gehört somit nicht zu seinem Geschäftsbedarf. Der Antragsteller kann demnach nicht die Kosten für die Übernahme dieser Zeitschrift verlangen.“ (AZ: PVL 131/80 Verwaltungsgericht Düsseldorf)

Anmerkung der Redaktion: Sicherlich hält das gleiche Gericht die Zeitschriften von Standesorganisationen der Ärzte und Schwestern für „Fachzeitschriften“, die unpolitisch sind. Darüber könnte man noch nachsichtig hinweggehen, wenn nicht damit die skandalöse Kernaussage zusammenhinge: nach Ansicht dieser Verwaltungsrichter darf der Personalrat sich nicht als Interessenvertretung der Beschäftigten betrachten und danach handeln. Vielmehr soll er sich als „Vermittlerstelle“ fühlen: Damit werden Betriebsausflug und Weihnachtsfeier zur vornehmsten Aufgabe einer solchen gestützten Interessenvertretung.

Der Personalrat auf das Niveau einer Mitarbeitervertretung bei kirchlichen Einrichtungen heruntergezogen – eine reife Leistung der Herren in der Robe!

Die DG-Redaktion hofft, daß weitere Personalräte versuchen werden, die Zeitschrift auf Kosten des Arbeitgebers zu abonnieren, auch und gerade weil wir keine „Fachzeitschrift“ sind.

Was aber noch wichtiger ist: Wir hoffen, daß sich möglichst alle Personalräte als Interessenvertretung und nicht als „Vermittlerstelle“ verstehen und entsprechend handeln.



## Schikane im Schwesternwohnheim

# Vorsicht: Kennst Du jemanden mit Gelbsucht

Ich habe mich endlich aufgerafft, um über die Zustände in einem kirchlichen Krankenhaus mit angegliedertem Wohnheim zu sprechen.

Als ich, Lernschwester Gabi\* mit meiner Kollegin Beate\* dort anfang, schien zuerst alles rosig. Auch mit der Aufsicht des Wohnheims verstand ich mich ganz gut. Sie hatte nichts dagegen, daß mein Freund bis 10 Uhr abends mit aufs Zimmer kam.

Doch schon bald gab es Reibereien mit der Aufsicht, weil meine Kollegin ihr Zimmer nicht abschloß, wenn sie Freunde im Wohnheim nebenan besuchte und sich auch nicht abmeldete, wenn sie nach Hause fuhr. Nun mußte sie sich immer schriftlich bei der Aufsicht abmelden, da sie noch nicht volljährig war.

Die Aufsicht unterhielt sich auch mit den Eltern von Beate und betonte in diesem Gespräch unter anderem, daß Herrenbesuch in diesem Wohnheim nur im Aufenthaltsraum gestattet war. Das mit dem Herrenbesuch ging ja noch, obwohl sie mir vorher etwas anderes gesagt hatte. Aber als ich sagte, daß meine Schwester und mein Schwager mich gern besuchen würden und daß ich ihnen mein Zimmer zeigen möchte, wurde dies nicht erlaubt. Auch Brüder und nähere Verwandten dürften nicht auf die Zimmer der Mädchen, da sich ja sonst ein Freund einer Wohnheimbewohnerin als ihr Bruder ausgeben könnte. Ich verstand das alles nicht mehr. Zuerst bot sie mir an, meinen Freund bis 10 Uhr abends mit auf's Zimmer zu nehmen und jetzt hatte sie sogar was gegen die Verwandtschaft! Aber ich schluckte auch das, um keinen Ärger zu haben.

Zwischen der Aufsicht und Beate gab es immer mehr Auseinandersetzungen. Beate besuchte einen hepatitiskranken Patienten auf der Station, den sie gut aus ihrem Freundeskreis her kannte. Als sie dort einmal „erwischt“ wurde, stellte die Aufsicht sie zur Rede. Sie verbot ihr den Umgang mit dem Patienten, der infolge von Rauschgift eine Gelbsucht bekommen hatte. Hinterher meinte sie noch abschätzig, wenn Beate so jemanden gut kenne, wäre sie nicht weit davon entfernt, auch so etwas zu tun. Ohnehin wäre es sehr fraglich, ob Beate in diesem Krankenhaus bleiben könne.

Ich hatte zum Glück nicht so viel Ärger. Aber das sollte sich bald ändern. Beate bekam immer mehr Schwierigkeiten. Sie wurde von der Aufsicht dauernd zur Rede gestellt, wo sie gestern und heute abend gewesen sei und wo sie morgen abend sein würde. Ihre Antworten wurden ihr nicht mehr abgenommen. Zwei Tage später wurde sie entlassen.

Als ich das erfuhr, war ich sehr betroffen. Es hieß, sie sei morgens vollgepumpt mit Rauschgift oder Alkohol zum Dienst gekommen und anschließend hinausgeworfen worden. Aber das waren alles nur Gerüchte. Beate war gar nicht mehr gekommen.

Am Tag darauf hatte ich Frühdienst. Als ich diesen beendet hatte und in mein Zimmer kam, waren meine Bilder von der Wand gerissen. Das Zimmer war vorher von mir abgeschlossen worden. Anschließend bekam ich eine Moralpredigt von der Aufsicht im Wohnheim, da ich die Bilder nicht ordnungsgemäß aufgehängt hatte.

Die Sache mit Beate nahm mich so mit, daß ich mich tagelang darüber aufregte. Ich konnte sie gut leiden und sie war mir ans Herz gewachsen.

Es hieß, sie habe des öfteren getrampt und die Aufsicht des Wohnheims habe sie dabei erwischt. Außerdem wollte die Aufsicht ihr nicht glauben, daß sie fast jeden Tag nach Hause fuhr. Aber ich konnte Beate gut verstehen. Bei dem ständigen Ärger hätte ich auch lieber zu Hause übernachtet.

Einige Tage später wollte mich die Aufsicht über Beate aushorchen. Sie fragte, ob wir schon mal in eine Diskothek gegangen seien. Sie wollte noch wissen, wer wen mitgenommen hat und ich sagte dann, sie solle sich nicht aufregen, das sei eine ganz normale Kneipe, wie jede andere auch. Ich müsse doch wissen, daß dort gehascht würde. Ich antwortete, daß das ja wohl an jedem selbst läge, ob er das Zeug nehme oder nicht. Nun wollte sie wissen, wann und wie ich den Patienten mit der Gelbsucht kennengelernt hätte. Angeblich habe Beate ihr etwas erzählt. Sie wollte uns aber nur auseinanderbringen. Es wurde noch behauptet, daß Beate im Wohnheim gestohlen und gehascht hätte. Ich konnte mir

das nicht vorstellen, denn ich kannte Beates Einstellung zu dem Zeug. Dies sagte ich auch, aber es half nichts. Beate war vor die Alternative gestellt worden, entweder ihren Freundeskreis und die Diskothek aufzugeben oder ihre Arbeit. Beate hatte sich für ihre Freunde entschieden. Ich würde meine Freunde auch nicht aufgeben, ich würde versuchen zu helfen. Denn jeder kann mit den Rauschgiftproblemen anderer konfrontiert werden. Auch dies entgegnete ich der Aufsicht.

Einige Tage später wurde ich zum Verwaltungsdirektor gerufen und bekam die Kündigung vorgelegt – ohne Begründung, da ich ja in der Probezeit war.

(Name der Redaktion bekannt)

\* Namen geändert

**forum**  
FÜR MEDIZIN UND GESUNDHEITSPOLITIK

NEU ERSCHEINEN:  
Sondernummer 15  
Band 1 der Dokumentation des Gesundheitstages 80  
Preis: 12,50 DM

**MEDIZIN UND  
NATIONAL-  
SOZIALISMUS**

**Tabuisierte Vergangenheit-  
Ungebrochene Tradition?**



IN VORBEREITUNG:  
Nummer 16:  
Frauen und Gesundheitswesen erscheint im Jan./Feb. 81

Abonnement-Preis: 30 DM/Jahr Förderabonnement: 60 DM/Jahr

Konto: PSchA Frankfurt/M. – Nr. 77360-904  
Forum der Medizin und Gesundheitspolitik  
Grunerstraße 2 (Mehringhof) 1000 Berlin 61



## Krankengymnastik

# „Leerstellen pflegen, bringt Geld und Segen“

## Verwaltungsweisheit an den Universitätskliniken Düsseldorf

Daß ein Mangel an Pflegekräften an bundesdeutschen Krankenhäusern herrscht, ist allgemein bekannt. Welche Auswirkungen dies auf die Patienten hat, verspürt jeder am eigenen Leib, der einmal im Krankenhaus gelegen hat: fehlende Zuwendung von Seiten eines abgehetzten Pflegepersonals, kaum „persönliche“ Gespräche mit den Ärzten. Wurde fehlende „Humanität“ bis vor kurzem noch von Politikern, Ärzten und Krankenhausträgern als „psychologisches Problem“, weil mangelnde „innere“ Bereitschaft verkauft, so wird dies neuerdings sogar von diesen als Folge des Personalmangels gesehen. Selbst die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen beschäftigte sich im November 80 in ihrer Sitzung mit dem Problem „Humanität im Krankenhaus“. Die Situation an den Unikliniken Düsseldorf soll hier als Beispiel für die Auswirkungen des Personalmangels auf die einzelnen Gruppen Krankenhaus beschrieben werden.

Die Uniklinik hatte 1977 noch 1729 Betten. Bis 1985 sollte die Bettenzahl nach den Plänen von NRW-Gesundheitsminister Farthmann um 28 verringert werden. Mittlerweile hat sich dieses „Problem“ schon längst erübrigt. Zur Zeit fehlen an der Klinik ca. 160 examinierte Pflegekräfte, d. h. jede 8. Stelle ist unbesetzt. Dies hat zu zahlreichen Stationsschließungen geführt:

- a) in der Chirurgie wurde eine Station mit 29 Betten geschlossen, auf zwei weiteren Stationen wurden je 10 Betten stillgelegt;
- b) in der Inneren Medizin wurden drei Stationen auf eine Bettenzahl von je 20 verkleinert, was etwa der Streichung einer ganzen Station entspricht;
- c) in der Orthopädie wurde die Frauenstation geschlossen; nur auf Eigeninitiative des Pflegepersonals konnte sie zwischenzeitlich wieder belegt werden;
- d) der Frauenklinik wurde ebenfalls eine komplette Station dicht gemacht;
- e) Mitte Dezember wurde eine Station in der Kinderklinik mit 20 Betten vorläufig(?) stillgelegt, weil die einzige examinierte Schwester soviel Überstunden geleistet hatte, die jetzt mit 21 Urlaubstagen abgegolten werden mußten.

Das hat natürlich schwerwiegende Auswirkungen auf die einzelnen Gruppen in der Klinik:

– für die **Pflegeschüler/innen** ergibt sich eine Verschlechterung der Ausbildung, da sie wegen des Personalmangels für examinierte Pflegekräfte einspringen müssen und nicht mehr fachgerecht angeleitet werden können. Immer häufiger ersetzen die Auszubildenden und Studenten Nachtdienst. Nur eine examinierte Schwester hat

Hauptwache, d.h. ist im Haus für 5 Stationen zuständig.

– Für **Schwester und Pfleger** ergibt sich ein hohes Maß an Überstunden und zusätzlichen Wochenenddiensten, die kaum durch Freizeit ausgeglichen werden können.

– Für die **Patienten** verlängern sich die Wartezeiten für eine Gefäßoperation. In der Zwischenzeit erübrigt sich diese komplizierte langdauernde OP oftmals, weil das betroffene Glied bereits in Verwesung übergegangen ist. In diesem Fall reicht eine einfache und auch viel kürzer dauernde Amputation aus.

– Für die **Medizinstudenten** stehen immer weniger Patienten für die praktische Ausbildung am Krankenhaus zur Verfügung. Diese sogenannte bed-side-teaching wird durch Videoauführungen und Übungen an Phantomen ersetzt. Zu Beginn des Wintersemesters 1980 sah sich ein chirurgischer Patient plötzlich von 50 praxisheischenden Studenten umgeben.

## Hand In Hand mit besserer Personalausstattung der Bettenabbau

Es sieht ganz so aus, als ob die beschriebenen kaum zu verantwortenden Zustände noch von langer Dauer sein werden, ginge es nach den Plänen von Gesundheitsminister Farthmann. In einem Interview mit der Rheinischen Post vom 28. 11. 1980 bezeichnete er „die Klagen über die unzureichende Personalausstattung als zum Teil durchaus berechtigt“. Doch geht es ihm nicht um eine Behebung des Personalmangels durch Besetzung der freien Planstellen oder Anerkennen der Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1974. Vielmehr will er die Personalfrage mit einem massiven Bettenabbau und einer Intensivierung der Arbeit verknüpfen: „Wenn wir die Verweildauer nur um einen Tag senken, dann können





und müssen wir 10.000 der gegenwärtig knapp 140.000 Betten in den 500 Krankenhäusern des Landes mittelfristig beseitigen. Die Belastung des Personals, vor allem durch Nacht- und Schichtarbeit sei an einigen Stellen nicht zu leugnen. Mehr Personal bedeute aber wiederum höhere feste Kosten der Häuser. Hand in Hand mit einer notwendigen besseren Personalausstattung müsse daher der Bettenabbau gehen."

## Am Arbeitsamt 54 Pflegekräfte arbeitslos gemeldet

Auf der selben Linie fährt auch die Verwaltung der Unikliniken, die seit April 1980 angeblich 92.000 DM für Stellenanzeigen in regionalen und überregionalen Zeitungen ausgegeben haben will. Doch trotz intensivster Suche konnten derartige Massen von Anzeigen nicht gefunden werden. Dies erscheint insbesondere merkwürdig, da doch allein am Arbeitsamt Düsseldorf 54 Krankenschwestern und Pfleger gemeldet sind. Diese Zahl umfaßt allein die Vollkräfte, dazu kommen noch zahlreiche stellensuchende Teilzeitkräfte. Greifen Klinikpersonal und sogar Klinikchefs zur Selbsthilfe und geben Stellenanzeigen auf, wird dies von der Verwaltung untersagt, wie es z.B. dem Personal einer inneren Station passiert ist. Setzte der Chef der Dialyseabteilung sich einmal durch, so meldeten sich auf seine Anzeige – oh Wunder! – 5 arbeitssuchende Krankenschwestern.

Unternimmt die Verwaltung kaum sichtbare Anstrengungen, um neues Personal zu werben, so ruhen deren Aktivitäten vollends, wenn es darum geht, die Rahmenbedingungen für ein besseres Arbeiten zu schaffen:

- es fehlen Krabbelstuben- als auch Kindergartenplätze, so daß Mütter keine Chancen haben, an den Unikliniken zu arbeiten.
- die Qualität der Schwesternwohnheime ist schlecht; so können bei der allgemeinen Wohnungsnot und den extrem hohen Mieten in Düsseldorf kaum von auswärts kommende Pflegekräfte angeworben werden.
- es fehlt eine von allen Kliniken gut zu erreichende Cafeteria, damit die 1/2 Std. Pause überhaupt einen Sinn hat. Sogar Pausenräume sind nicht auffindbar.
- es wird keine Fort- und Weiterbildung während der Arbeitszeit für Pflegekräfte gewährleistet.
- es fehlen ausreichende Parkplätze; es ist unzumutbar, wenn die Mitarbeiter vor Arbeitsantritt noch stundenlang Parkplätze suchen müssen.

Es ist somit kein Wunder, daß die Personalfuktuuation besonders groß ist und laufende Kündigungen die Situation verschärfen.

## Aktionen des Klinikpersonals

Unwidrsprochen werden diese miserablen Zustände vom Klinikpersonal und Medizinstudenten doch nicht hingenommen.

Am 25. 9. 1980 haben die Assistenzärzte der Chirurgie den Rektor gebeten, sie von der Lehrverpflichtung für die chirurgischen Kurse der Studenten zu befreien. Dieses Ansinnen wurde vom Rektor mit dem Hinweis auf die Dienstvorschriften kategorisch abgelehnt.

Gleichzeitig wurde das Klinikpersonal daran erinnert, sich nicht mehr öffentlich zu Klinikproblemen zu äußern, da in jedem Ar-

eine „alternative“ ötv-Liste zu den im Frühsommer stattfindenden Personalratswahlen kandidieren wird.

Die konkreteste Eigeninitiative zeigten Schwestern und Pfleger, die mit ihrer Ausbildung gerade fertig waren. Sie erreichten bei der Verwaltung ihre Übernahme. Weiteres Pflegepersonal wurde von ihnen gewonnen, um die Frauenstation der Orthopädie wieder zu eröffnen. Sicherlich zur Freude der Verwaltung renovierten sie zu guterletzt vor der Wiedereröffnung die gesamte Station. Dennoch wurden ihnen Gelder für wichtige Geräte wie z.B. Rollstühle verweigert.



beitsvertrag eine besondere Treuepflicht gegenüber dem Arbeitgeber festgehalten ist, diese Erklärung habe schließlich jeder bei Arbeitsbeginn unterschrieben.

Die ÖTV-Vertrauensleute haben die Klinikbeschäftigten aufgefordert, Überstunden nur dann zu verrichten, wenn sie angeordnet sind, außerdem geleistete Überstunden in Freizeit abzufeiern bzw. sich vergüten zu lassen. Weiterhin sollen Überstunden registriert werden, damit der Verwaltung die Unterbesetzung und Überbelastung dokumentiert werden kann. Auf alle Fälle sollen keine Arbeiten durchgeführt werden, die nicht zum Arbeitsbereich der Pflegekräfte gehören, z.B. i.v.-Injektionen und Anlegen von Infusionen.

