

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



04-394711-07-01

398

BOEKER
KARL

TARPENBECKSTR. 125

2000 HAMBURG 20

Schwerpunkt: Arbeitsmedizin

Mißtrauen gegen Betriebsärzte – Interview mit R. Konstanty vom DGB – Bundesvorstand – Vernachlässigte Arbeitsmedizin in der BRD – Arbeitslosigkeit macht krank

Frau und Gesellschaft

Kein Schlachthof für Embryos – Erfahrungsbericht aus der Schwangerschaftskonfliktberatung

Pharma- und Geräteindustrie

Vor Novalgin wird gewarnt

Umwelt und Gesundheit

Probleme der Trinkwasserversorgung

Dokumente

These für ein Arbeitsschutzgesetz – Keine selbständigen Nachtwachen für Auszubildende

3/81

der kommentar

Brauchen wir ein Arbeitsschutzgesetz?

Kommentar von Gregor Weinrich



Seit unserem letzten Schwerpunktthema zum Thema Arbeitsmedizin vor etwa einem Jahr ist die Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz nicht wesentlich zurückgegangen. Zu diesem Schluß muß man kommen, wenn man den Unfallverhütungsbericht der Bundesregierung liest. War man bei den Daten für das erste Halbjahr 1979 noch von einer rückläufigen Zahl von Arbeitsunfällen ausgegangen, so hat sich die Zahl der angezeigten Arbeitsunfälle, Wegeunfälle und Berufskrankheiten im folgenden Berichtszeitraum um 6% erhöht.

Dies ist um so bemerkenswerter, als der Rückgang der Arbeitsunfälle in den letzten 30 Jahren weniger durch Arbeitsschutzmaßnahmen als durch die wissenschaftlich-technische Entwicklung und den damit verbundenen Strukturwandel zu erklären ist (vgl. Priester, DG 1/80).

Jedoch nur ein geringer Teil der arbeitsbedingten Gesundheitsschädigungen erscheint in den offiziellen Statistiken. Hierfür spricht die starke Zunahme der Frühinvalidität in den letzten Jahren. Zu den bisher nicht erfaßten Gesundheitsschädigungen zählen Erkrankungen der Atmungsorgane, wie z. B. Schädigungen durch Asbeststaub, Erkrankungen des Bewegungssystems durch einseitige körperliche Belastung, psychische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen sowie Herz-Kreislauferkrankungen durch zunehmenden Leistungsdruck und Arbeitsplatzunsicherheit.

Sind diese Zusammenhänge wissenschaftlich exakt zu belegen? Bei dem derzeitigen Stand der Forschung sicher nicht in allen Fällen. Der Zusammenhang zwischen Gefährdung am Arbeitsplatz und sozialer Lage läßt sich häufig besser am Einzelbeispiel demonstrieren. So kann zum Beispiel am Schicksal eines Schichtarbeiters gezeigt werden, wie hilflos Opfer und professionelle Helfer der langsamen Zerstörung der körperlichen und geistigen Konstitution des Arbeiters und seiner Familie gegenüberstehen (vgl. Artikel „Die Eigenverantwortung des Schichtarbeiters“ in diesem Heft).

Reinhold Konstantny, Leiter des Referats „Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin“ bei der Abteilung Sozialpolitik des DGB-Bundesvorstandes, schreibt zu diesem Problem: Die Ausgestaltung industrieller Arbeitsprozesse „wird beherrscht von einzelwirtschaftlichem Rentabilitätsdenken ohne Berücksichtigung humanitärer Zielsetzungen und gesamtgesellschaftlicher Kosten. Die staatlichen, berufsgenossenschaftlichen und, soweit vorhanden, betrieblichen Arbeitsschutzaktivitäten wirken auf diese technologische Entwicklung überwiegend mit begrenzten, teilweise untauglichen Mitteln des korrigierenden Eingriffs ein.“ (vgl. DOK. Teil)

Der DGB begrüßt in seiner Stellungnahme die Ankündigung eines einheitlichen Arbeitsschutzgesetzes in der Regierungserklärung vom 24. 11. 1980. Ein solches Gesetzesvorhaben würde erstmals die unübersichtliche Vielzahl divergierender Bestimmungen zusammenfassen und Möglichkeiten eines aktiven Gesundheitsschutzes eröffnen. Folgende Erwartungen werden seitens des DGB in ein solches Gesetz gestellt.