## Gemeinsame Aktion von Klinikpersonal und Studenten.

Am 10. 12. 1980 fand eine Podiumsdiskussion zur Personalsituation des Klinikpersonals und der Medizinstudenten statt, an der ca. 150 Schwestern und Studenten teilnahmen. Es kamen kurzfristige Absagen von Klinikverwaltung und Klinikdirektoren und sogar vom Personalrat man höre und staune. Erschien dies den meisten zunächst als Nachteil, so ergab die darauf folgende Diskussion endlich einmal Gelegenheit, dem allgemeinen Unmut „Luft“ zu machen und anschließend die „Probleme“ zu benennen, auf die es ankommt. So wird die vom Personalrat und ÖTV-Vertrauensleuten geplante Versammlung im Januar auch darüber zu befinden haben, ob nicht

## Aktive Medizinstudenten

Weitere Aktionen kamen von Seiten des Fachschaftsrates Medizin und vieler Medizinstudenten. Auf mehreren Stadtaktionen wurden die Bürger über die Lage an den Unikliniken aufgeklärt. Sie taten dies nicht nur mit Verteilen von Flugblättern und Gesprächen, sondern veranschaulichten die Probleme auch durch die Aufführung von Sketchen. Durch Blutdruckmessungen wurden weitere Bürger angesprochen. 1.264 Solidaritätsunterschriften konnten so in kürzester Zeit gewonnen werden.

Ergänzt wurden diese Aktionen durch eine gezielte Presse- und Öffentlichkeitsarbeit (selbst das Fernsehen berichtete darüber), eine Demonstration mit 400 Studenten zum Wissenschaftsministerium und anschließendem Go-In, durch eine Podiumsdiskussion mit Fakultätsmitgliedern und Vertretern des Wissenschaftsministeriums, sowie durch die gemeinsame Veranstaltung mit dem Klinikpersonal am 10. 12. 1980.

Klingen diese Aktionen auch Vielversprechend, so herrscht doch eher die Haltung vor „lieber zu kündigen, wenn die Situation für den jeweils Betroffenen untragbar geworden ist, als sich zusammen mit anderen für eine Verbesserung der Arbeitsverhältnisse einzusetzen. Sollte doch für die Beschäftigten das Motto lauten: „Sich regen, bringt Segen“

**Name des Verfassers ist der Redaktion bekannt.**



# Das Wasser ist das Beste (?)

Pindar, 518-446 v.Chr.

## Teil 2

Von Uwe Schmitz

### PHOSPHATFABRIK RHEIN?

„dpa 12. 12. 80 Bei Karlsruhe sind seit Mittwoch vergangener Woche die beiden ersten Ausbaustufen der PhosAG-Fabrik zur Gewinnung von Reyclin Phosphat aus dem Rhein in Betrieb genommen worden. Das Phosphat aus dem Rhein, so der Pressesprecher der Phos AG, erreiche einen Reinheitsgrad erster Güte und sei Import-Phosphat ebenbürtig. Die gegenwärtigen Produktionskosten beliefen sich auf ca. DM 3,- pro kg Phosphor. Dieser noch leicht über dem Weltmarktniveau liegende Preis sei insofern wirtschaftlich tragbar und akzeptabel, da durch die Phosphorgewinnung gleichzeitig eine bedeutsame Reinigung unserer Gewässer erreicht werden könnte ...“

Diese – noch – fiktive Agenturmeldung könnte jedoch bald Wirklichkeit werden. Gegenwärtig laufen bereits Versuchsanlagen, die die Teil-Reinigung unserer Ab-

wässer zu einem lohnenden Geschäft machen sollen. Phosphat ist nicht im eigentlichen Sinne ein industrieller Schmutzstoff, sondern ent-

stammt zum größten Teil aus den Abwässern der Gemeinden. Jeder Bürger beteiligt sich mit 5 Gramm phosphathaltigem Abfall pro Tag fleißig daran, den Gehalt unserer Abwässer auf Konzentrationen von durchschnittlich 15 mg Phosphor pro Liter Abwasser zu bringen, durch Omo, Spül- und regelmäßigen Stuhlgang ist uns dies ein leichtes. Durchschnittlich stammen 40 % der Phosphateinträge aus Wasch- und Reinigungsmitteln, 27 % aus den menschlichen Ausscheidungen, 17 % aus dem landwirtschaftlichen Bereich, 13 % aus dem industriellen Sektor und ca. 3 % aus sonstigen Quellen.

Phosphor stellt nun das Element dar, das in den meisten Fällen den begrenzenden Faktor für die sogenannte Eutrophierung der Oberflächengewässer darstellt. Unter Eutrophierung versteht man die Intensivierung der pflanzlichen Produktion und des Pflanzenwachstums. Zu hohe P-Konzentrationen führen dann zu „Wasserblüten“, Eutrophierung „Hypertrophierung“ oder „Verkrautung“ des Gewässers. Solch überschießendes Pflanzenwachstum hat (u.a.) starke Schwankungen des Sauerstoffgehaltes zur Folge, die gesamte Wasserökologie gerät ins Wanken. Tagsüber geben die Wasserpflanzen unter der Einwirkung des Sonnenlichts beim Assimilationsvorgang Sauerstoff ab, wodurch vermehrt Fische in die dicht bewachsenen Gewässerabschnitte gelockt werden. Während der Nacht jedoch benötigen die Pflanzen zur Aufrechterhaltung ihrer Lebensvorgänge den Sauerstoff unter gleichzeitiger Abgabe von Kohlendioxid. Fische, die nicht rechtzeitig vor der Nacht das verkrautete Gebiet verlassen, ersticken so, Fischsterben ist die Folge.

Besonders gefährdet sind stehende oder nur langsam fließende Gewässer, da sich in ihren tieferen Schichten ein Sauerstoffmangel bildet, der Fäulnisprozesse hervorruft, in deren Folge Abbauprodukte wie Schwefelwasserstoff oder Ammoniak entstehen. Diese sind toxisch und stellen eine starke Geruchsbelästigung dar. Bei einem totalen Sauerstoffverlust schließlich spricht man von „Umkippen“ des Gewässers. Besonders problematisch wird dies bei Gewässern, die der Trinkwasserversorgung dienen. (z. B. Bodensee)

Die angeführten Gefahren machen es dringend notwendig, die in die Oberwässer eingeleiteten Mengen an Phosphat drastisch zu reduzieren, wobei es naheliegend ist, zunächst einmal den Bärenanteil, nämlich die Zufuhr durch die Phosphatzusätze in Wasch- und Reinigungsmitteln, zu kapfen.

Die den Waschmitteln zugesetzten Phosphate haben im wesentlichen drei Funktionen:

1. Sie enthärten das Wasser
2. Sie lösen – neben anderen Substanzen – die Schmutzartikel von den Textilien und verhindern
3. daß sich der gelöste Schmutz wieder auf den Textilfasern festsetzt.



Für die wichtigste Funktion des Phosphats, die Enthärtung des Wassers, ist es inzwischen gelungen, einen Ersatzstoff, das „Zeolith A“, zu finden. Zeolith A ist ein Natrium-Aluminium-Silikat, gilt als umweltfreundlich, da unlöslich, wirkt als Ionenaustauscher und erlaubt einen Waschvorgang ohne Einbußen der Waschqualität.

Warum also waschen wir dann nicht mit einem Bruchteil des seither in den Waschmitteln vorhandenen Phosphats, wo doch Ersatzmittel zur Verfügung stehen und es aus ökologischer Sicht dringendst erforderlich ist, der Überdüngung der Gewässer mit Phosphaten Einhalt zu gebieten? Warum verfügt das Bundesministerium des Innern nicht eine sofortige und drastische Reduzierung des Phosphats in den Waschmitteln? Und: Wer ist letzten Endes der Verursacher der Eutrophierung der Gewässer? In den offiziellen Statistiken heißt es schlicht, nur 13 % des Phosphat-eintrages entstammten dem industriellen Sektor, der Löwenanteil aus den häuslichen Abwässern. Ist die Schuld also ausschließlich bei den von Clementine verhexten, rein-waschanfatischen Hausfrauen zu suchen? Oder sitzen nicht die wahren Schuldigen dort, wo Clementine geboren wurde um sie auf die Menschheit loszulassen?

Zur Vorgeschichte: Ende 1978 legte das Bundesministerium des Innern den Entwurf einer Rechtsverordnung, die sogenannte „Phosphathöchstmengeverordnung“, vor. Diese sah vor, in zwei Stufen, 1980 und 1983, den Phosphatgehalt der auf dem Markt befindlichen Waschmittel um bis zu 50 % zu senken. In Übereinstimmung mit der produzierenden Industrie wurde der Entwurf damit begründet, daß in Vollwaschmitteln eine Reduktion bis 50 %, in 60-Grad-Waschmitteln eine Reduktion von nur einem Drittel möglich sei, solle nicht die Waschqualität leiden. Diese Verringerungen seien nur möglich bei einem entsprechenden Ersatz durch Zeolith A.

Nun waren aber nach Veröffentlichungen der Zeitschrift „test“ zufolge bereits 1978 gute 60-Grad-Waschmittel auf dem Markt, die die im Referentenentwurf für 1983 vorgesehenen Höchstgrenzen bei Phosphatersatz durch Zeolith A weit unterschritten. Wie gesagt: Unterschritten ohne Phosphatersatz!

Wozu also eine weitere unnütze und sinnlose Belastung und Gefährdung unserer Gewässer, wenn offensichtlich ohnehin zuviel Phosphat in vielen Waschmitteln enthalten ist, das sozusagen ersatzlos gestrichen werden kann. Zusätzlich könnte sofort eine weitere drastische Senkung des Phosphats durch P-Ersatzstoffe vorgenommen werden.

Zurück zur Überschrift „Phosphatfabrik Rhein?“ – ist es wirklich so schlimm und was muß getan werden, um die Situation zu verbessern? In der Bundesrepublik ge-

langen jährlich über 1 000 000 Tonnen Phosphor in die Gewässer. Nach 1950 war es nach Einführung der polyphosphathaltigen Waschmittel im Bodensee zu einem extremen Anstieg der Phosphorwerte gekommen, erst in den siebziger Jahren war eine Stabilisierung und Teilverbesserung der Situation durch den Kläranlagenausbau erreicht worden. Doch nicht nur Seen sind durch die Eutrophierung betroffen, auch in fließenden Gewässern verursachen die hohen Phosphatwerte Verkräutungen durch festsetzende Pflanzen, die zu Abflußbehinderungen und schwerwiegenden Problemen bei der Entnahme des Wassers als Brauchwasser führen. Die Eutrophierung muß als großräumiges Problem begriffen werden, da auch die großen Flüsse durch Staustufen zu besonders gefährdeten Gewässern werden; und gerade die Flüsse verfügen vor allem in den Ballungszentren über große Einzugsgebiete. Erschwerend kommt hinzu, daß die Eutrophierungsprozesse bereits bei sehr niedrigen Phosphatkonzentrationen beginnen; eine Werte-Kosmetik in den oberen Konzentrationsbereichen bringt nur minimale Verbesserungen. Es ist also unbedingt erforderlich, in die unteren Konzentrationsbereiche zu gelangen. Davon kann gegenwärtig noch nicht die Rede sein – im Gegenteil: Die Sache mit dem raren Rohstoff Phosphor als Recycling-Produkt aus unseren Gewässern ist kein Witz, sondern eine traurige Realität. Wenn die Waschmittelhersteller richtig rechnen, dann bauen sie ihre Klär- und Wiedergewinnungsanlagen selbst. Nach dem sie ihr Phosphat als Waschmittel verkauft haben, sammeln sie es aus den Flüssen wieder auf, um es wieder als Waschmittel unter das Volk zu bringen...

Möge es nicht soweit kommen. Denn Modellrechnungen haben gezeigt, daß die Eutrophierung der Oberflächengewässer nur gestoppt werden kann, wenn das Phosphat in den Waschmitteln völlig ersetzt werden kann. Zusätzlich ist der forcierte Ausbau dreistufiger Klärprozesse mit Phosphatfällung erforderlich; derzeit sind lediglich ca. 1 00 derartige Anlagen in Betrieb. Und allen beschönigenden BASF-Anzeigen zum Trotz muß auch einem zunehmenden Einsatz von Kunstdünger entgegengewirkt werden. In der Studie des Council on Environmental Quality und des US-Außenministerium „The Global 2000 Report to the President“ wird dies ebenso eingeschätzt:

„Man kann mit einer weitreichenden Wasserverschmutzung durch den Abfluß von Düngemitteln vor allem in entwickelten, dicht bevölkerten Gebieten, rechnen, wenn die weltweite Verwendung von Düngemitteln von 55 Kg/ha auf 145 kg/ha ansteigt.“ Bis zum Jahre 2000 wird sogar mit einem Anstieg bis zu 3–4000 Kg/ha gerechnet. „Bei solchen Mengen wird es zumindest schwierig sein, ein Ansteigen der Stickstoffverschmutzung der Wasservorräte und eine Eutrophierung der Gewässer zu vermeiden.“

Fortsetzung in DG 2/81



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  
Herbst 1980, 400 S., 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. Fährdrich, P. Kruckenberg, W. Pontzen:

### Planungsgrundlagen für eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung Charlottenburgs

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

P. Bastiaan, H. Schädle 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., 8,- DM

N. Pörksen (Hrsg.):

### Therapie – Hilfe, Ersatz, Macht?

Protokolle der DGSP-Jahrestagung 1979 in Freiburg (Bd. 30) Herbst 1980, 130 S., 9,- DM

Die Zeitschrift

### „Sozialpsychiatrische Informationen“

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

**Psychiatrie-Verlag**  
**Mühlentorstr. 28**  
**3056 Rehburg-Loccum 1**



# Humanisierungsprogramm unter Beschuß

Von Klaus Priester

Die Gefahr der Reglementierung durch staatliche Instanzen der Forschungsförderung, ja sogar den Versuch, in die Betriebe „hineinregieren“ zu wollen, sehen Unternehmerverbände und CDU/CSU vom Aktionsprogramm der Bundesregierung „Forschung zur Humanisierung des Arbeitslebens“ (HdA-Programm) ausgehen. Dagegen äußern Gewerkschaften, Betriebsräte und an der Programmdurchführung beteiligte Wissenschaftler den Verdacht, im Rahmen des HdA-Programms würde mit Steuermitteln Rationalisierungsforschung betrieben. Was sind die Hintergründe für diese neuerlichen Auseinandersetzungen um das HdA-Programm? (1)

## Eine Milliarde DM bis 1983 – wofür?

Zwischen 1974 und 1980 hat die Bundesregierung etwa 450 Mio. DM für das HdA-Programm ausgegeben; für die Jahre 1981 bis 1983 sind dann nochmals 500 Mio. DM eingeplant. Zehn Jahre Humanisierungsforschung, die dann fast eine Milliarde DM gekostet haben wird: welche Ziele wurden verfolgt, welche Ergebnisse lassen sich bisher absehen?

Zum Zeitpunkt seiner Erarbeitung und Veröffentlichung 1974 stand das HdA-Programm ganz im Zeichen der Sammlung und Auswertung von Erkenntnissen, die sich im Sinne ihrer Anwendung als „gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse“, wie sie u.a. das Betriebsverfassungsgesetz von 1972 vorschreibt (§§ 90 und 91), verwerten lassen. Hierzu sollten Prototypen menschengerecht gestalteter Arbeitsplätze (Musterarbeitsplätze) modelliert und in Betrieben installiert, Prototypen technischer Hilfen im Arbeitsprozeß (z.B. Industrieroboter) konstruiert, beispielhaft verbesserte Maschinen und Arbeitsmittel entwickelt sowie Möglichkeiten neuer Arbeitsstrukturen, also alternative Modelle der Arbeitsorganisation (z.B. durch Schaffung flexiblerer Fertigungssysteme in der Produktion), erprobt werden.

Betriebliche Großprojekte, die mit zum Teil zweistelligen Millionenbeträgen vom Bundesforschungsministerium gefördert wurden, standen dabei jahrelang im Brennpunkt des öffentlichen Interesses, aber auch zunehmender Kritik von Seiten der Gewerkschaften und betroffener Beschäftigter.

Ursache hierfür war hauptsächlich, daß sich im Verlauf der Forschungsarbeiten zunehmend herausstellte, daß zahlreiche Projekte ganz offensichtlich darauf angelegt waren, die betriebliche Produktions- und Personalflexibilität zu erhöhen, also im Endeffekt durch das Ausschalten unproduktiver Maschinenstillstands- und sonstiger arbeitsablauf- oder personalbedingter Leerlaufzeiten im Produktionsprozeß Kosten einzusparen und die vorhandenen Arbeitskräfte „produktiver“ zu nutzen. Daß dabei nur allzuoft Arbeitsplätze „überflüssig“ wurden (und folglich wegfielen), war abzusehen, lag allerdings häufig – bewußt oder unbewußt – außerhalb des Blickfeldes und der Überlegungen der beteiligten Forscher. Sicherlich konnten einige dieser Projekte dazu beitragen, starre taktgebundene und Fließbandarbeit aufzulockern, den Beschäftigten mehr Spielräume bei der Arbeit zu schaffen, stark gesundheitsbelastende und -gefährdende Tätigkeiten zu mechanisieren oder automatisieren (z.B. durch den Einsatz von Industrierobotern) oder auch Arbeitsqualifikationen von Beschäftigten zu erhöhen – allerdings geschah dies häufig auf Kosten von Arbeitsplätzen.

Insofern erscheint die gewerkschaftliche Kritik durchaus berechtigt, die davon spricht, daß in derartigen Forschungsprojekten „glasklare Rationalisierung“ betrieben würde, die vorrangig nicht zum Ziel haben, die Arbeitsbedingungen, wohl aber die Gewinnssituation und Marktstellung von Großbetrieben zu verbessern, indem die Anwendung neuer Technologien finanziell gefördert wird. Als nur ein Beispiel hierfür mag die Einschätzung der Ergebnisse des bislang teuersten Einzelprojekts im Rah-

men des HdA-Programms dienen, das im Volkswagenwerk Salzgitter lief: „Von Anfang an hat die Werkleitung unter dem Etikett ‚Humanisierung‘ das Ziel verfolgt, eine Montagemöglichkeit für einen 6-Zylinder-Dieselmotor zu schaffen. Heute wird dieser Motor auf den mit Steuergeldern installierten Anlagen produziert. Von den Humanisierungserkenntnissen der Wissenschaftler blieb dabei nicht viel übrig.“ (2) Viele derartige Beispiele ließen sich aufzählen, allerdings auch wenige andere, die zeigen, daß Arbeitsbedingungen tatsächlich verbessert und Belastungen abgebaut werden können, wenn auch die für die betroffenen Beschäftigten günstigen Forschungsergebnisse in die Praxis umgesetzt werden. Dies ist allerdings bisher nur in den seltensten Fällen üblich gewesen. Ursache hierfür ist die häufig nur formale, aber nicht inhaltlich-gestaltende Beteiligung von Betriebsräten an durchgeführten Projekten. Um diesen Mängeln abzuweichen und die Position der Betriebsräte zu stärken, wurde beim Vorstand der IG Metall eine Arbeitsgruppe gebildet, die die Aufgabe hat, Betriebsräte und Vertrauensleute bei der Planung, Durchführung und Auswertung von HdA-Projekten zu beraten. Ob hierdurch allerdings zukünftig der Mißbrauch von HdA-Geldern zu Rationalisierungszwecken durch Unternehmen verhindert werden kann, ist fraglich.

## Sozialwissenschaftliche Begleitforschung – ein Feigenblatt?

Die Möglichkeit nämlich, sich als Unternehmen technologische und arbeitsorganisatorische Rationalisierungsmaßnahmen subventionieren zu lassen, ist im HdA-Programm selbst bereits angelegt. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung im HdA-Programm allenfalls Feigenblattfunktion zukommt und bisher nur geringe Anteile der Finanzmittel auf sie entfallen. Hinzu kommt, daß die Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Begleitforschung zu Großprojekten bei der betrieblichen Anwendung und Umsetzung in der Regel zu kurz kommen oder völlig ignoriert werden, während die Ergebnisse der auf die optimale Ausnutzung der Arbeitskraft





und das Freilegen von Produktivitätsreserven ausgerichteten arbeits- und ingenieurwissenschaftlichen Forschung fast immer in der betrieblichen Praxis genutzt werden. „Alles, was der Wirtschaftlichkeit dient, wird umgesetzt. Die Arbeitsbedingungen werden nur dann verbessert, wenn es Profit bringt“, heißt es dazu in einer gewerkschaftlichen Einschätzung. (3)

Trotz des niedrigen Stellenwertes und der bisher noch äußerst geringen praktischen Wirksamkeit sozialwissenschaftlicher Forschungen im Rahmen des HdA-Programms wird gerade sie aber in jüngster Zeit verstärkt zur Zielscheibe von Angriffen aus dem Unternehmerlager und der parlamentarischen Opposition aus CDU und CSU. Letztere hatten unter Federführung der Abgeordneten Gerstein, Müller (Remscheid), Lenzer, Dr. George und Dr. Probst am 18. Januar 1980 eine Große Anfrage zum Thema „Menschengerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen“ eingebracht, die die Bundesregierung Ende März 1980 beantwortete. (4) Der offenkundige Sinn der Anfrage war, die bisher geleistete sozialwissenschaftliche Begleitforschung zu diskreditieren und ihr ideologische Einseitigkeit zu unterstellen. In der Bundestagsdebatte über die Antwort der Bundesregierung auf diese Große Anfrage der CDU/CSU (eine von den Fraktionen der SPD und FDP eingebrachte Große Anfrage zum gleichen Thema, aber anderer Stoßrichtung (5) wurde gleichfalls diskutiert) am 14. Mai 1980 kam dies in den Reden einiger Oppositionsabgeordneter deutlicher zum Ausdruck. So prangerte der Abgeordnete Gerstein einige der an der Programmdurchführung beteiligten Sozialwissenschaftler (namentlich genannt wurden in diesem Zusammenhang Prof. Walter Volpert, TU Berlin/West, Prof. Michael Schumann, das von Prof. Frieder Naschold geleitete Internationale Institut für Vergleichende Gesellschaftsforschung am Wissenschaftszentrum Berlin/West) an, die Humanisierung der Arbeit als Teil einer Strategie anzusehen, „die darauf abhebt, die Grundlagen unserer Wirtschafts-, Sozial- und Gesellschaftsordnung mehr oder weniger radikal zu verändern“. Humanisierung des Arbeitslebens dürfe keine vom Forschungsministerium finanzierte Spielwiese, „kein Vehikel linker Theoretiker für neue Theorien und Ansätze zur Zerstörung unserer Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung sein“ (6). Im Klar-

text bedeutet dies die Forderung nach Kürzung der Finanzmittel für die so angeschwärmten Sozialwissenschaften generell und die stärkere Betonung von traditionell an Unternehmerinteressen ausgerichteter arbeits- und ingenieurwissenschaftlicher Forschung. Die Sprecher der Bundesregierung haben bislang noch, sicherlich auch unter dem Druck der Gewerkschaften, derartige Angriffe auf Teile des HdA-Programms zurückgewiesen. Dennoch bleibt abzuwarten, wie lange die das Programm durchführenden Bundesministerien für Arbeit sowie Forschung und Technologie diesen Kurs auch gegenüber dem FDP-geführten Wirtschaftsministerium durchhalten können und wollen. Gerade von dort nämlich sind in jüngster Zeit Stimmen laut geworden, die insbesondere die Beteiligung von Betriebsräten und betroffenen Arbeitern und Angestellten bei der Durchführung von HdA-Projekten in Betrieben kritisieren.

### Das HdA-Programm am Scheideweg

Gerade hierin, also in der Ausweitung der Mitsprache-, Mitwirkungs- und Mitbestim-

mungsrechte der betrieblichen Vertretungen der Arbeiter und Angestellten, liegt aber ein Hebel zur Durchsetzung tatsächlicher Verbesserungen auf dem Gebiet der Arbeitsbedingungen als mögliche Folge der Humanisierungsforschung. Der DGB hat dies verschiedentlich deutlich gemacht, zuletzt in seiner Stellungnahme zur staatlichen Förderung neuer Technologien und zur Humanisierung des Arbeitslebens. (7) Von der Verwirklichung wirksamer Mitbestimmungsrechte bereits im Stadium der Forschungsplanung und -abwicklung wird auch abhängen, ob das HdA-Programm zukünftig vollständig zum Rationalisierungssubventionsprogramm und Instrument isoliert betrieblicher Technologiepolitik, die die sozialen Auswirkungen neuer Arbeitstechnologien ignoriert, degradiert wird. Dies bedeutet aber auch, daß von seiten der Arbeiter und Angestellten und ihrer Organisationen hier vor allem der Gewerkschaften, neue Maßstäbe für eine übergreifende und an den Interessen der Beschäftigten orientierte Forschungs- und Technologiepolitik entwickelt und durchgesetzt werden müssen. Mit Appellen an Bundesregierung und Forschungsminister allein dürfte dies allerdings nicht zu erreichen sein. ■

## Unfallverhütungsbericht 1980

### Irreführung der Öffentlichkeit.

von Klaus Priester

**Der Bundesarbeitsminister legt seinen jüngsten Unfallverhütungsbericht unter dem irreführenden Titel „Arbeitssicherheit '80“ vor – irreführend aus zwei Gründen: Zum einen enthält er lediglich Unfalldaten aus dem Jahr 1978, zum anderen darf er nicht ernsthaft als Arbeitssicherheitsbericht bezeichnet werden.**

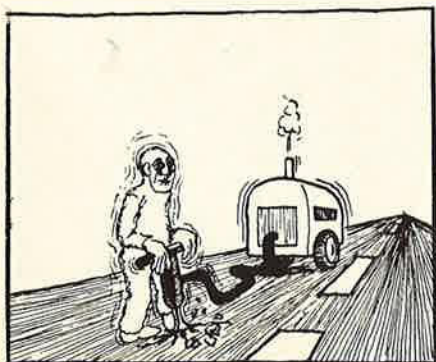
Dem neuen Unfallverhütungsbericht hängen insgesamt immer noch die schon traditionellen Mängel an:

– Er strotzt vor verschleiern-beschönigenden Formeln, die ganz offenkundig der Selbstbeweihräucherung dienen. So wird zum Beispiel das abgelaufene Jahrzehnt von Minister Ehrenberg im Vorwort und in der Einleitung als Jahrzehnt besonders erfolgreicher Arbeitsschutzpolitik bezeichnet. Hiervon kann angesichts von seit drei Jahren unverändert 1,8 Mio. angezeigten Arbeitsunfällen (d.h. mindestens 2,5 Mio., die sich tatsächlich ereignet haben – und einem vor allem auf objektive strukturelle Ursachen zurückzuführenden Rückgang der Unfallanzeigen in den letzten zehn Jahren nicht die Rede sein.

Man darf – mit den Gewerkschaften – zum wiederholten Male fragen, wann endlich das bunte Männchen mit den verletzten Körperteilen, das Jahr für Jahr im Unfallverhütungsbericht als Mittelpunkt einer detaillierten Unfalluntersuchung präsentiert wird, endlich durch handfeste Ergebnisse

einer die betrieblichen und gesellschaftlichen Realitäten exakter widerspiegelnden Unfallursachenforschung ersetzt wird. Schließlich gibt es seit nunmehr einem Jahrzehnt eine Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung, in deren Rahmen derartige Forschungen eigentlich durchzuführen sein müßten.

– Für die Ausweisung der arbeitsbedingten Erkrankungen gelten ähnliche Vorbehalte. Nach wie vor wird dem unbefangenen Leser glauben gemacht, die Palette der arbeitsbedingten Erkrankungen umfasse lediglich die etwa 45 000 angezeigten oder rund 7 000 erstmals entschädigten Berufskrankheiten pro Jahr, die im neuen Unfallverhütungsbericht ausgewiesen werden. Daß es sich hierbei nur um einen Bruchteil aller durch berufliche Tätigkeit verursachten Krankheiten handelt, wird geflissentlich übersehen. Stattdessen werden leichte Anzeigerückgänge in einigen Bereichen der anerkannten Berufskrankheiten als Beweis für eine wirksame präventive Arbeitsschutzpolitik herausgestellt, ohne gleichzeitig entsprechende betriebliche und gewerkschaftliche Erfahrungen zu berücksichtigen, die besagen, daß z.B. bei der ärztlichen Begutachtung angezeigter Berufskrankheiten heutzutage viel härtere Maßstäbe angelegt werden, als dies noch vor einigen Jahren der Fall war, Entschädigungen also nur noch in schwereren Fällen gewährt werden (siehe „Die Quelle“ 5/1980, S. 284).





– Auch der neue Unfallverhütungsbericht spart wieder völlig das Problem der *Frühinvalidität* aus, das nach wie vor als Arbeitsbereich der Rentenversicherungsträger angesehen wird. Angesichts der seit Jahren steigenden Invaliditätsraten – immer weniger Versicherte erreichen die gesetzliche Altersgrenze auch nach offiziellen Maßstäben gesundheitlich unversehrt – hätte ein Arbeitssicherheitsbericht auch über die Ursachen des Frühverschleißes im Arbeitsleben Auskunft zu geben.

– Schließlich offenbart der vorliegende Unfallverhütungsbericht einmal mehr die notorische personelle Unterbesetzung und Unwirksamkeit der staatlichen Aufsichtsdienste: von 1,7 Mio. Betrieben wurden 1978 rund 350 000 besichtigt, wobei rund 1,6 Mio. Beanstandungen festgestellt wurden. Hierfür standen 3 141 Gewerbeaufsichtsbeamte und 81 Gewerbeärzte zur Verfügung. Es ist notwendig, einmal mehr darauf hinzuweisen, daß betrieblicher Arbeitsschutz sich nicht im Selbstlauf des partnerschaftlichen Zusammenwirkens von Beschäftigten und Unternehmern vollzieht, sondern – gerade angesichts von Rationalisierung und Arbeitsplatzvernichtung, Erhöhung der Arbeitsintensität und verschärfter Konfrontation in den Betrieben – ein Feld der Auseinandersetzung gegensätzlicher Interessen im Betrieb ist. Hieraus folgt, daß regelmäßige und wirksame Kontrollen staatlicher Auflagen im Arbeitsschutz notwendig sind und nicht nur routinemäßige Betriebsbesuche.

Bereits diese knappen Anmerkungen, die sich aus einer ersten Durchsicht des neuen Unfallverhütungsberichts ergeben, zeigen, was auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes noch zu tun bleibt.

Die Frage sei gestattet, wie auf der Grundlage einer derartigen Sozialberichterstattung, wie sie der Unfallverhütungsbericht darstellt, überhaupt Erkenntnisse für eine *wirksame präventive Arbeitsschutzstrategie der Zukunft* abgeleitet werden können. Wer es tatsächlich ernst meint mit dem Ausbau des Arbeitsschutzes, sollte sich erst einmal ein ungeschminktes Bild der betrieblichen Arbeitsschutzrealitäten verschaffen und nicht Schönfärberei pflegen. Hierzu taugt der Unfallverhütungsbericht in seiner gegenwärtigen Form nicht. ■

#### Anmerkungen

- (1) Eine ausführlichere Darstellung der hier angeschnittenen Probleme findet sich in einem Aufsatz des Verfassers in „Marxistische Studien“. Jahrbuch des IMSF, Band 3, Frankfurt/M. 1980 (erhältlich beim IMSF, Liebigstraße 8, 6000 Frankfurt/M. 1).
- (2) Der Gewerkschafter 12/1979, S. 32.
- (3) Ebenda.
- (4) Bundestagsdrucksache 8/3852 vom 24. März 1980.
- (5) Siehe Bundestagsdrucksache 8/3844 vom 21. März 1980.
- (6) Deutscher Bundestag, Stenographischer Bericht, 217. Sitzung, 14. Mai 1980, Plenarprotokoll 8/217, S. 17428 f.
- (7) Siehe Gewerkschaftliche Monatshefte 4/1980, S. 289–291.

# In Memo

## Die Welt ist pockenfrei

Von Helmut Koch

„Im Jahre 1157 vor unserer Zeitrechnung verstarb Ägyptens Pharo Ramses V. – an Pocken. Österreichs Kaiserin Maria-Theresia verlor durch sie zwei Kinder und soll, selbst an der Seuche erkrankt und im Gesicht von Narben entstellt, sämtliche Spiegel aus ihren Gemächern entfernt haben. Millionen Namenlose wurden im Laufe der Jahrhunderte von dieser mörderischen Krankheit dahingerafft.“

Nun ist diese Geißel der Menschheit selbst besiegt worden – durch millionenfache Anstrengungen rund um den Erdball. Am 26. Oktober 1977 wurde bei dem Somalier Ali Naew Maalin eine Pockenerkrankung diagnostiziert. Es war die letzte in der mehr als 4000jährigen Geschichte – so weit reichen Belege aus Ägypten, China und Indien zurück! – einer todbringenden Seuche, die mehr Opfer gefordert hat als irgendeine andere Krankheit auf der Welt“.

Im Jahre 1527 schleppten die spanischen Eroberer die „smallpox“ in Amerika ein. Die Erkrankung verbreitete sich in der ungeschützten Bevölkerung rasant. Allein in Mexiko fielen ihr in kurzer Zeit 3,5 Millionen Menschen – die Hälfte der Bevölkerung! – zum Opfer. Die Wende brachte der englische Landarzt Jenner, der 1796 die schon im alten China geübte Impfung mit Kuhpocken, dem ersten Viruslebensdimpfstoff, einführte, trotz massiver Widerstände von seiten etablierter Wissenschaftler-Kreise gegen seine auf Beobachtungen der einfachen ländlichen Bevölkerung basierenden Neuerungen!

Zu dieser Zeit starben in Preußen noch jährlich 40 000 an Pocken, was sich erst änderte nach Einführung der Pockenimpfpflicht (Reichsimpfgesetz 1874).

Infolge der sich ausbreitenden Pockenschutzimpfungen waren Europa, Nordamerika und Australien schon seit Beginn dieses Jahrhunderts keine endemischen Pockengebiete mehr. Das änderte sich nur zeitweilig – begünstigt durch entsprechende Hungersnöte und Lebensbedingungen – nach den beiden Weltkriegen.



Zeitgenössische Darstellung der Pockenschutzimpfung

Unverändert blieb jedoch die Situation in den sog. „Entwicklungsländern“, in denen bis in die sechziger und siebziger Jahre dieses Jahrhunderts alljährlich Millionen von Menschen noch an Pocken erkrankten und Hunderttausende verstarben!

Doch 1958 brachte die Sowjetunion nach eigenen Erfahrungen und Erfolgen bei der Ausmerzungen der Pocken auch in ihren asiatischen Republiken einen Antrag auf Durchführung eines weltweiten Pockenbekämpfungsprogramms auf der 11. Weltgesundheitsversammlung ein. Damit war der „count-down“ der Pockenausrottung eingeleitet (Weiteres: siehe Zeittafel).

Das Pathos der WHO-Schlußdeklaration vom 8. Mai 1980 zur Pockenausrottung ist diesem Ereignis angemessen. Es ist ein überzeugender Beweis dafür, daß viele akute Probleme der Menschheit nur in Frieden, durch Internationale Zusammenarbeit gelöst werden können, kein einziges jedoch mit Hilfe eines nuklearen Krieges.

Mit diesem Stichwort und angesichts des obigen Datums drängt sich geradezu die Erinnerung an eine andere „Schlußdeklaration“ auf: auf den Tag genau 45 Jahre zuvor wurde mit der Unterzeichnung der „bedingungslosen Kapitulation (Hitler-) Deutschland die Befreiung vom Deutschen Faschismus „deklariert“ und damit gewissermaßen auch das Ende des 2. Weltkrieges. Dieselben Kräfte, die als „Antihitlerkoalition“ (vor allem die Regierungen der UdSSR, USA und Großbritanniens, später auch Frankreichs) in diesem Krieg, dem wohl grausamsten Regime der Menschheitsgeschichte, ein Ende setzten, schufen als quasi „Geburtsheifer“ die „Organisa-



# r iam

tion der Vereinten Nationen' (UNO, 1946) und ihrer Spezialorganisation WHO (Weltgesundheitsorganisation), die entscheidende Voraussetzung auch zum Sieg im Kampf gegen die Pockenseuche.