Grundsätzlich sollten die Bestimmungen einen höheren Grad an Verbindlichkeit als bisher besitzen. Neben einem verbesserten Instrumentarium zur Überwachung von Gesundheitsgefährdung am Arbeitsplatz, einem eigenständigen betriebsärztlichen Dienst wird eine stärkere präventive Orientierung der Gesetzgebung und der Aufsichtsbehörden verlangt. Durchzusetzen ist ein solches Gesetz nur durch die paritätische Mitbestimmung und Kontrolle durch die Betroffenen. Wichtig ist hierbei das Recht auf Arbeitsverweigerung bei ernster Gefahr für Gesundheit und Leben, sowie die Möglichkeit für Arbeitnehmer, Anzeigen beim Gewerbeaufsichtsamt zu erstatten.

Da es schon im Vorfeld der Beratungen Versuche gibt, die vom DGB formulierten Aufgaben eines Arbeitsschutzgesetzes zu entschärfen, bedarf es künftig nicht nur einer verstärkten Information der betroffenen Arbeitnehmer, sondern auch erheblichen politischen Drucks durch Betriebe und Gewerkschaften, um Verbesserungen im Arbeitsschutz durchzusetzen. Die schlechten Erfahrungen mit dem Humanisierungsprogramm der Bundesregierung haben gezeigt, daß Humanität am Arbeitsplatz nur durch gewerkschaftlichen Kampf erreicht werden kann.

Wirtschaftliche Krise, steigende Arbeitslosigkeit sowie rascher technologischer Wandel führen dazu, daß die Unternehmer immer mehr versuchen, die Belegschaften zu disziplinieren und auf Kosten der Allgemeinheit zu verjüngen. Beispiele hierfür sind die umstrittene Pensionierungspraxis von Großunternehmen, die Weigerung vieler Betriebe, Behinderte zu beschäftigen und nicht zuletzt, die immer häufigeren Versuche, kranke Arbeitnehmer unter Druck zu setzen. Nicht mehr als die Spitze eines Eisberges kam durch die Veröffentlichung der IG Metall Baden-Württemberg ans Tageslicht: Die Arbeitgeberverbände geben in vertraulichen Rundschreiben Anweisungen, wie Arbeitnehmer bei „Fehlzeiten“ besser kontrolliert und eingeschüchtert werden können.

Zu „Fehlzeiten“ zählt das Institut der Deutschen Wirtschaft Krankheit, Unfall, Kur, Mutterschaft, entschuldigtes und unentschuldigtes Fehlen. Es kommt zu dem Ergebnis, daß „Fehlzeiten“ in kleineren Betrieben durch stärkere persönliche Kontrolle und durch ein besseres Arbeitsklima deutlich niedriger liegen. Die „Fehlzeiten“ schwanken zwischen 6,9 und 11,8%, wobei die Eisen- und Stahlindustrie und das Baugewerbe die höchsten Quoten aufweisen. Kein Gedanke jedoch daran, daß es sich um tarifvertraglich erkämpfte Rechte und nicht um Vertragsverstöße handelt.

Welche Schwierigkeiten Arbeitnehmer haben, aktiven Gesundheitsschutz im Betrieb zu praktizieren, macht ein Urteil deutlich, das kürzlich in Süddeutschland gefällt wurde. Hier wurde die Kündigung eines Kollegen bestätigt, der Verstöße des Arbeitgebers gegen Umweltschutzbestimmungen beim Gewerbeaufsichtsamt angezeigt hatte. Begründet wurde das Urteil mit der Störung des betrieblichen Vertrauensverhältnisses durch den Arbeitnehmer. Dieses Urteil ist kennzeichnend für die Möglichkeiten der Einflußnahme, die derzeit für Betriebsräte und Gewerkschaften auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes bestehen.

IMPRESSUM

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Langenberg), Christina Pötter (Giessen), Michael Regus (Siegen), Annette Schwarzenau (West-Berlin), Hans See (Frankfurt), Harald Skroblias (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Barbara Wille (Göttingen), 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, Ulli Menges; **Pharma- und Geräteindustrie:** Harald Kamps; **Ausbildung:** Edi Erken, Gabriele Buchczik; **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, Spuckstr. 61, 4190 Kleve, Tel. (02821) 265 61 (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) 733 67; Konten: BfG Münster Nr.: 10102947 BLZ: 40010111; Postscheckamt Dortmund Nr.: 24962465 BLZ: 44010046

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

Vertrieb:

Pahl-Rugenstein Verlag, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 364051, Konten: Postscheckamt Köln 6514-503, Stadtparkasse Köln 10652238.