Leider können wir hierzulande kaum auf Informationen aus den Massenmedien zurückgreifen, wollten wir uns ein Bild machen über die notwendigen Auseinandersetzungen über Ziel und Inhalt dieses Bündnisses. Schließlich erfahren wir dort über die Tätigkeit der großen internationalen Organisationen in diskreditierender Weise nur soviel, daß nämlich dort „Unmengen Papiers“ bewegt werden. Ihr Inhalt wird uns in der Regel vorenthalten; es könnte ja schließlich deutlich werden, daß sich die Vertreter unseres Staates in trauertem Verein mit vor allem solchen aus den USA, Großbritannien etc. zunehmend isoliert sehen bei weiterer Verfolgung einer medizinischen „Entwicklungshilfe“-Politik, die so recht nach dem Geschmack der „ortsansässigen“ Großkonzerne ausfällt. Statt Unterstützung bei der notwendigen Überwindung sozialökonomischer Rückständigkeit – Relikt kolonialer, jahrhunderte – während der Ausbeutung – werden intensivstationäre Einrichtungen, künstliche Säuglingsnahrung etc. angeboten, neue Abhängigkeiten zu schaffen versucht im Sinne Neokolonialismus. So dauerte es noch lange, bis sich die letztlich auch am Beispiel der Pockenseuche bewahrheitete, entscheidende gesundheitspolitische Erkenntnis auf WHO-Ebene durchsetzte: jene Erkenntnis notwendiger Primär-Prävention. Danach ist mit Johann Peter Frank (1745–1821), dem Begründer der öffentlichen Hygiene als Wissenschaft, „Vom Volkseid als der Mutter der Krankheiten“ (programmatische Akademische Rede, Pavia 1790) auszugehen: „Für jede Klasse von Bürgern leitet sich aus ihrer Lebensweise Gesundheit und Art ihrer Krankheiten her. . . . Allein an Krankheiten, für die der Hunger des Volkes und der Mangel an allen Bequemlichkeiten des Lebens den Nährboden bietet, gibt es solche Überfülle und Menge, daß nur ihre ersten Grundrisse im Umfang einer kurzen Rede erfaßt werden können“.

1500 v. u. Z. 711 n. u. Z.	Berichte über Pocken in den Sanskritschriften. Einschleppung der Pocken nach Spanien, Beginn verheerender Seuchenzüge in Europa.
1517	Besatzung eines spanischen Schiffes schleppt die Krankheit in San Domingo ein, sie breitet sich in Amerika aus.
1767–1803	Statistische Auswertung alter Kirchenbücher Königsbergs durch Kfölkalt: Bei durchschnittlich 7 von 100 Verstorbenen lautet die Diagnose: Pocken
1798	Jenner veröffentlicht seine Schrift „Inquiry in to the causes and the effects of the variola vaccinae“.
im 19. Jh.	Gründung von Impfanstalten, Einführung der Pockenerst- und -wiederimpfung in den meisten Ländern Europas und Nordamerikas.
1870–1873	Über 100 000 Pockentodesfälle in Deutschland.
1874	Pockenimpfgesetz in Deutschland.
1. Drittel 20. Jh.	Ausmerzung der Pocken im Gefolge der Impfung in fast allen Ländern Europas und Nordamerikas. Keine Änderung der Pockensituation in den Entwicklungsländern Asiens, Afrikas, Mittel- und Südamerikas.
1953–1973	51 Pockeneinschleppungen in 19 europäischen Ländern: 821 Erkrankte, davon 115 verstorben.
1958	<b>Beschluß der 11. Weltgesundheitsversammlung über ein weltweites Pockeneradikationsprogramm.</b>
1967	Noch immer treten in 42 Ländern Afrikas, Asiens, Südamerikas jährlich etwa 2,5 Millionen Pockenerkrankungen auf. Beschuß des 19. Weltgesundheitsversammlung über die Intensivierung des Eradikationsprogramms: 33 Länder beginnen nationale Bekämpfungsprogramme.
1971	Äthiopien beginnt mit dem Programm.
1973	WHO bestätigt Ausmerzung der Pocken für den gesamten amerikanischen Kontinent.
1974	Indonesien pockenfrei.
1975	4. Juli: Die Inderin Saiban Bibi wird nach Pockenerkrankung geheilt entlassen. In Indien, wo die Seuche jahrtausendlang wütete (durchschnittliche Letalität 30 Prozent), gibt es keine Pocken mehr.
1976	Pockenausmerzung in Pakistan und Westafrika.
1977	WHO bestätigt Ausmerzung für Indien, Bangla-Desh, Zentral- und Südafrika.  26. Oktober: Die letzte Pockenerkrankung der Welt wird bei Ali Maow Maalin aus der kleinen südsomalischen Stadt Merca festgestellt.
1979	Dezember: WHO bestätigt für 79 (ehemals pockenendemische) Länder Pockenfreiheit; für weitere 121 Länder werden die Berichte der nationalen Gesundheitsbehörden über die Pockenfreiheit anerkannt.
1980	Mai: Auf der 33. Weltgesundheitsversammlung wird der Abschlußbericht über die erreichte Pockenausmerzung in der Welt gegeben.

Primärprävention bedeutet aber notwendigerweise Eingriffe in das soziale und politische Gefüge einer – im Sinne Krankheitsauslöser – an Mangelernährung, unhygienischen Trinkwasser- und Wohnverhältnissen, sowie desolater Arbeitsmarkt- und Infrastruktur krankenden Gesellschaft, wie wir sie heute noch in vielen Ländern der sog. „3. Welt“, den bisherigen Stätten der letzten großen Krankheitsherde der Pockenseuche, finden.

Dieser Erkenntnis u.a. mit dem Konzept des „primary-health-care-systems“ in der Praxis entsprochen zu haben, ist ein großes Verdienst der WHO. Danach wurde bei internationaler Unterstützung in den Entwicklungsländern eine „gemeindenähe“ gesundheitliche Betreuung auf nationaler Ebene organisiert (1973). Und zwar durch Ausbildung hunderttausender Helfer im Sinne von sog. „Barfuß-Ärzten“, die nach ihrer an den Grundbedürfnissen ihrer Landsleute orientierten, kurzfristigen Ausbildung in ihren angestammten Dorfgemeinschaften leben und arbeiten. Gleichläufig und nicht davon zu trennen ist das Bemühen der WHO bei zunehmender Zusammenarbeit mit den auch in der UNO zusammengefaßten internationalen Wirtschafts-, Ernährungs-, Arbeits- und Bildungs-Organisationen sozialökonomisch bessere Bedingungen in den Entwicklungsländern zu schaffen (z.B. auch über eine gerechtere Weltwirtschaftsordnung!). Von großer Bedeutung ist dabei, daß auch die UNO-Vollversammlung vom Nov. 1979

die „Deklaration von Alma-Ata (1978)“ (siehe DOKUMENTE in D.G. Heft 3/80) unterstützt, in der diese Bestrebungen verbrieft sind. Damit erscheint nach dem großartigen Erfolg über die Pocken die neue globale Zielsetzung der WHO „Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000“ als durchaus realisierbar.

Daß die jungen Nationalstaaten – ebenso wie die Bevölkerung in den kapitalistischen Staaten – bei ihrem Kampf um gesundheitsträchtige soziale Verhältnisse mit erbitterten Widersachern rechnen müssen, mögen zwei Beispiele zeigen:

Als die iranische Revolutionsregierung im vergangenen Jahr sich um eigene Kontrolle der inländischen Pharma-Produktion zu bemühen begann, drohten zwei bekannte Pharma-Großkonzerne mit der Einstellung der Impfstoffproduktion aus Gründen mangelnder Rentabilität, wie sie es einschätzten!

Originalton F.J. Strauss – nach eigenen Angaben „... kein Gegner des Großkapitals. . .“ („Bayernkurier“, 13. 3. 76) –: „... .halte ich auch nichts davon . . . , wenn in der Grundsatzdiskussion bei unserer großen Schwesterpartei als Grundwert das soziale Wohlbefinden (Bestandteil der WHO-Gesundheitsdefinition! d.Verf.) erörtert wird. Das Soziale ist kein Grundwert, sondern eine UNO-Phrase. . . .“.

(CSU-Parteitag, 23./24. 9. 77).

# Ein neues Gesundheitswesen

## Nicaragua 18 Monate nach der Befreiung

Von Walter Schütz (medico international)

In Nicaragua herrscht seit der Vertreibung Somozas im Juli 1979 ein Bündnis, das von Marxisten verschiedener Schattierungen über Sozialdemokraten bis zu Nationalliberalen Kräften reicht. Die Organe unmittelbarer Staatsmacht (Innenministerium, Militär) sind in den entscheidenden Positionen von Mitgliedern der Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN) besetzt.

Die Existenz des Bündnisses wird von Revolutionsromantikern leider sehr oft verdrängt. Fassungslos und enttäuscht stehen sie dann auch oft vor Widersprüchen, die sich aus dieser Realität ergeben. Zum Beispiel, daß die Spitzen der Ministerien nach einem Proporz besetzt werden, der den verschiedenen Fraktionen gerecht wird.

Im Gesundheitsministerium führte dies dazu, daß an seiner Spitze bis zum Juli 1980 zweifelsohne ein honorabler Mann stand, der dem bürgerlichen Lager zuzuordnen ist, und daß noch sehr lange nach dem Sieg der Sandinistas Vorstellungen über ein zukünftiges Gesundheitssystem gepflegt wurden, die sich an nordamerikanischen Organisationsstrukturen und einem Sozialversicherungssystem à la Bundesrepublik oder Schweden orientierten. Sieht man einmal von der realen Leistungsfähigkeit dieser Systeme für ihre Herkunftsländer ab, so hätten sie in Nicaragua zumindest bedeutet, daß 50 % der Bevölkerung auch auf lange Zukunft hin von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen wären, weil sie (Minimalverdienste, hohe Arbeitslosigkeit) die Bezahlung für die Versicherungen einfach nicht hätten aufbringen können.

Langsam setzte sich im Laufe der ersten Jahreshälfte 1980 eine Vorstellung von einer flächendeckenden Struktur durch, die im Prinzip kostenlos die Gesundheitsversorgung durchführt.

### Die gesundheitliche Lage der Bevölkerung

Massenerkrankungen, sind das wesentliche Problem in der Gesundheitsversorgung. Sie haben durchaus epidemischen Charakter. Die Hauptursachen sind in Unter- bzw. Fehlernährung mangelhafter Wasserversorgung, mangelhafter Hygiene-Einrichtungen sowie mangelhafter Wohnsubstanz zu suchen.

Einige Zahlen sollen dies belegen: Die Kindersterblichkeit liegt bei 121 von 1 000 Lebendgeborenen. 67 % der Kinder sind unterernährt. Dabei gibt es ländliche Gegenden, wo die Kindersterblichkeit eine Rate von 200 pro 1 000 erreicht. Hauptursache dieser hohen Kindersterblichkeit sind Diarrhoen. Am häufigsten betroffen sind Kinder zwischen Geburt und dem 4. Lebensjahr.

Nicaragua ist ein Agrarland und eine Hauptursache der schlechten gesundheitlichen Lage der Bevölkerung – die Fehl- und Unterernährung – ließe sich aus den Kräften des Landes beseitigen.

Die Mehrheit der Landarbeiter sind jedoch Wanderarbeiter, die ohne soziale Bindung, ohne die Festigung von Kulturwohnheiten von Latifundo zu Latifundo ziehen mußten, um ihre Arbeitskraft gegen Minimallöhne zu verkaufen. Ein Gesundheits- bzw. Hygienebewußtsein ist im ländlichen Raum kaum anzutreffen.

Die ausschließlich exportorientierte Struktur der Agrarproduktion verhinderte eine sinnvolle Selbstversorgung der Bevölkerung.

### Programme und Planungen des Gesundheitsministeriums in Nicaragua

Das Gesundheitsministerium Nicaraguas geht in seinem Plan zur Versorgungsabdeckung des ländlichen Raums davon aus, daß die Bevölkerung dort nicht nur von wenig qualifiziertem medizinischen Personal betreut wird. Der Anspruch der Regierung ist es, daß Gesundheit keine karitative Angelegenheit ist, sondern ein Menschenrecht verkörpert und damit für jeden ein Anspruch auf Gesundheit besteht.

Gleichwohl gestehen sich die Planer in Nicaragua ein, daß heute Mangel an qualifiziertem Personal und an Finanzmitteln herrscht. Die Struktur des Versorgungssystems soll jedoch von vornherein so angelegt sein, daß heranzubildendes Personal mit hoher Qualifikation ein Arbeitsfeld in einem Versorgungsnetz vorfindet, das optimale Arbeit erlaubt.

Ausgehend von diesen Grundsätzen sieht die Planung folgende Stufung vor:

A. Der Gesundheitsbrigadist: Er arbeitet in Gemeinden bis zu 500 Einwohnern (nähere Beschreibung siehe unten).

B. Der Gesundheitsposten mit einem Krankenpfleger, der jeweils 12 Gesundheitsbrigadisten betreut.

C. Das Gesundheitszentrum mit ca. 30 Betten, das mit 2 Ärzten und 13 weiteren Personen zur medizinischen Betreuung besetzt ist (Schwerpunkt Mutter-Kind-Betreuung), Einzugsbereich: ca. 30 000 Personen.

D. Das Regionalkrankenhaus

E. Fachkliniken in der Hauptstadt Managua.

Daneben wurden national übergreifende Pläne im präventiv-medizinischen Bereich entworfen. Neben Impfmaßnahmen, Sonderprogrammen gegen Malaria und Berglepra umfassen diese auch die Bereiche Latrinenbau (in den nächsten 4 Jahren 54 000 Latrinen pro Jahr), Sanierung der Wasserversorgung und Aufbau eines Abfallbeseitigungssystems. Außerdem ein ausgedehntes Rehydrationsprogramm.

Als erstes soll der Ausbau der Nordregionen, der Provinz Jinotega sowie der ländlichen Gebiete der Atlantikküste erfolgen.

Der gesundheitspolitische Ansatz der neuen Regierung in Nicaragua wird am deutlichsten am Einsatz der Gesundheitsbrigadisten.

Der Gesundheitsbrigadist soll das bevölkerungsnächste Glied in den Stufen des einheitlichen nicaraguanischen Gesundheitssystems sein. Er soll in Gemeinden bis zu 500 Einwohnern eingesetzt werden.

### Auswahl und Ausbildung

Generell sollen die Gesundheitsbrigadisten aus den Gemeinden kommen, in denen sie später arbeiten, um eine Verbundenheit mit regionalen und lokalen Problemen zu gewährleisten.

Die Auswahl treffen die Sandinistischen Verteidigungskomitees (dies sind keine Parteigliederungen, sondern Zusammenschlüsse auf der Ebene der Wohnviertel, Wohnbezirke und der Gemeinde) in Absprache mit den lokalen Gewerkschaften, der Frauenorganisation und Gesundheitseinrichtungen auf regionaler Ebene (mit welchen der Gesundheitsbrigadist intensiv zusammenarbeiten soll).

Dieses Prinzip der Herkunft der Gesundheitsbrigadisten aus ihrem späteren Arbeitsgebiet wird jedoch nicht in allen Fällen durchzuhalten sein. In Nicaragua wird angestrebt, daß jeder, der einmal auf dem Gebiet der Gesundheitsvor- und -fürsorge arbeiten wird, zumindest für einen Zeitraum von zwei Jahren als Gesundheitsbrigadist gearbeitet hat. Für diese Personengruppe müssen, soweit sie aus dem städtischen Bereich kommen, Planstellen im ländlichen Bereich gefunden werden. Die Ausbildung erfolgt zentral in Managua. Die erste Generation von insgesamt 600 Brigadisten soll in einem jeweils vier Wochen dauernden Kurs ausgebildet werden, der später aufgefrischt bzw. ergänzt wird. Die Ausbilder kommen aus dem Ministerium





oder aus den beiden Universitäten. Bereits während der vierwöchigen Ausbildungszeit erhalten die Brigadisten ein „Taschengeld“ von ca. DM 75,—.

#### Motivation und Soldfrage

Vorhandene Erfahrungen z.B. mit den chinesischen Barfußärzten und den Gesundheitsfreiwilligen oder Monitoren in lateinamerikanischen und afrikanischen Ländern versucht das nicaraguanische Modell unter Einbeziehung seines eigenen soziokulturellen Hintergrunds zu berücksichtigen.

Ein Hauptproblem beim Einsatz von Freiwilligen im Gesundheitsbereich z.B. in Afrika war in den letzten Jahren das Problem ihrer Motivation ohne Entgelt.

Bei einer Arbeitslosen- bzw. Unterbeschäftigungsquote von bis zu 50 % in den Gemeinden der Dritten Welt wird jemand, der eine Arbeit hat, kaum für vier Wochen seine Arbeit liegen lassen können und wollen, um einen Kurs in der Hauptstadt zu besuchen. Wer keine Arbeit hat, wird jede Chance ergreifen, um diese Minimalausbildung von auch nur vier Wochen dazu zu benutzen, um eine bezahlte Arbeitsstelle zu finden. Eine Abwanderung dieser Freiwilligen in größere Gemeinden und damit ein Scheitern des Konzeptes war sehr oft der Fall.

In Nicaragua versucht man diesem Problem auf verschiedene Weise zu begegnen. Zum einen versucht man mit der etwas martialisch klingenden Bezeichnung „Gesundheitsbrigadist“ bewußt an kämpferische Traditionen anzuknüpfen, um einen Motivationsdruck auszuüben. Nach der Front gegen die Diktatur, gegen die Unwissenheit (Alphabetisierungskampagne), steht der Gesundheitsbrigadist an der Gesundheitsfront.

#### Ausrüstung der Gesundheitsbrigadisten:

Die Gesundheitsbrigadisten erhalten keine Medikamentenausrüstung. Vielmehr müssen sie ihren Medikamentenbedarf in dem sie betreuenden Gesundheitsposten decken und belegen (der Pfleger oder die Krankenschwestern in einem Gesundheitsposten betreuen bis zu 12 Gesundheitsbrigadisten der umliegenden Gemeinden). Der Brigadist ist ausgerüstet mit einem Arbeitskoffer (Standard Health-Nurse-Kit der WHO), einer Thermostasche für Impfstoffe, gestellt werden ihm Kleidung und Schuhe, eine Kerosinlampe und ein Gaskocher. Daneben soll der Gesundheitsbrigadist noch in die Lage versetzt werden, auf Dia-Projektoren, Diaserien, Papier, Filzstifte und andere Arbeitsmaterialien zurückzugreifen. Für die *Unterkunft* und *Verpflegung* hat ebenfalls die Gemeinde zu sorgen.

#### Mitwirkung der Bevölkerung als Betroffene

Am 29. Juli 1980 wurde in Managua auf nationaler Ebene die Volkskommission für Gesundheit gegründet. Mitglieder dieser Kommission sind die Vertretung der Sandinistischen Verteidigungskomitees (CDS), die Sandinistische Arbeiterzentrale (CST), der Sandinistische Jugendverband, der Sandinistische Frauenverband (AMN-LAE) und der Sandinistische Kinderverband, der Lehrerverband, die Landarbeitergewerkschaft etc. Im Grunde genommen alle Massenorganisationen Nicaraguas. Diese Gesundheitskommission ist beratendes und mitbestimmendes Organ gegenüber der Spitze des Gesundheitsministeriums.

Diese Doppelstruktur (einerseits Administration, andererseits Volksorganisation) setzt sich auf allen politischen Ebenen fort. So haben auf regionaler Ebene die Vertreter dieser Organisationen ein Mitspracherecht innerhalb der Entscheidungsgremien der Krankenhäuser oder Gesundheitszentren. Auf der kommunalen Ebene nehmen sie z.B. Einfluß auf die Auswahl der Gesundheitsbrigadisten.

Man erhofft sich davon zweierlei: zum einen eine rechtzeitige Korrektur der zentralen Planung, die ja nicht immer den Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen muß. Zum anderen eine Beteiligung der Betroffenen als Voraussetzung für die Annahme bestimmter Maßnahmen.

Ein Beispiel wie es in der Praxis aussieht: In Totogalpa (Nordnicaragua) wird ein Latrinenbauprojekt aufgrund von lokalen Initiativen durchgeführt: Eine Vertreterin der Junta Local (entspricht etwa unserem Gemeinderat) führt die Aktion zusammen mit Vertreterinnen der Frauenorganisation und den Bauern durch. Das Gesundheitsministerium stellt vorgefertigte Gußformen für die Abdeckung der Latrinengrube und des Sitzteiles zur Verfügung sowie Zement. Die Bauern leisten einen Beitrag in Höhe von etwa DM 1,50 für die Transportkosten. So entstehen innerhalb kurzer Zeit in der Gemeinde 70 Latrinen, die von großer präventivmedizinischer Bedeutung sind.

#### Medikamentöse Versorgung – „Traditionelle Heilkunde“

Unter den 1,6 Milliarden US-Dollar Auslandsschulden, die der Diktator Somoza dem nicaraguanischen Volk hinterlassen hat, befanden sich auch Verpflichtungen in Höhe von 3 Millionen gegenüber Pharmakonzernen. Die Sandinistas haben sich die Neutralität bzw. Unterstützung einiger westlicher Regierungen und der sie stützenden Parteien eingehandelt, auch, indem sie zusicherten, diese Auslandsschulden im großen und ganzen zu bezahlen (diese Entscheidung wird oft von Kritikern angegriffen). Nur vergessen sie dabei oft, daß das sicher eine Verlängerung des Kampfes, noch mehr Opfer und, falls sie gesiegt hätten, eine Isolierung à la Kuba mit allen Konsequenzen einer anderen Abhängigkeit bedeutet hätte).

Da Nicaragua unter chronischem Devisenmangel litt und auch noch leidet, weigerten sich die Pharmahersteller erst einmal, neu zu liefern, und wenn, dann nur gegen Bares.

Dies führte in Nicaragua dazu, daß man sich auf eigene Kräfte besann. Die Pharmaziestudenten der Universität von Leon kratzten zusammen, was an Substanzen den notwendigen Qualitätsanforderungen entsprach und produzierten Präparate gegen bestimmte Magen-Darm-Erkrankungen. Zwei einheimische Medikamentenmanufakturen, an denen Somoza Anteile hatte, und die für den zentralamerikanischen Markt produzierten, nahmen sehr schnell mit einem modifizierten Programm

ihre Arbeit wieder auf. Exportiert wird vorläufig nichts, vielmehr übernimmt das Gesundheitsministerium die ganze Jahresproduktion. Darüberhinaus wurde mit anderen medikamenten-produzierenden Ländern wie Bulgarien Kontakt aufgenommen.

Weiterhin wird in einem Pilotprojekt untersucht, inwieweit es möglich ist, die im Land vorhandenen Heilpflanzen aus der reichen Flora des tropischen Landes einzusetzen. Ungeklärt ist bis heute die Frage der „Volksapotheken“. Es gibt ja weiterhin privat praktizierende Mediziner im Land. Sollen gegen Rezept und gegen Kostenpreis in Apotheken Medikamente abgegeben werden? Sollen nur in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen Medikamente abgegeben werden? Sollen die privat praktizierenden Mediziner Medikamente erhalten? Wie wird der Medikamentenschwarzmarkt eingedämmt? Wie kann ein Bewußtsein geschaffen werden, daß Medikamente eine Droge und weder ein Wundermittel noch ein Konsumgut sind? (Auf keinen Fall dadurch, daß wohlmeinende Leute ab und an ein Medikamentenmusterpaket aus der Bundesrepublik nach drüben an Privatpersonen schicken.) All das sind Fragen, die noch im Land diskutiert werden und für die keine endgültige Lösung gefunden wurde.

## Die Revolution hat noch viel Arbeit

Wie bereits am Anfang beschrieben, herrscht in Nicaragua ein Bündnis und in dem Bündnis gibt es Widersprüche. Diese sind auch in den Organisationsstrukturen des Landes überall anzutreffen, ganz zu schweigen von dem Bewußtseinsstrukturen die das Somoza-Regime in der Bevölkerung geschaffen hat, um seine brutalen Ausbeutungsstrategien zu verwirklichen. (In dem in diesem Heft abgedruckten Erlebnisbericht ist davon mehr zu finden.) In diesem Artikel sollten Ansätze einer neuen, demokratischen Struktur im Gesundheitswesen Nicaraguas dargestellt werden. Das bedeutet nicht, daß die vorhandenen Probleme übersehen werden. Da ist z.B. die noch immer ungeklärte Frage des Einsatzes von Privatärzten, die Rolle von kleinen Privatkliniken. Inzwischen sind die Ärzte, die in der Somoza-Zeit morgens ins Krankenhaus kamen, sich die Patienten auf ihre Finanzträchtigkeit anschauten, um die Erfolgsversprechenden in ihre Privatpraxen abzuschleppen, per Gesetz verpflichtet worden, mindestens vier Stunden im Krankenhaus zu arbeiten. Man kann immer noch davon ausgehen, daß von den 2 000 einheimischen Ärzten, die im Land sind, etwa ein Drittel für die neue Regierung ist, ein Drittel abwartend und ein weiteres Drittel offen dagegen auftritt. Sie wollen ihre Privilegien retten, was bei zunehmendem Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens immer schwerer wird. Ihre Opposition wird also zunehmen. Eine Auswanderungswelle steht hier noch bevor. Vielleicht versucht die Regierung in

## Tagebuchskizzen eines Gesundheitsbrigadiers aus seiner Arbeit in den Wäldern Nicaraguas

Im folgenden drucken wir die Aufzeichnungen von Kalle Brisch ab, der als einer von 180 Gesundheitsbrigadisten die 180 000 Alphabetisierer in die Urwälder Nicaraguas begleitete. Diese hatten sich zur Aufgabe gemacht, den 1 Million Lesunkundigen unter der 2,3 Millionen-Bevölkerung Lesen und Schreiben beizubringen. Die Gesundheitsbrigadisten waren im „Schneeballsystem“ von November '79 bis März '80 ausgebildet worden und sollten in einer Erprobungsphase für die Ausbildung und den Einsatz der folgenden Brigadistas Erfahrungen sammeln.

### Montag, den 15. 9. 80, Perro Mocho

*Ohne Frühstück waren wir heute wieder um 6.00 Uhr in der Frühe zu Fuß aufgebrochen. Jeden Morgen die gleiche Überwindung, die nassen Kleider vom Vortage anzuziehen. Ich wußte zwar, daß meine beiden Companeros und ich uns für die Dauer der Alfabetisierungskampagne um die Gesundheit der Alfabetisatoren in einem bergigen, urwaldähnlichen Gebiet in Zelaya Sur kümmern sollten, aber stundenlange Wolkenbrüche jeden Tag hatte ich mir nicht träumen lassen. Nur die Sommerzeit von Januar bis Februar soll Abwechslung bringen. Kein Wunder, daß fast alle Campesinos (Landarbeiter) an Infektionen der Lungen und der Nieren erkrankt sind.*

*Mühseliger, kraftraubender Marsch mit unseren Rucksäcken voller Medikamente durch knöcheltiefen Schlamm. Die Moskitos plagen mich. Es gibt keine Wege, die Pfade werden zu Flüssen, Überschwemmungen.*

*Unsere Mägen knurren. In einer kleinen Lichtung treffen wir auf eine einsame Hütte aus Bambusrohr, mit Palmwedeln gedeckt. Wirt treten zögernd ein. Ein Schwarm von Kindern, mit dicken Bäuchen durch Unterernährung und Würmer, die Frau steht am Herdfeuer, schwanger, einen Säugling auf dem Arm. Schweine, ausgehungerte Hunde, Hühner, alles tummelt sich in der engen Hütte auf dem Lehm Boden. Von einer Tortilla (Maisfladenbrot), Frijoles (roten Bohnen) und Quajada (Friskkäse) werde ich nicht satt. Ich verstehe, daß viele Menschen hier an Unter- und Fehlernährung sterben, besonders die Kinder.*

### Dienstag, Okawas

*Vor dem Aufbruch machen wir noch eine Consulta (Sprechstunde) für eine Familie. Alle Kinder leiden an Wurmerkrankungen, Unterernährung, Vitaminmangel. Der 12 jährige José, klein noch wie ein 7jähriger, zeigt mir mehrere runde Hautgeschwüre an seinen Beinen. — Berglepra! (Leishmaniosis). Entsetzlich, wir haben dagegen keine Medikamente! Don Dario klagt über Rückenschmerzen von seiner Niereninfektion, die in den letzten 3 Jahren immer schlimmer geworden seien. Er könne kaum mehr reiten. Seine Frau hatte vor 2 Wochen eine Fehlgeburt, die 10. Schwangerschaft. Ich schätze, daß sie kaum älter als 26—27 ist. Die Haut ihres 9 Monate alten Babys ist durch eine infizierte Pilzerkrankung vollkommen aufgedunsen. Wir verteilen Pillen und Salben. Zum Glück kann Don Dario seit 2 Wochen lesen und schreiben, — einer der ersten Alphabetisierten —, so daß wir ihm er-*

*klären und aufschreiben können, wie die Medikamente eingenommen werden.*

*Wir müßten einfach mehr mit den Leuten über die Vorbeugung ihrer Krankheiten sprechen. Nur wenn sie Latrinen bauen, die Wasserstellen sauber anlegen und den Abfall systematisch beseitigen, könnten sie auf die Dauer gesund werden. Ich kann es einfach nicht begreifen, daß diese Leute während der 50 Jahre Somoza-Diktatur nie einen Arzt in ihrem Leben zu Gesicht bekommen.*

### Donnerstag, Kapelle von Okawás

*Heute Versammlung aller Brigadistas aus der ganzen Comarca (Ansammlung von mehreren Häusern, vgl. Dorf). Wir sprechen über ihre Gesundheitsprobleme. Einige erzählen stolz, daß sie wieder eine neue Latrine und eine Wasserstelle mit den Campesinos gebaut haben. Andere diskutieren mit mir das Problem, die Haustiere aus den Hütten zu verbannen. Nur so könnte vermieden werden, daß ständig neue Keime in die Hütten geschleppt werden. Noch ein Windmühlenkampf, weil die Bauern dies nicht so leicht einsehen.*

*Consulta für die Brigadistas. Das Übliche. Aber die 12jährige Juanita fällt mir auf. Ich ärgere mich, weil ich aus ihren Beschwerden einfach nicht schlau werde. Abends gibts ein Fest mit den Campesinos. Tanz in Gummistiefeln und mit Sporen. Juanita sucht mich. Wir gehen nach draußen, sie bricht in Tränen aus. Sie hätte so schreckliches Heimweh nach Managua, ihren Eltern und Geschwistern, ob ich denn nicht ein Mittel gegen diese scheußliche Krankheit hätte?*

### Samstag, San Pedro

*Frühmorgens: ich werde durch den Lärm von Befehlshörern vor meiner Hütte geweckt. Seltsam, einige Brigadistas machen mit einer Gruppe von Campesinos militärisches Training. In den Morgennebeln wirkt das alles etwas gespenstisch und ich bin sauer, weil ich noch hundemüde bin.*

*Nachmittags: Eine Alfabetisatorin soll heute von Konterrevolutionären aus dem Hinterhalt erschossen worden sein, bereits das 5. Attentat. Ich verstehe schlagartig, warum hier die Organisation einer zivilen Verteidigung bittere Notwendigkeit ist.*

*Versammlung der Campesinos: Es wird über Verteidigung der Revolution, Agrarreform, die Maisernte und Gesundheit diskutiert.*

*Wir machen eine Charla de Salud (Diskussion über Gesundheit), informieren über die*



Entstehung und Vermeidung der wichtigsten Krankheiten. Die Campesinos sind ganz Ohr. Verzweifelt versuche ich den Frauen klarzumachen, daß eine 40-tägige Fastenkur nach der Entbindung, wie es hier üblich ist, der Mutter und dem Säugling schadet. Ungläubige Gesichter! Welche Aufklärungsarbeit gegen falsche Volksmedizin bleibt hier noch zu tun?

Ein Campesino fragt, was aus ihrer Gesundheitsversorgung wird, wenn die Kampagne zu Ende geht und alle Brigadistas wieder in ihre Städte und an die Universitäten zurückkehren müssen. Dieses Problem hat uns auch schon Kopfzerbrechen bereitet. Deswegen motivieren wir die Bauern, geeignete Companeros aus ihrem Dorf in Gesundheitsseminare zur Ausbildung zum Promotor de Salud (Gesundheitsarbeiter) zu schicken und in ihrem Dorf einen Gesundheitsposten zu bauen, d.h. mit Unterstützung des Staates ihre eigene Gesundheitsversorgung in die Hand zu nehmen. Sie finden diese Idee und Möglichkeit gut und wollen darüber beratschlagen.

Zur anschließenden Consulta kommen 80 Leute, Männer, Frauen und Kinder. Totale Überforderung, obwohl wir zu dritt sind und vorwiegend nur noch Medikamente verteilen. Schließlich gehen uns die Pillen gegen Würmer und Durchfall aus, so daß wir einige der Bauern wieder nach Hause schicken müssen.

Ein Bauer hat ein Gürteltier erlegt und lädt uns zum Essen ein. Delikatesse!

### Sonntag, Am Rio de Matagalpa

Die Cruzada geht zu Ende. Zwei Tage sitze ich eingezwängt in einem Einbaum mit Motor, um das nächste Dorf zu erreichen, von wo eine befestigte Trasse beginnt. Länger hätte ich das auch nicht mehr ausgehalten: Wasserfälle, Hitze, sehe zum ersten Mal ein lebendiges Krokodil. Am Ende der Reise ist unser Kanu mehr ein Totenschiff, – überall sind Schwerkranke zugestiegen, die zum Gesundheitszentrum in Paiwas pilgern. Die „Evakuierung“ der Brigadistas mit Booten, Hubschraubern, zu Pferd und zu Fuß ist in vollem Gange.

### Montag, Bocana de Paiwas

Im taumelnden Jubel fahren wir in Managua auf dem Platz der Revolution ein, wo die Eltern der Brigadistas aufgeregt seit Stunden warten. Die Wiedersehensfreude ist unbeschreiblich! 54 „Helden und Märtyrer der Alphabetisierungskampagne“ kehren nicht mehr zurück. Sie mußten in dem „Kreuzzug“ ihr Leben lassen.

Die Alfabetisatoren haben Grund zum Feiern, denn sie haben ihre Aufgabe erfüllt: fast alle Bauern können nun mehr oder weniger lesen und schreiben. Ich selbst bin traurig. Was wird nun werden? Unsere Arbeit als Gesundheitsbrigadistas konnte dagegen nur ein Anfang sein, der Vorgeschmack für einen neuen geplanten „Nationalen Kreuzzug der Gesundheit“. In Zukunft sollen Gesundheitsbrigadistas in einer großen Kampagne aufs Land ziehen und Campesinos sollen medizinisch ausgebildet werden, um durch krankheitsvorbeugende Maßnahmen die Krankheiten auszurotten wie die Alfabetisatoren den Analphabetismus! ...



Im Elendsviertel von Managua!

Nicaragua durch Taktieren diesen Prozeß hinauszuzögern, während an den Universitäten Mediziner ausgebildet werden (Fidel Castro hat es versucht, indem er den Herren Medizinern die Gehälter in Devisen bezahlte).

Offen ist eine weitere Problematik: Wie oben erwähnt, liegt eine der Ursachen für die Massenerkrankungen in Nicaragua in der Fehl- bzw. Unterernährung. Hier ergänzen sich Fehlinformationen in den Köpfen der Bevölkerung über den Nährwert von Pflanzen und die exportorientierte Struktur der Wirtschaft, die Maximalprofite sichern sollte. Eine Lösung ist in der Vielfalt der Landwirtschaft zu suchen. Hier gibt es Ansätze. Die Kleinbauern erhalten inzwischen Kredite. Sie werden aufgefordert, sich in Genossenschaften zu organisieren, um für den heimischen Markt zu produzieren. Gleichzeitig wird jedoch weithin exportorientiert produziert, um von den Auslandsschulden herunterzukommen, denn sie bieten eine willkommene Angriffsfläche von außen.

Natürlich spielen die Wohnbedingungen in den Slums der Städte eine wichtige Rolle bei den Krankheitsursachen. Nur, wenn zum Beispiel in Managua die Slums einfach pauschal saniert werden, dann dürfte das zu weiterer Landflucht führen und die Arbeitslosenquote in den Städten noch steigern. Also läge es nahe, in den ländlichen Gegenden neue Siedlungen aufzubauen. Dabei müßte jedoch die Bevölkerung ganzer Vorstadtslums umgesiedelt werden, um die in der Revolution gewach-

senen Gemeinschaften zu erhalten und einer sozialen Entwurzelung vorzubeugen.