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für Nr. 4/81: 11. 6. 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

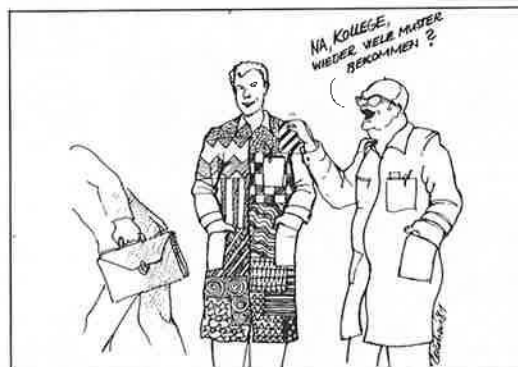


Mit übelster Polemik laufen CDU und katholische Kirche Sturm. Die SPD-Landtagsfraktion in NRW mußte erst durch massiven Druck der Basis dazu gezwungen werden, ihre einmal gemachten Zusagen zur finanziellen Unterstützung einzuhalten. Nach mehr als dreijährigem Tauziehen kann das Institut für Schwangerschaftskonflikte der AWO in Essen seine Arbeit endlich beginnen.



Der Bayernvertrag, eine Absprache zwischen RVO-Kassen und kassenärztlicher Vereinigung in Bayern, soll dazu beitragen, die steigenden Kosten der medizinischen Versorgung in den Griff zu bekommen. Es gibt viele Hinweise dafür, daß damit lediglich eine Umverteilung der Kosten zugunsten der niedergelassenen Ärzte und letztlich eine Verschlechterung der Versorgung der Versicherten bewirkt wird.

Unser Kommentar auf Seite 26.



Obwohl gravierende Nebenwirkungen den Pharmafirmen oft schon seit Jahren bekannt sind, bleiben Medikamente in der Bundesrepublik oft noch lange auf dem Markt, während sie in anderen Ländern schon verboten oder aus dem Handel genommen wurden. „Werbung und Wahrheit“ befaßt sich diesmal mit dem Fall „Novalgin“.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

Inhaltsverzeichnis

Kommentar

von Gregor Weinrich

Schwerpunkt: Arbeitsmedizin

Mißtrauen gegen Betriebsärzte	<i>Grau unterl.</i>
Erfahrungen einer Betriebsärztin	8
Nur der gewerkschaftliche Kampf ist Garant für die Humanisierung	
Interview mit R. Konstanty, DGB	11
Vernachlässigte Arbeitsmedizin in der BRD	14
Arbeitslosigkeit macht krank	17
Alles mit Maß und Ziel	
Eigenverantwortung des Schichtarbeiters	18
Reise in die DDR	20

Gesundheitswesen

Der Bayernvertrag – Maßnahmen zur Kostendämpfung	26
Selbstdarstellung der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin	27

Frau und Gesellschaft

Kein Schlachthof für Embryos	28
Ungewollt – doch gewollt	
Erfahrungsbericht aus einer Schwangerschaftskonfliktberatung	30

Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen

Das Geschäft mit dem Dreck	31
DKG-Interview über die Anhaltszahlen	32

Internationales

Gesundheitswesen in Äthiopien	34
-------------------------------	----

Pharma- und Geräteindustrie

Vor Novalgin wird gewarnt	21
---------------------------	----

Ausbildung

Famulatur im werksärztlichen Dienst	22
-------------------------------------	----

Psychiatrie

Zum Stockhausen-Prozeß	23
------------------------	----

Umwelt und Gesundheit

Das Wasser ist das Beste (!?) – Teil 3	
Wasserprobleme der Entwicklungsländer	24

Dokumente

Thesen für ein Arbeitsschutzgesetz	I
Arbeitsgesetzbuch der DDR	IV
Urteil: Keine selbständigen Nachwachen für Auszubildende	VI
Aufruf für eine atomwaffenfreie Zone in Europa	VII
Generalmobilmachung gegen einen General	VIII

Rubriken

Leserbriefe	2
Aktuelles	4
Termine/Verschiedenes	7
Buchkritik	38
Kultur und Subkultur	36

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

Leser- Briefe

Die Welt ist pockenfrei

„Thema verfehlt?“

Was haben die Pocken mit F. J. Strauß zu tun, nuklearer Krieg mit Barfußärzten, der Sieg über den Hitlerfaschismus mit Primärprävention? Hat der Autor da wohl ein bißchen zu viel in seinem historischen Quellen-Topf gerührt?