Der Bericht des Gesundheitsministers am 1. Jahrestag der Revolution konnte sich zweifelsohne sehen lassen. Es wurde, um nur einige Beispiele zu nennen, in einem Jahr mehr geimpft als dies unter Somoza in 10 Jahren geschah. Es wurden jeden Monat vier Gesundheitsposten oder Gesundheitszentren übergeben. Das korrupte Gesundheitssystem Somozas aus 32 Einzelinstitutionen, die autonom nebeneinander hawirtschafteten, damit sich die jeweiligen Präsidenten und Vizepräsidenten zum Beispiel an den Millionspenden der Erdbebenhilfe von 1972 persönlich bereichern konnten, wurde abgeschafft und ein einheitliches nationales Gesundheitssystem (SNUS) errichtet.

Es wurden auch Fehler gemacht. Zum Beispiel, daß das Rote Kreuz ein Krankentransportsystem à la Bundesrepublik errichtete (bei uns zahlt die Versicherung), das kaum ein Patient bezahlen kann.

Aber 17 Monate nach dem Sieg der Sandinistas kann man ohne jedes Revolutionspathos sagen: In Nicaragua wird in einem, zum Teil widersprüchlichen Prozeß ein Gesundheitssystem aufgebaut, das den Bedürfnissen dieser Bevölkerung entspricht und das weiterhin unsere ganze Solidarität verdient.

Wer Nicaraguas Aufbau unterstützen möchte, lese die in der Mitte des Heftes eingeklebte Information von medico international. Dort steht, wie es gemacht werden kann.

# buch *Kritik* buch

## Krankengymnastik

### Verdrängung, Normalität & Therapiegläubigkeit

**Monika Aly: Verdrängung, Normalität & Therapiegläubigkeit**

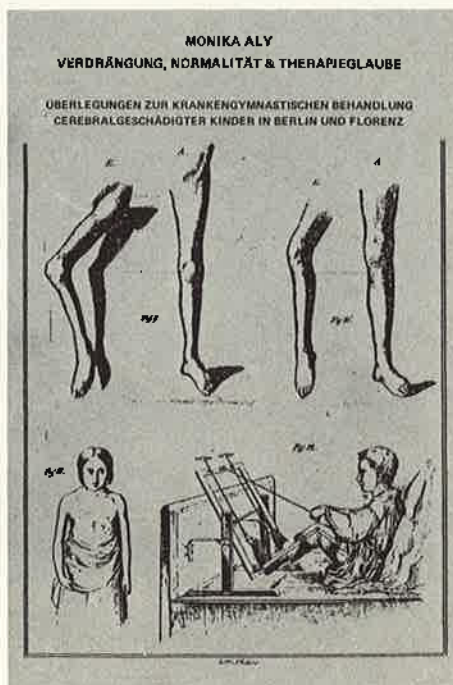
Überlegungen zur Krankengymnastischen Behandlung cerebralgeschädigter Kinder in Berlin und Florenz, Berlin 1980 Bestelladresse: Monika Aly, Stubenrauchstr. 11, 1000 Berlin 45, Preis: 4,- DM, 48 Seiten

Die Zeitschrift „Krankengymnastik“ hat einen Abdruck, bzw. eine Besprechung rigoros abgelehnt, weil die Broschüre zu subjektiv, kritisch und damit „unfachlich“ sei. Eine bessere Werbung für die Zeitschrift „Krankengymnastik“ wäre ein Abdruck dieses Heftchens gewesen!

Monika Aly therapierte in Berlin als Krankengymnastin 5 Jahre lang Babys, Kleinkinder und Jugendliche in einem modernen, bunten und weitläufigen Spastikerzentrum. Sie hatte dabei kleine, mittlere oder auch gar keine Erfolge. Dieses Superzentrum hatte wie viele andere in der Bundesrepublik alles unter einem Dach: Fachspezialisten aller Art, fortgeschrittenste Therapiemöglichkeiten, eine Ambulanz, Kindertagesstätte mit allem erdenklichen „behindertengerechten“ Spielzeug, kleine Gruppen, viel Personal, Sonderschule etc.. An Geld und Personal fehlte es nicht.

Anfangs war sie auch von dieser luxuriösen Spezialeinrichtung sehr begeistert. Als Therapeutin wollte sie viel lernen, sich beruflich qualifizieren, sich viele Techniken aneignen. Dachte doch auch sie, daß dieses Zentrum den behinderten Kindern die beste Förderungsmöglichkeit böte.

Daß die Kinder aber isoliert unter sich leben, daß sie wenig Kontaktmöglichkeiten mit Kindern aus der Nachbarschaft haben; durch ihren therapeutischen Stundenplan dem normalen Alltag und damit auch ihrem Leben entfremdet werden, wurde ihr als Problem erst nach und nach klar. Erst langsam merkte sie, wie die Kinder und Jugendlichen, die sie im Laufe der Jahre behandelte, durch eine solche Spezialeinrichtung und nicht durch ihre Behinderung isoliert und ausgesondert werden. Zusammen mit einigen Kolleginnen dachte sie, daß es gut wäre, gesunde oder auch leicht behinderte Kinder mit in die Gruppe



zu nehmen, um so die Kluft zwischen dem normalen Leben und dem Spastikerghetto zu überbrücken.

Um eine völlig dem deutschen Zentrumsbau-, Spezialisierungs- und Therapieboom entgegengerichtete Entwicklung kennenzulernen, ging Monika Aly im Oktober 1978 für ein halbes Jahr nach Florenz. Sie arbeitete als Volontärin im Centro di Educazione Motoria „Anna Torrigini“.

Nachdem dieses Zentrum früher nur Tagesstätte für Spastiker war, ist es heute eine Beratungsstelle für behinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene; einmal für den umliegenden Bezirk von Florenz, doch außerdem werden dort auf der „Cicli-Station“ Behinderte bzw. deren Familien aus allen Teilen Italiens 1-2 Wochen, unter Umständen auch wiederholt, beraten. Bei der Beratung steht die Prognose für den Behinderten im Vordergrund und nicht die Diagnose der Behinderung. Allein die Feststellung der Diagnose ist ja immer ein negativer und festschreibender Akt, sie weist auf einen Mangel hin und bringt den Patienten in die Defensive. Im Gegensatz zur Diagnose geht die Prognose von den Fähigkeiten und Möglichkeiten, die ein Kind hat, aus. Es ist ein großer Unterschied, ob wir einer Mutter sagen: „Ihr Kind wird in absehbarer Zeit sitzen können, sie können dabei ihr Kind auf diese oder jene Art unterstützen“, oder ob wir sagen: „Ihr Kind ist schwer behindert und wird niemals laufen können.“

Eine solche Beratung endet entweder damit, daß den Eltern Ratschläge gegeben

werden, wie sie ihr Kind unterstützen können, in seinem Alltag und seiner Umwelt zurechtzukommen, zum Beispiel mit Hilfsmitteln oder der Therapeut schlägt den Eltern vor, über eine bestimmte Zeit zur „Beratungstherapie“ zu kommen, während der dann mit den Eltern die nächsten Entwicklungsschritte besprochen und Unterstützungsmöglichkeiten gezeigt werden.

Es geht in Florenz nie darum, Eltern zu Co-Therapeuten zu machen, endlose „Elternarbeit“ und schließlich allseitige Verhaltenstherapie einzuüben. Schließlich ist die Gefahr nicht zu unterschätzen, daß ein Kind durch eine solche „Vertherapisierung“ seines Lebens zwei existenziell wichtige Dinge verliert: sein Kindsein und gleichzeitig seine Eltern. Das Kindsein wird zur Therapie, seine Eltern sind Therapeuten.

Was ist nun aber eigentlich Therapie? Therapie kann immer nur eine individuelle auf den Menschen und seine eigene Bewegung bezogen sein. Eine Therapie darf nicht die Anwendung verschiedener Techniken (Vojta, Bobath, Doman...) sein, sondern die Methode des Therapeuten muß eine individuelle sein, bei der er auch Techniken hinzunehmen kann. Therapie kann keine abstrakte, technische Sache sein, sondern muß eine funktionelle Therapie sein. Für den Patienten muß zu jeder Zeit erkennbar sein, wofür er zum Beispiel seinen Arm hochhebt, um sich vielleicht zu kämmen, wenn er sich kämmen kann, hat diese „Übung“ keine Funktion mehr. Eine Therapie kann nur im Zusammenhang mit der Umwelt des Patienten und seinem Alltag gesehen werden. Funktionen sollen nur eingeübt werden, wenn sie auch nützen. Die Therapie ist ein Anleiten, im Alltag zurechtzukommen.

Therapie soll auch helfen, daß der Mensch mit seinen Dysfunktionen leben kann.

Therapien, die sich bei uns in Deutschland schnell wachsender Beliebtheit erfreuen, gelten in Florenz einfach als „mystifizierende Therapien“:

Psychomotorik, Beschäftigungstherapie, Spieltherapie, Musiktherapie sind künstliche Therapien, tun allen Kindern gut und könnten in jedem Kindergarten für alle Kinder eingeführt werden – oder auch zu Hause und in den Schulen. Es ist dann eben nicht mehr Therapie, sondern Erziehung, und das ist nicht unsere Arbeit. Denn diese „abstrakten“ Therapien konfrontieren das Kind ständig mit seinen Dysfunktionen, seinen Schwächen, Mängeln und



# buch *Kritik* buch

Defekten. Wenn wir ein Kind ständig mit unseren Vorstellungen der Normalität versuchen anzupassen, entfernen wir uns immer weiter von dem Ziel, mit dafür zu sorgen, daß die Kinder lebensfähig und unabhängig leben, fähig, mit ihren Problemen in ihrer Umwelt zurechtzukommen. Denn was nutzen die Verbesserungen der Beckenrotation, der Rumpfkontrolle, die Übungen für die Aufrichtung und das Gleichgewicht, wenn dabei am Schluß herauskommt, daß dieses Kind vielleicht kerzengrade unter lauter „Krummen“ in einer Behinderteneinrichtung steht? Deswegen setzt sich Monika Aly so für die Öffnung unserer Einrichtungen ein, so wie es z. B. in Florenz längst die Norm ist.

Dort sind bereits die Forderungen realisiert:

- weg vom Spezialistenzentrum
- weg von der Teilung des Kindes in: die Hände der Beschäftigungstherapeuten, die Beine der Krankengymnastin, der Mund der Logopädin
- weg davon, von der Behinderung als Krankheit zu sprechen.
- hin zur Normalisierung und Integration in die Gesellschaft
- hin zu einer Infragestellung und Veränderung des Begriffes „Gesundheit“ und „Krankheit“ und damit zu einer Neuordnung des Gesundheitssystems..

Barbara Horbach (Krankengymnastin)

Ernst Klee

## **Behindertenkalender 1981 Behindert – ein kritisches Handbuch**

Zum zweiten Mal ist der Behindertenkalender erschienen. Er wendet sich natürlich in erster Linie an Behinderte selbst, aber auch an alle Leute, die sich mit den Problemen Behinderter befassen. Neben spitzen und bissigen Bemerkungen und Zitaten im Kalenderteil enthält er einen Sonderteil zum UNO-Jahr der Behinderten 1981. Ernst Klee und Gusti Steiner haben eine satirisch-boshafte Musteranleitung zwecks Abhalten von Festreden im folgenden Jahr erarbeitet, die sicherlich so manchen Redner peinlich berühren wird. Wichtig finde ich noch den Beitrag von Fredi



Saal zum Selbstverständnis der Behinderten. Er zeigt, daß Behinderte gar nicht so bedauernswert sind, wie es immer heißt. Die Situation der psychisch Kranken wird kurz angesprochen und der Versuch einer kleinen Aufarbeitung der Nationalsozialistischen Zeit angeboten. Dann folgt das umfangreiche mit viel Mühe zusammengestellte Rechtslexikon von Gusti Steiner mit vielen wertvollen Tips und Informationen für jeden Behinderten.

In dem kritischen Handbuch, wie Ernst Klee das Taschenbuch „Behindert“ nennt, nimmt er kein Blatt vor den Mund. Es enthält einige schon von ihm veröffentlichte Darstellungen, ist aber so umfassend zusammengestellt, – daß es sich lohnt zu lesen. Klee zeigt, daß der Behinderte eigentlich von seiner Umwelt zum Behinderten gemacht wird, er kritisiert die Rehabilitationsmaßnahmen und Aussonderungstendenzen unserer Gesellschaft. Klee spricht vom „enteigneten Bewußtsein“ der Behin-



deten, die selbst die gesellschaftlichen Normen so verinnerlicht haben, daß sie diese auch auf sich anwenden und so niemals mit sich zurecht kommen können. Viele Nichtbehinderte denken für Behinderte, diese werden nicht gefragt. In diesem Zusammenhang stellt er den heutigen Therapiebegriff in Frage. Behinderte sollen nicht mehr als Dekoration, Reklame und Show-Utensil gebraucht werden, sondern wir müssen sie anerkennen als Personen. Nur so ist eine Verbesserung der Situation möglich. Ernst Klee klagt die Heime an, spricht von einem langsamen Dahinsterben von ihnen, gibt Ratschläge, um mit dem Helfersyndrom besser zurechtzukommen und macht selbst bei den tabuierten Themen wie Sterben und Liebe nicht Halt. Zum Schluß folgen Ausführungen über die Arbeit in Frankfurt, die zeigt, daß emanzipatorische Behindertenarbeit politische Arbeit ist.

Das Buch ist sehr offen geschrieben, regt zum Nachdenken an und provoziert.

**Ernst Klee, Behindertenkalender 1981**  
Fischer-Verlag, 271 Seiten, 4,80 DM  
**Ernst Klee, Behindert – ein kritisches Handbuch**  
Fischer-Verlag, 316 Seiten, 16,— DM

Ulla Funke

## **Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens.**

**Eine Untersuchung am Beispiel der Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland von 1958 bis 1977/78.**

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 Problembereiche 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 eingeordnet 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 ökonomi-

# buch *Kritik* buch

schen 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!

Ausführlich geht Kühn auf die Rolle des Staates bei der Auseinandersetzung um den Reproduktionsfonds der Arbeitskraft ein (S. 196). Unter kapitalistischen Bedingungen ist die Reproduktion der Arbeiterbevölkerung stets gefährdet, so daß die „gewerkschaftliche und politische Arbeiterbewegung ständig gezwungen ist, gegen diese Tendenz für die Erhaltung und Entwicklung der Arbeitskraft anzukämpfen“. Damit zwingt sie dem Kapital jene Zugeständnisse auf, „die für den weiteren Bestand der kapitalistischen Gesellschaft erforderlich sind“. (S. 213)

Im weiteren Gang der Darstellung werden die spezifisch „mittelstandsorientierten“ Strukturen des Gesundheitswesens (Arztpraxen, Apotheken, Chefärzte, private und konfessionelle Krankenträger) und ihre Herausbildung in der Adenauer-Ära untersucht. Dies leitet über zum Teil C, in dem die konkrete Krankenhauspolitik der 50iger Jahre zunächst dargestellt und herausgearbeitet wird, warum sich im Krankenhaussektor bis zum Ende der 60iger Jahre ein so gewaltiger Rückstand (Bauten, Personal, Technik, Bettenzahlen, Qualität) herausbilden konnte (S. 244 ff.).

Es wird die Situation vor dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 geschildert, als die chronischen Defizite der Krankenhäuser auf den Kommunen hängen blieben. Die Hintergründe um die Kontroverse: volle Beitragsfinanzierung über Pflegesätze gegen duale Finanzierung (Investitionskosten öffentliche Hand, Pflegesätze durch Kassen) werden beleuchtet. Die sozial-li-

berale Krankenhauspolitik nach 1969 wird als „Kombination von aufwandsinvestiven Verbesserungsinvestitionen mit staatlichen Steuermöglichkeiten“ bei „unveränderter Grundstruktur des Krankenhauswesens sowie des gesamten Systems der Gesundheitssicherung“ charakterisiert. (S. 361)

Es ist das Verdienst des Buches, daß die finanziellen Auswirkungen der Krankenhausfinanzierungsreform von 1972 als „horizontale Umverteilung“, „also durch Veränderung der Verwendungsstruktur des gesellschaftlichen Reproduktionsfonds der Arbeitskraft“ (S. 392) analysiert werden. Dies hat vor allem in erheblichem Maße eine Kostenüberwälzung auf die gesetzlichen Kassen zur Folge gehabt, wodurch sich die gewaltigen Steigerungsraten bei der Ausgaben der Kassen für die Krankenhäuser in den Jahren bis 1974/75 erklären. Die „Kostenexplosion“ wird damit nicht mehr und nicht weniger als propagandistisches Schlagwort, Vorwand zum Abbau von Sozialleistungen, ähnlich wie „Bettenberg“ oder „Pillenknicke“ oder „Lehrerberg“. Im letzten Teil werden die auch aktuell noch täglich erfahrbaren Rationalisierungs- und Sparstrategien untersucht.

Zusammengefaßt handelt es sich um ein nicht einfach zu lesendes, aber lesbares, materialreiches und ideenreiches Buch, wobei zu hoffen ist, daß es in möglichst großem Maß eingeht in Seminare und Schulungen, in Lehrveranstaltungen und die Alltagsarbeit im Krankenhaus und ganzen Gesundheitswesens. Es kann dabei helfen, daß die abhängig Beschäftigten außerhalb und innerhalb des Gesundheitswesens nicht mehr gegeneinander ausgespielt werden können, wenn es um die Auseinandersetzung um die Reproduktionsbedingungen der Ware Arbeitskraft geht.

**Hagen Kühn-Verlag Anton Hain, Königstein/Taunus 1980**

Matthias Albrecht

## Herz im Korsett

Ursula Eggli

„Ich denke, daß es gut wäre, wenn mal jemand über und von Behinderten schreiben würde, nicht das Bild vom tapferen „dennoch“-Behinderten hat, sondern weiß, wie es wirklich ist. Der selber erlebt, wie es ist. Der es bewußt erlebt und trotzdem kein „über“- (oder „unter“-)mensch ist, sondern Durchschnitt, mit allen Vor- und Nachteilen des Durchschnitts.“

Diesem Leitgedanken folgend hat Ursula Eggli ein Jahr Tagebuch geschrieben und veröffentlicht. Sie schreibt sehr ehrlich über ihre Probleme und ihr Leben als Behinderte. Teilweise ironisch und auch verbittert schildert sie, wie sie eine Wohngemeinschaft von Nichtbehinderten und Behinderten aufbaut, welche Freuden und



Ärger dort auftreten – wie in jedem menschlichen Zusammenleben. Sie macht sehr viel Öffentlichkeitsarbeit, gründet den „Club Behinderter und ihrer Freunde“ in der Schweiz, organisiert Freizeiten, schreibt Rundbriefe usw. Beim Lesen bemerkt man ihre Freude, aber auch ihre Probleme. Sie zeigt ihre Abhängigkeit von anderen, schildert unverblümt, wie sie ständig auf Hilfe angewiesen ist, aber auch, wie sie damit fertig wird. Ehrlich beschreibt sie ihre Gefühle und Freundschaften, die gerade in Beziehungen zu Nichtbehinderten auftauchen. „Ich habe versucht, die Mauer um mich herum aufzurichten, und das ist mir ziemlich gut gelungen. So gut, daß meine Freunde denken, ich sei erhaben über solche Sachen wie Liebe, über den Dingen stehend. Ein geschlechtsloses Wesen von der Sorte „Kamerad“. Sie zeigt, daß die Probleme im zwischenmenschlichen Umgang nicht nur bei den Behinderten liegen, sondern zum großen Teil auch bei den Nichtbehinderten. Aber sie findet Wege aus ihrer Einsamkeit, die allerdings eine große Offenheit voraussetzen.

Dies Tagebuch ist wichtig für alle, die lernen sollen/wollen, daß Behinderte genauso Menschen sind, mit den gleichen Gefühlen wie alle anderen auch. Ursula Eggli zeigt, daß Behinderte aktiv an ihrer Situation etwas verändern können und müssen, um nicht in Isolation zu ersticken. Das Buch drückt trotz der oft traurigen Erfahrungen eine große Lebensfreude aus, eine Zuversicht, und fordert auf, ihr nachzueifern, bestehende Möglichkeiten zu ergreifen und die eigene Situation als Behinderter zusammen mit Nichtbehinderten zu verbessern.

**Ursula Eggli, Herz im Korsett**  
Zylogge-Verlag, Bern, 221 Seiten,  
21,— DM

Ulla Funke



# KONGRESS BERICHTE

## „Kollektive Prophylaxe oder Selbstbeteiligung bei der Spätversorgung“

Veranstaltung der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin.

Das Thema ist von aktueller Bedeutung, da in den vergangenen Monaten immer stärker von Seiten der Standesorganisationen die Selbstbeteiligung bei der Finanzierung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen gefordert wird.

Im zahnmedizinischen Bereich wird von den Standesorganisationen ein Prophylaxe-konzept favorisiert, das aus der niedergelassenen Praxis heraus betrieben werden soll. Wir halten dies für völlig unsinnig, da dies eine erhebliche Belastung für die Krankenkassen bedeuten würde, ohne daß damit eine breitenwirksame Prophylaxe gewährleistet wäre. Auch die Selbstbeteiligung, die bei zahnärztlichen prothetischen Maßnahmen bereits seit Jahren praktiziert wird, erscheint uns wenig sinnvoll. Erstens wird dies die sozial schwächeren Schichten hart treffen und zweitens kann dies kein Beitrag zur Kostendämpfung sein; es ist lediglich eine Umverteilung der Kosten.

Grundlage für die Diskussion war die von der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin bereits im April dieses Jahres vorgelegte Dokumentation zur Krise der Kinder- und Jugendzahnheilkunde in der Bundesrepublik Deutschland (vorgestellt in DG 3/80).

W. Kirchhoff (Vereinigung demokratische Zahnmedizin – VdZ) ging in seinem Einführungsreferat auf die katastrophale zahnmedizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen in der Bundesrepublik ein, wie sie durch die Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 1973 dokumentiert ist. 90 % der 8–9-jährigen sind entweder gar nicht oder unzureichend versorgt. 50 % der Dreijährigen haben bei ihrem 1. Zahnarztbesuch bereits kariöse Defekte. Trotzdem werden die Standesführer nicht müde zu behaupten, die Bundesrepublik habe die beste zahnärztliche Versorgung der Welt. Im Vergleich mit der Schweiz, die seit Jahren ein gut funktionierendes Schulzahnpflegesystem praktiziert, wird deutlich, daß durch



sinnvoll durchgeführte Prophylaxesysteme eine enorme Verbesserung der Mundgesundheit möglich ist.

H. Deppe ging in seinem Referat ganz speziell auf die Kontraindikation der Selbstbeteiligung durch den Gedanken der Prophylaxe ein. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema würdigt er als eine traditionelle Auseinandersetzung zwischen „Arbeitnehmern“ und Krankenkassen einerseits und der Ärzteschaft andererseits.

Die Selbstbeteiligung nährt für ihn die Ideologie von der Selbstverschuldung von Krankheiten und lenkt von ihren gesellschaftlichen Ursachen ab.

Eng an der Aussage des Vorreferates lag auch die Aussage von Alfred Schmidt aus dem DGB-Bundesvorstand.

Die Überbewertung restaurativer Leistungen hat in der Zahnmedizin zu einer Fehlentwicklung geführt, und dadurch zu einem immensen Anstieg der Kosten. Er hob die Leistungen des DGB hervor, die durch dessen Einsatz zu einer Einbeziehung der Kieferorthopädie und der zahnärztlichen Prothetik in den Sachleistungskatalog der Krankenkassen zu einer sozialen Versorgung der Bevölkerung geführt hat. Diese Leistungen waren bisher den einkommensschwächeren Schichten nicht oder nur erschwert zugänglich. Die Zahnärzteschaft hat jedoch bisher versäumt, neben

den auch in Zukunft sicher notwendigen therapeutischen Maßnahmen praktikable und sinnvolle Konzepte zur Prophylaxe, die langfristig zu einer Eindämmung der therapeutischen Leistungen führen, zu entwickeln und einzuführen.

Es ist klar, daß seitens der Zahnärzteschaft mit Widerstand gegen Schulzahnkliniken zu rechnen ist. Dieses bedeutet nämlich eine Durchbrechung des Sicherstellungsauftrages der niedergelassenen Zahnärzteschaft für die Gewährleistung einer flächendeckenden und qualitativ ausreichenden Versorgung der Bevölkerung. Es bedarf hier einer Gesetzgebung zur Jugendzahnpflege auf Bundesebene und des ausdrücklichen festgeschriebenen Rechts auf Behandlung durch die Schulzahnärzte.

Frau Eberle – wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen – Wido – verwies in ihrem Vortrag auf die vom Wido vorgelegte Studie zur Prophylaxe. In dieser Studie wird die ganze Problematik der Entstehung von Karies und Zahnfleischerkrankungen abgehandelt. Eine wirksame Bekämpfung dieser Krankheiten ist nach dieser Schrift nur möglich durch eine Aufklärung der Bevölkerung zur Mundhygiene, durch eine Steigerung der Widerstandsfähigkeit der Zähne gegenüber Kariesfördernden Faktoren durch Fluoridierungsmaßnahmen und durch Veränderung von Ernährungsgewohnheiten.

Rolf Brücken

## Überregionale Tagung der Zahnärzthelferinnen

Am 7. 12. 80 fand im Rahmen der 2-tägigen Veranstaltung der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin eine überregionale Tagung von Zahnärzthelferinnen statt. Gemeinsym mit ÖTV-Mitgliedern aus Giessen, Frankfurt und West-Berlin diskutierten sie über ihre ungünstigen Arbeitsbedingungen, kritisierten den bestehenden Tarifvertrag der DGAG, das unzulängliche und veraltete Berufsbild der ZAH, sowie die mangelhafte Ausbildungssituation. Darüberhinaus wurden Fragen des Jugendarbeitsschutzgesetzes erörtert.

Unter der Leitung der Gießener Zahnärzthelferin Gaby Röhrs erläuterte die DGB-Kreisvorsitzende von Marburg-Biedenkopf Käthe Dinnebier die gewerkschaftlichen Vorstellungen und Forderungen zur Gesundheitspolitik.

Die Teilnehmer wünschen sich für die Zukunft eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen ÖTV und ZAH. Sie erhoffen sich stärkeren Zulauf von Seiten der bisher zu geringen Anzahl von Kolleginnen, um langfristig größeren Einfluß auf die Arbeitsbedingungen nehmen zu können.



# KONGRESS BERICHTE

## Marburger Bund: alter Wein in neuen Flaschen

Der Marburger Bund, die „berufspolitische und gewerkschaftliche Interessenvertretung der angestellten und beamteten Ärzte“ – wie er sich selbst gern nennt – hielt am 7. und 8. November 1980 seine 58. Hauptversammlung ab. Dieser Verband, der zum Zeitpunkt seiner Gründung 1946 besonders die Ärzte zusammenfaßte, die von der engen Zusammenarbeit der traditionellen Ärzteorganisationen mit dem Faschismus enttäuscht waren, hat in letzter Zeit in der Öffentlichkeit verstärkt von sich reden gemacht. Es sei nur als Beispiel die Auseinandersetzung um die Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte genannt, wo der Marburger Bund mit Streikdrohungen auftrat, denen nichts folgte.

Seine Präsenz vor Ort konnte der Marburger Bund nur unwesentlich bessern: Er hat nach eigenen Angaben 32.000 Mitglieder (1979 knapp 30.000) und organisiert – ebenfalls nach eigenen Angaben – 49 % aller nicht leitenden Krankenhausärzte in der Bundesrepublik und Westberlin. Von 32.000 Mitgliedern sind mittlerweile 4.000 Studenten, die er durch etwas anrühige Werbemethoden unter Gewährung von Darlehen mit Zinssätzen weit unter dem Marktniveau an sich bindet. Der Marburger Bund gibt in seinem Rechenschaftsbericht zu, daß die Mitgliederwerbung zunehmend schwieriger wird, nicht zuletzt deshalb, weil das wachsende gruppenegoistische Gerangel unter den Ärzten dem Verband klare und einheitliche Aussagen immer schwerer macht.

Der Marburger Bund weiß auch, daß seine Mitglieder nach der sog. Freiberuflichkeit streben, spricht, sich innerhalb kurzer Zeit aus dem „Zwangsdasein“ des angestellten Arztes lösen und niederlassen. So tauscht er innerhalb von 6 Jahren nahezu die gesamte Mitgliedschaft aus. Welche Auswirkungen das auf die Aktivität der Mitglieder hat, konnte man eindrucksvoll erleben.

Die 32.000 Mitglieder wurden gerade mal von Delegierten repräsentiert, das Sagen auf der Hauptversammlung hatten die Hauptamtlichen und allemal noch die Mitglieder des Beirates. Der Münsteraner Delegierte hatte Schwierigkeiten, die Frage zu beantworten, ob Münster noch weitere Delegierte stellt. Dies wirft ein Licht auf die Art und Weise, wie man beim Marburger Bund Delegierter wird, es zeigt auch etwas von der „intensiven“ Arbeit dieses Verbandes vor Ort.



Im Mittelpunkt der Hauptversammlung stand die Verabschiedung eines gesundheitspolitischen Programms, das zweite in seiner Verbandsgeschichte, das somit das Vorprogramm von 1974 ablöst. Im Vorwort zu diesem verabschiedeten Programm wird ausdrücklich betont, daß es sich an das vom Deutschen Ärztetag im Frühjahr des letzten Jahres vorgelegte sog. Blaue Papier anlehnt, das ja bekanntlich die Erprobung von Selbstbeteiligungsmodellen der Patienten verlangt. Eine Abgrenzung zu diesen Positionen im Blauen Papier wird nicht vorgenommen.

Der Marburger Bund bleibt eine Standesorganisation, die programmatisch für das Freiberufertum ficht und in den Grundfragen mit den meisten übrigen Ärzteorganisationen übereinstimmt.

So handelt es sich bei dem neuen Programm im wesentlichen nur um eine Sammlung bekannter Positionen, hier mehr in Richtung auf den stationären Bereich gewichtet. Aber selbst in den Krankenhäusern möchte der Marburger Bund noch eine Ausweitung des Freiberufertums. So fordert er die vermehrte Einbeziehung von Krankenhausärzten in die ambulante Versorgung, nicht dagegen der Krankenhäuser mit Hilfe von Polikliniken und Ambulanzen. Selbst der im vorgelegten Entwurf enthaltene Satz: „Zur Erfüllung der Aufgabe in Forschung und Lehre muß der freie Zugang der Patienten zu den Polikliniken im Rahmen der vertraglichen Vereinbarungen gewährleistet bleiben“ wurde um das Wort „freie“ nach Kampfabstimmung gekürzt. Mit der Forderung nach Streichung taten sich interessanterweise besonders die Delegierten aus den Universitätskliniken hervor.

Darüber hinaus fordert der Marburger Bund aber auch unverändert die Einführung des Belegarztsystems im breiten Maße auf allen Krankenhausabteilungen. Im Abschnitt Psychiatrie setzt er sich für eine Erleichterung der Niederlassung von Psychotherapeuten ein und für die Übertragung von Rechten in der ambulanten Behandlung auf Krankenhausärzte. Im Abschnitt Krankenversicherungen fordert er mehr Wahlfreiheit für die Versicherten, was letztlich auf eine Stärkung der Privatversicherungen hinausläuft, außerdem enthält dieser Abschnitt den etwas nebulösen Satz, daß die Versicherungsstrukturen

„eine angemessene Eigeninitiative zur Vorsorge gegen Krankheit und deren Folgen ermöglichen“ müssen. Soll es sich hier um eine indirekte Zustimmung zu Modellen der Selbstbeteiligung handeln – warum nur so verschwommen?

Auch die Durchsicht des verabschiedeten Programms unter einem anderen Blickwinkel, nämlich dem der Stellung des Arztes zu den übrigen im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen vermittelt keine neuen Ansichten. Das Programm betont die Notwendigkeit einer engen Kooperation der Krankenhausärzte mit dem Pflegepersonal. Im Entwurf folgte diesem Gedanken folgender Satz: „Der eigenständige pflegerische Bereich wird als die zweite Säule in der Behandlung des Patienten im Krankenhaus angesehen.“ Hiergegen zog man auf der Hauptversammlung in ständischer Manier zu Felde. Man störte sich daran, daß dem Pflegebereich eine Stellung eingeräumt wurde, die der des ärztlichen Personals praktisch gleichkommt. Mit dem Argument: „Das kann die ÖTV machen, aber das paßt nicht zu uns“, wurde die Streichung dieses Satzes erzwungen. Wahrhaftig entlarvend, zeigt es doch, wie weit der Marburger Bund von einer Gewerkschaft im Sinne des solidarischen Verhaltens der abhängig Beschäftigten im Krankenhaus entfernt ist.

Und zur Kostendämpfung? Sie wird nicht prinzipiell abgelehnt, der Marburger Bund erkennt volkswirtschaftliche Grenzen für die Kosten im Gesundheitswesen an, nennt aber nicht die Kriterien für diese Grenzen. Er möchte die finanziellen Ausgaben unter einem Nützlichkeitsgesichtspunkt diskutiert sehen, was das für den einzelnen Patienten heißt, bleibt unbeantwortet. Kostendämpfung darf lediglich den Fortschritt in der Medizin nicht generell in Frage stellen, also doch wohl in Teilbereichen! Konkrete Vorschläge für eine Dämpfung der Kostenentwicklung werden nicht gemacht, im Abschnitt Arzneimittelversorgung werden auf der einen Seite Negativlisten nicht generell abgelehnt, auf der anderen Seite bleibt die Monopolmacht der Arzneimittelindustrie.

Insgesamt ein Programm ohne neue Aspekte, es hätte in dieser Form auch von jeder anderen ärztlichen Standesorganisation formuliert werden können.

Detlev Uhlenbrock ■



## Gesundheitstag Ulm 21.-23. 11. 1980

Die Anregung kam vom Berliner Gesundheitstag. Wir dachten uns, die Mammut-Schau in Berlin sei nur dann sinnvoll gewesen, wenn die Arbeit in den Städten und Regionen verstärkt weitergeht.

ÖTV Ulm, DGB Neu-Ulm, Volkshochschule Ulm und der Arbeitskreis Alternative Medizin von der Basalgruppe Ulm einigten sich auf die Ziele des Gesundheitstages:

- Er soll all denen als Diskussionsform dienen, die Krankheit und Gesundheit in einem gesellschaftlichen und politischen Zusammenhang sehen.
- Er soll verschiedene Strömungen und Gruppierungen, ja aus der gesamten Bevölkerung kritisch nachdenkende und arbeitende Menschen für einige Tage zusammenführen, um so die notwendige Neuorientierung medizinischer und sozialer Tätigkeit gemeinsam zu besprechen und anzugeben.
- Er soll ferner verschiedene Berufsgruppen des Gesundheitswesens ansprechen und durch das Gespräch mit den Sozialversicherten den Bedürfnissen der Bevölkerung einen hohen Stellenwert beimessen, aber auch durch Analyse der Situation in den Krankenhäusern das Unbehagen und die Kritik an der eigenen Arbeitssituation in gemeinsame Ansätze zur Gegenwehr weiterführen.

Zum Auftakt des Gesundheitstages gab's am Freitagabend eine Podiumsdiskussion im DGB-Haus mit dem Thema „Wie krank ist unser Gesundheitswesen?“



### Teilnehmer:

Herr Franke, Verw.-Direktor vom Katharinenhospital in Stuttgart; Dr. Böwing, stellv. Vorsitzender der Kreisärzteschaft Ulm; Prof. Novak, Medizin-Soziologe an der Uni Ulm; Herr Müller, Vize-Direktor der AOK Ulm; Alfred Wohlfahrt, Kreissekretär der ÖTV Ulm; Die Diskussionsleitung hatten Karl-Helz Schneider (DGB Neu-Ulm) und Benno Schwillk (AK Altern, Medizin).

Es war beabsichtigt, durch gezielte Fragestellungen die Positionen der Verbände und Institutionen genau herauszuarbeiten, und zwar was Problemanalyse als auch Strategie betrifft. Dieser Versuch, die unterschiedlichen Einschätzungen auf dem Hintergrund von gesellschaftlichen Widersprüchen und politisch-ökonomischen Interessen darzustellen, ist nicht so gelungen, wie wir uns dies vorgestellt hatten.

Im Gegensatz zu der etwas mißlungenen Podiumsdiskussion brachten einige Veranstaltungen, die am Samstag in der Volkshochschule stattfanden, interessante Aspekte und viele Diskussionen.