Nummal ernst: Das Ende der Pocken ist sicher ein Erfolg der WHO, aber dieser Erfolg hat auch ganz bestimmte epidemiologische Gründe: z. B. die seit über hundert Jahren bestehende Impfpflicht – die einfache, langanhaltende und billige Impfung – ein haltbarer und temperaturstabiler Impfstoff – leichte Kontrollen der erfolgreichen Impfung (Impfnarben) – Pocken ist eine der ganz wenigen Seuchen, die kein Tierreservoir hat und nicht von Tieren übertragen wird, sie ist schnell und einfach an den Hautveränderungen zu diagnostizieren – usw., usw.

Was hat die WHO aber gegen die anderen großen Krankheiten der Dritten Welt erreicht, gegen Malaria, gegen Bilharziose, gegen Onchocerkose usw.?

Klar, die WHO ist ein wichtiges internationales Gremium – ohne sie sähe die Gesundheitssituation in der Dritten Welt noch trauriger aus –, aber der wirkliche Einfluß ist verschwindend gering, die Ausbeutung der Entwicklungsländer geht trotzdem weiter, der Hunger breitet sich immer schneller aus.

Wenn der Autor meint, „Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000“ sei durchaus realisierbar, dann kann ich dem nicht zustimmen, im Gegenteil: katastrophale Armut und der unendliche Hunger werden die bestehenden Seuchen weiter begleiten. Fazit: Thema verfehlt. Schade.

F. Richter
Allgemeinarzt, DTM & H,
Tropenmedizin

Regeln zum Umgang mit Pharmawerbung (DG 2/81)

Von den „10 Regeln zum Umgang mit Pharmawerbung“ befassen sich sechs direkt oder indirekt mit sogenannten Pharmaverbreitern. Warum aber diese komplizierten Ratschläge? Ich schlage stattdessen vor, grundsätzlich keine Pharmareferenten zu empfangen und grundsätzlich keine Ärztemuster anzunehmen. Auf diese Art und Weise wird man erstens nicht von Pharmaberatern verunsichert, zweitens werden keine wenig sinnvollen Präparate angesammelt, 3. gerät man nicht in die Gefahr, zum Werbeträger der Industrie zu werden, 4. gibt es keine unnötige Arbeit mit dem Beseitigen von Werbeinformationen, 5. kommt man nicht in die Verlegenheit an „kalten Buffets“ teilzunehmen und 6. erübrigt sich die Bereithaltung von Stauraum für Ärztemuster.

Ich bin seit 4 Jahren kassenärztlich tätig und habe in diesem Zeitraum nicht einen einzigen Pharmavertreter empfangen bzw. Ärztemuster angenommen. Trotzdem bewege ich mich in dem von der KV ermittelten Arzneimittelumschlag weit unter der Norm der in Frankfurt tätigen vergleichbaren Fachärzte.

Dr. med. Winfried Beck, Frankfurt

Krefelder Appell

Erst einmal möchte ich feststellen, daß ich es auf jeden Fall begrüßenswert finde, wenn in einer Zeitschrift wie das „Demokratische Gesundheitswesen“ auch Probleme der Auf- bzw. Abrüstung und der wachsenden Kriegsgefahr behandelt und problematisiert werden. Natürlich betrifft dieses Problem auch die Beschäftigten im Gesundheitswesen, und es finden in diesem Bereich auch Diskussionen darüber statt.

Ich finde es auch durchaus legitim, wenn sich die Redaktion des „Demokratischen Gesundheitswesens“ für die Unterstützung des „Krefelder Appells“ entscheidet und in der Zeitschrift aufruft, diesen zu unterstützen bzw. Unterschriften dafür zu sammeln.

Allerdings bin ich auch der Meinung, daß im „Demokratischen Gesundheitswesen“, die doch wohl eine überparteiliche (im Sinne von politischen Parteien), fortschrittliche Zeitschrift für das Gesundheitswesen sein soll, auch andere Abrüstungsinitiativen dokumentiert werden müssen. Ich denke dabei z. B. an die Initiative der Russell-Peace-Foundation: Aufruf für eine atomwaffenfreie Zone in Europa, der in der antimilitaristischen Bewegung ebenfalls breit diskutiert wird, so z. B. auf der II. Sozialistischen Konferenz, auf der Bundesdelegiertenkonferenz der Selbstorganisation der Zivildienstleistenden im März in Frankfurt usw.

Ich meine, daß dieser Aufruf für eine atomwaffenfreie Zone in Europa der gegenwärtigen politischen Lage wesentlich besser entspricht als der „Krefelder Appell“, da er sich gegen beide Supermächte gleichermaßen richtet und konsequenterweise auf die Auflösung von Warschauer Pakt und NATO abzielt.