Bei der Diskussion um die Situation am Krankenhaus wollten wir

- die Beschäftigten in der Krankenpflege und andere Berufsgruppen erreichen, verbunden mit einer Sensibilisierung bzw. Bewußtmachung ihrer Probleme
- die Bevölkerung erreichen, da sie unsere Probleme als (potentielle) Patienten oder Sozialversicherungszahler auch betreffen.

Hauptanliegen der Veranstalter des Arbeitskreises war, daß es nicht bei der üblichen Problemerkennung bleibt. Es sollten vielmehr auch konkrete Handlungsansätze aufgezeigt werden.

Referat, Diskussion und der Film „Dienen oder Verdienen“ beleuchteten einige Hintergründe der – teilweise recht üblen – Arbeitssituation:

- Erziehung im traditionellen Rollenverhalten (Frau = Helfen/Dienen)
- Hierarchische Struktur des Systems
- Fehlendes Arbeitnehmerbewußtsein
- Immer noch herrschendes Rollenverständnis (Arzt=Mann=dominant/Schwester=Frau=untergeben)
- Desozialisierung des Pflegepersonals durch Schichtdienst (z.B. Schwierigkeiten beim Besuch kult. oder gesellsch. Veranstaltungen), der überwiegende Teil der Bekannten setzt sich aus Kollegen zusammen.
- Die Institution verhindert Demokratisierung, engt ein und führt schließlich zur Resignation.

Aus all dem ergab sich, daß zur Bewältigung der vorhandenen Probleme sich die Kollegen verstärkt in die ÖTV, in den Personalrat, in die Betriebsgruppe einbringen müssen.

Höhepunkt des Tages war das Theaterstück der Betriebsgruppe Uni-Klinik Ulm „Krankenhausrevue – reale Szenen aus einem irren Alltag“. Es zeigte einige Situa-

## KONGRESS BERICHTE

tionen aus dem Klinikleben. Besonders beeindruckend war dabei das Schicksal eines Patienten, der durch Personalmangel und Arbeitshetze seelisch und körperlich zugrunde ging.

Anhand der historischen Entwicklung der gesamten Heilkunde wurde in einem Referat über die „Unterschiede biologisch-dynamischer Heilverfahren zur heute üblichen Praxis der Schulmedizin“ der Versuch gemacht, die heutige Schul- bzw. Universitätsmedizin als logische Konsequenz der veränderten naturwissenschaftlichen Forschungsmethoden darzustellen, – bei weitgehendem Verlust an altem bewährtem Erfahrungswissen. In der Praxis bedeutet dies eine Zerstückelung des Menschen in viele morphologische und physiologische Einzelheiten, sowohl in der Diagnose als auch in der Therapie.

Unter den Zuhörern fiel uns der große Vertrauensvorschuß in die alternativen Heilmethoden auf. Es scheint uns wichtig, daß sich noch mehr Leute mit deren Grundlagen befassen, um auch ihre Grenzen zu sehen. Es besteht nämlich die Gefahr, mit einem Überstrapazieren der Methoden die Enttäuschung und somit die Abkehr davon schon zu programmieren.

Am Sonntagvormittag wollten wir ein Resümee ziehen. Dieses fiel eindeutig und doch ambivalent aus:

- 1) Alle Beteiligten fanden es toll, daß Linke, Alternativler und Gewerkschafter etwas gemeinsam zustande gebracht haben, ihre Berührungspunkte zumindest bis zur Diskussionsbereitschaft reduziert haben.
- 2) Die alten Vorurteile werden nach wie vor formuliert, aber auch gleichzeitig in Frage gestellt, weil die Gemeinsamkeiten in einzelnen konkreten Punkten – und vor allem das gegenseitige persönliche Erleben – das Unvereinbarkeitsdogma in den Hinterköpfen angeknackst haben.

So standen am Schluß einige konkrete Vorschläge im Raum:

- Gründung eines Arbeitskreises „Arbeitsmedizin“, wo Mediziner als Verbündete mit den produktiv Arbeitenden ihre Kenntnisse zur Verfügung stellen, um der „offiziellen“ Arbeitsmedizin (die Kollegen haben miese Erfahrungen gemacht) etwas entgegenzusetzen.
- Verstärkte Zusammenarbeit zwischen fortschrittlichen Ärzten, Pflegeberufen, MTA, Studenten usw.
- Grundsatzdiskussion über Perspektiven und Arbeitsweise der Gewerkschaften.

Wie es nun wirklich weitergeht, wird sich zeigen. Aber man darf hoffen, daß wir am Ball bleiben.

Benno Schwillk



## Rolf Hochhut: „Ärztinnen“



Wer kennt sie nicht, jene gestriegelten und gelackten Arzneimittelvertreter? – Hier ein Skalpellchen, dort ein Notizblöckchen, hier ein Kalenderchen, dort ein Hämmerchen. So laufen sie täglich über die Station oder durch die Praxis – mit ihrem aufgesetzten Grinsen. Hier ein Pflaster, dort ein Wässerchen, ein nettes Infusionsnadelchen, ein neues Methödenchen – alles nette ‚Kleinigkeiten‘ für die lieben Patienten – mit wissenschaftlichen Kommentärchen vom Professörchen und ihren Assistenten.

Wir kennen sie – die wissenschaftlichen Arbeiten von Doktoranden und Habilitanden, die Versuchsgruppen von 15 Personen als statistisch ausreichende Stichprobe ansehen. – Alles für die lieben Patienten? Wir kennen sie – die Versuche am Menschen zum Wohle des Patienten – oder vielleicht doch zum Wohle des Professors?

Rolf Hochhut wagte es bisher als einziger deutscher Schriftsteller, dieses brisante Thema für das Theater zu gestalten. In seinem Stück „Ärztinnen“ werden Experimente am (noch?) lebenden Patienten auf der Bühne problematisiert; in Offenbach fanden sie real statt: Ein Fall vom dortigen Kreiskrankenhaus – Gewebentnahme aus dem noch funktionstüchtigen Teil einer Schocklunge – war Auslöser für dieses Theaterstück. In der Inszenierung von Kurt Hübner

an der Freien Volksbühne in Berlin wird gezeigt, wie Menschen dadurch umkommen.

Nennt Hochhut sein Stück „Ärztinnen“ statt „Ärzte“, um zu zeigen, daß auch die zunächst aufgrund ihres ‚weiblichen Wesens‘ mit mehr menschlichem Engagement in Verbindung gebrachten Frauen in diesem Gesundheitssystem versagen müssen? Wahrscheinlich! Und wahrscheinlich hat er da recht.

Als der Skandal im Stück dann doch offenbar wird, vertuscht sozialdemokratischer Parteienklüngel und bewahrt vor Strafe.

### „Welt“-Kritiker F. Luft

**Erst den Schriftsteller . . .**

*„Das Stück ist entsetzlich, weil so hilflos, so konstruiert, szenisch so trocken und akademisch trübe.“*

**...dann das Publikum beschimpfen:**

*„Am Ende war sogar ziemlich heftiger, wenn auch kurzer Beifall zu hören für eine Darbietung, die so Unbeholfenes, die so eigentlich Unsägliches auszusagen sich bemühte. Das kritische Publikum von Berlin, einst noch so gefürchtet und wach, scheint wirklich ausgestorben.“*

Zusätzlich prangert Hochhut in seinem Stück an: Pharma-Werbung und Pharma-Forschung, deren Absicherung durch Versuche mit wenigen Patienten und/oder durch Bestechung von Fachleuten; Überbelastung von Assistenzärzten; Verflechtung von Politik, Recht und Medizin, Abhängigkeiten der Assistenten von den Professoren – der angestellten Ärzte von der Pharmaindustrie, verstärkt durch die Monopolisierung dieser Industrie; Arbeitslosigkeit, Generationskonflikte . . . Wird da nicht etwas zuviel angerissen?

Nach der Premiere stand jedenfalls fest, daß das Stück beim Publikum ankommt. Daß es bei den bürgerlichen Kritikern durchfiel, war vorherzusehen. Wieviel in dieser Inszenierung vom Originaltext gekürzt oder verändert wurde, wissen wir nicht. Hochhut hat, wohl wegen seiner schlechten Erfahrungen mit (unge)rechten Kritikern, das Original noch nicht freigegeben. Soviel kann man sagen: Die Problematik von Ärzten und die Gefahren der Medizin hat er gründlich durchforstet und dabei viel Richtiges entdeckt.

Nicht nur wegen der Inszenierung – über die sich streiten läßt – sondern wegen dieser Form von Theater überhaupt fühlen wir uns nicht so sehr wohl bei der Sache. Hackethal im Programmheft: „Nun gehen Sie aber bitte diesmal nicht nur

tief betroffen und aufgewühlt nach Hause, sondern tun Sie mal was! Bitte!“ Wer, bitte schön, soll denn was tun? Die Abonnenten eines ‚Subversionstheaters‘, die meist an der nächsten U-Bahn-Haltestelle ihre Betroffenheit mit dem Satz: „Ja, ja, es wird alles immer schlimmer heutzutage“ zu den Akten legen? Wer sieht denn dieses Stück? Das wirklich traurige an diesem Theaterabend ist, daß die sehr nötige und wichtige Auseinandersetzung nicht stattfindet, solange nur eine kleine Gruppe von Mittelstandsbürgern mal den Kopf schüttelt, wenn Hochhut den moralischen Zeigefinger erhebt und als äußerste Konsequenz überlegt, ob man nicht vielleicht doch als Privatpatient solche Gefahren am besten vermeiden könnte.

Conny Krämers + Joseph Diers

## „Behinderte Liebe“ Ein Film von Marlies Graf und der Gruppe Behinderter und Nichtbehinderter

Dieser Film portraitiert vier Körperbehinderte, die ihre Isolation zu überwinden versuchen; in einer Gruppe zusammen mit Nichtbehinderten. Sie suchen gemeinsam nach Lösungen. M. Grafs Thema ist in diesem Film hauptsächlich Invalidität und Sexualität. Es wird sehr deutlich der Einblick in eine „fremde Welt“ mit entsprechender Sentimentalität gezeigt.

Der Film ist eine Art „Selbsterfahrungstheater“, in der Leute Rollen spielen, die sie auch im Leben als Rollen zu spielen haben. Es ist nicht nur ein Dokumentarfilm, sondern auch ein Film, der einen totalen Einblick in das Leben der Gruppe bei der Arbeit des Filmes gibt. Es werden Beziehungen von Behinderten und Nichtbehinderten gezeigt, in der eine deutliche Unfähigkeit der Nichtbehinderten klar wird, Behinderte wirklich zu lieben.

Mich persönlich hat der Film sehr stark betroffen – weil auch ich unfähig bin; auch deshalb fällt es mir schwer, darüber zu schreiben. Die Hilflosigkeit gegenüber Invaliden ist meine eigene Invalidität.

Moni Funke



# Großer Lesertest

Von dem nachstehenden Artikel haben wir zwei Fassungen abgedruckt.

### Gibt es einen Unterschied?

**Die treffendsten Zuschriften werden abgedruckt.**

## Aus dem Alltag eines Kassenarztes

„Der Nächste bitte“, rief Dr. Müller-Schulz\*. Er blickte auf die Wanduhr und klopfte nervös mit einem Lineal auf die Schreibunterlage. Der Patient fröstelte, obwohl das Thermometer 22 Grad anzeigte.

Ein Blick in die Karteikarte, in den Rachen mit einem Mundspatel und in die Ohren mit einem Trichter genügte; der Schlag mit dem Reflexhämmerchen veränderte die Diagnose nicht mehr, wie ein Blick ins Fachbuch bestätigte. Der Fall war eigentlich klar, jedoch ergänzte Dr. M-Sch. die Diagnostik noch durch ein EKG, das in eine Mappe geklebt wurde und eine Blutentnahme, wobei er den Arm des Patienten zunächst auf einen Armkeil legte und dann mit einer Binde staute.

Der Patient mußte zum Facharzt. Dr. M-Sch. stellte die Karte zurück in den Karteikartenständer. Er entnahm einen Zettel dem Zettelkasten und schrieb, nach einem Druck auf die Adressenkartei, dem Patienten die Anschrift des Kollegen mit einem Kugelschreiber darauf. Noch ein Rezept, den Stempel auf das Stempelkissen gedrückt und der Fall war erledigt.

Nach dem Händewaschen und dem Abtrocknen mit dem Handtuch setzte er sich zurück an den Schreibtisch und notierte einen Termin im Kalender. Während er die Asche seiner Zigarette im Aschenbecher abstreifte, wanderten die Augen von Dr. M-Sch. vom anatomischen Modell einer Lendenwirbelsäule über ein Spielzeugmännchen zur Wandtafel.

Es war Zeit für die Post. Doch heute konnte er den Brieföffner in der Schublade lassen: Es waren nur Werbeaussendungen der Pharmaindustrie, die wanderten ungeöffnet in den Papierkorb.

\* Name nicht verändert, da frei erfunden (alles andere ist nicht erfunden und auch nicht verändert).

## Aus dem Alltag eines Kassenarztes

„Der Nächste bitte“, rief Dr. Müller-Schulz\*. Er blickte auf die Fludilat-Wanduhr und klopfte nervös mit einem Ratiopharm-Lineal auf die Klinge-Schreibunterlage. Der Patient fröstelte, obwohl das Effortil-Thermometer 22 Grad anzeigte.

Ein Blick in die Roche-Karteikarte, in den Rachen mit einem Mundspatel aus der Perspiran-Dose und in die Ohren mit einem Otobacid-Trichter genügte; der Schlag mit dem Tranxilium-Reflexhämmerchen veränderte die Diagnose nicht mehr, wie ein Blick ins Thomae-Fachbuch bestätigte. Der Fall war eigentlich klar, jedoch ergänzte Dr. M-Sch. die Diagnostik noch durch ein EKG, das in eine Maycor-Mappe geklebt wurde und eine Blutentnahme, wobei er den Arm des Patienten zunächst auf einen Boehringer-Armkeil legte und dann mit einer Ciba-Binde staute.

Der Patient mußte zum Facharzt. Dr. M-Sch. stellte die Karte zurück in den Alorbat-Karteikartenständer. Er entnahm einen Sidalipid-Zettel dem Fludilat-Zettelkasten und schrieb, nach einem Druck auf die Eusaprim-Adressenkartei, dem Patienten die Anschrift des Kollegen mit einem Venalot-Kugelschreiber darauf. Noch ein Rheumon-Gel-Rezept, den Stempel auf das Flexocutan-Stempelkissen gedrückt und der Fall war erledigt.

Nach dem Händewaschen und dem Abtrocknen mit dem Inconturina-Handtuch setzte er sich zurück an den Schreibtisch und notierte einen Termin im Schering-Kalender. Während er die Asche seiner Zigarette im Olocortina-Aschenbecher abstreifte, wanderten die Augen von Dr. M-Sch. vom anatomischen Modell einer Spondylon-Lendenwirbelsäule über ein Tovere-Spielzeugmännchen zur Lohmann-Wandtafel.

Es war Zeit für die Post. Doch heute konnte er den Dologiet-Brieföffner in der Schublade lassen: Es waren nur Werbeaussendungen der Pharmaindustrie, die wanderten ungeöffnet in den Papierkorb.

Dr. med. Abuse

## ZEITUNG IM GESUNDHEITSWESEN

AUS AACHEN BAD HERSFELD BERLIN BOCHUM  
DORTMUND FRANKFURT FREIBURG GIESSEN  
HAMBURG HANNOVER HEIDELBERG KIEL  
KÖLN LÜBECK MAINZ MARBURG MÜNCHEN  
VILLINGEN - SCHWENNINGEN

„Solch ein fürwahr basisdemokratisches Zeitschriftenprojekt, das auf weiter Medienflur nur selten seinesgleichen findet und zudem immer noch nicht eingegangen ist,“ schrieb die 'Frankfurter Rundschau' am 24. 11. 78 zu unserem 2. Geburtstag.

Eingegangen sind wir noch nicht - im Gegenteil: Von der anfangs reinen Studentenzeitung in Frankfurt wuchsen wir - auch über die Unigränzen hinaus - zu einer überregionalen Zeitung mit selbstständigen Redaktionen in 18 Städten.

**SCHWERPUNKTTHEMEN** sind: Ausbildung in den medizinischen Berufen, Ökologie, Medizin in der 3. Welt, Gewerkschaftspolitik, Alternativen zum herkömmlichen Gesundheitswesen, aber auch persönliche Erfahrungsberichte, Kurzmeldungen und Kleinanzeigen.

Dr. med. Mabuse erscheint viermal im Jahr und ist über die regionalen Redaktionen, in allen besseren Buchläden und im Abonnement erhältlich.

**Abo für ein Jahr: 10,- DM**  
**Förderabo: 20,- DM und mehr**  
**Probeheft gegen Voreinsendung von 2,- DM in Briefmarken**

Postcheckkonto Frankfurt  
Nr.: 130 73 - 600  
BLZ: 500 100 60

Dr. med. Mabuse  
Postfach 160 171  
2400 Lübeck 16

Die Nr. 18 ist erschienen und bringt u.a.:

- Gesundheitsfäden (am Beispiel Ffm) / Krankenpflegebericht /
- 3 Buchbesprechungen / 70 - Stunden- Woche-Nain Danke /
- Löst die Irrenhäuser auf / Kostendämpfungsgesetz / Famu-
- latur in der 3. Welt / Zum Tode von Franco Basaglia u.v.a.m.

22  
Meine guten Vorsätze für das  
Neue Jahr:

- 1) nimmer brav und artig sein
- 2) nicht mehr so oberlehrerhaft sein
- 3) Rechtsschreibung und links-  
schreibung verbessern
- 4) weniger akk akka ackerdemisch  
schreiben
- 5) ich will mutiger sein
- 6) immer schön feucht sein (oder  
- was ist das Gegenteil von "trocken"?)
- 7) ich will versprochene Artikel auch  
abdrucken
- 8) will keine (Ph.) Fotos vertauschen
- 9) ich will keine Pflichtlektüre  
sein
- 10) "der Schwester - die Pfliger" und  
das "deutsche Ärzteblatt"  
verdrängen
- 11) gutes Futter fordern:  
heiße Eisen, dicke Klöße, starke  
Stücke
- 12) Dem Satz(teufel)- und Druck-  
teufel in den Schwanz beißen!



euw  
Gesundheitswiesel.