Auch wenn die Redaktion des „Demokratischen Gesundheitswesens“ sich für die Unterstützung des „Krefelder Appells“ ausgesprochen hat, sollte sie den Aufruf der Russell-Peace-Foundation in seiner gesamten Länge dokumentieren. Das Bevorzugen des einen Aufrufs und Verschweigen des anderen steht einer Zeitschrift wie dem „Demokratischen Gesundheitswesen“ nicht gut an. Die Leser sollten die Möglichkeit haben, sich selber ein Urteil zu bilden.

Der Aufruf der Russell-Peace-Foundation für eine atomwaffenfreie Zone in Europa liegt diesem Leserbrief in voller Länge bei.

Reinhard Dietrich, Bremen



Anmerkung der Redaktion:

Wir haben uns nicht zufällig für den Krefelder Appell entschieden. Die breite Unterstützung, die er findet, bestätigt diesen Entschluß. Den Aufruf der Russell-Peace-Foundation dokumentieren wir gerne, selbst wenn wir damit weitere Aufrufe, wie den der 6000 Sozialdemokraten „verschweigen“.

Wer sich nicht auf das Lesen von Aufrufen und das Unterschreiben beschränken will, kann sich selbst in Bewegung setzen. Und zwar beim Friedensmarsch 1981. Er startet am „Bertrand-Russell-Tag“ am 21. 6. 1981 in Kopenhagen und endet nach 1122 km Fußmarsch am 6. 8., dem 36. Jahrestag der Hiroshima-bombe, mit einem Friedensfestival in Paris. Die Hauptparole lautet:

Für ein atomwaffenfreies Europa!

Jeden Tag wird 20–30 km marschiert, unterbrochen von kulturellen Veranstaltungen in größeren Städten. Man kann sich dem Marsch auch nur für einzelne Etappen anschließen. Hier die grobe Route:

28. 6. Kiel	24. 7. Brüssel
5. 7. Bremen	1. 8. Noyon
11. 7. Münster	6.–9. 8. Paris
17. 7. Eindhoven	

Psychiatrie

Das Dilemma der Neuen Psychiatrie in Italien

Seit dem Tode von Franco Basaglia setzt sich die italienische Öffentlichkeit noch einmal verstärkt mit dem Thema Psychiatrie auseinander. In einem erst kürzlich erschienenen Artikel im italienischen „Espresso“ wird der Neuen Psychiatrie vorgeworfen, daß sie bis heute nicht genau angeben könne, welchen Weg sie beschreite. Die italienische Linke spricht in diesem Zusammenhang sogar von einer tiefen Krise der Neuen Psychiatrie und meint damit das Dilemma zwischen Anspruch und Wirklichkeit.

Den historischen Anspruch für die Neue Psychiatrie formulierte einst Basaglia, indem er forderte, die Irrenhäuser und die ihr zugrundeliegende Wissenschaft restlos abzuschaffen. Basaglia leitete diesen Anspruch direkt aus seiner praktischen Tätigkeit als Anstaltsdirektor in Görz ab, wo er die Psychiatrie als den Ort der gesellschaftlichen Ausgrenzung und der staatlichen Repression entlarvte.

Später kämpfte er dann für die Auflösung von Irrenhäusern und verschaffte sich Ruhm, als es ihm Ende der 70er Jahre gelang, die Anstalt in Triest zu schließen.

Die Erfahrungen von Triest bildeten dann überhaupt erst die Grundlage für die Entwicklung eines neuen nationalen Psychiatrie-Gesetzes, das im Jahre 1978 durch viel politisches Geschick der Linken im Parlament verabschiedet werden konnte. Seitdem wird die Auflösung von Anstalten und der gleichzeitige Aufbau dezentralisierter Versorgungsstrukturen gesetzlich vorgeschrieben.

Allerdings zeigt die gegenwärtige Realität, daß der ursprüngliche Anspruch nach der radikalen Abschaffung der Psychiatrie bis heute nicht eingelöst werden konnte, und die Linke ist sich einig, daß dies auch für die Zukunft nicht geschehen wird, wenn nicht gravierende gesellschaftliche Veränderungen eingeleitet werden. – So wurden hier und da zwar Anstalten geschlossen; aber diese Tatsache darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß insbesondere alte Patienten nicht mehr rehabilitiert werden können und somit in neue Asyle untergebracht werden müssen. Das Problem von sehr alten und bettlägerigen Patienten kennen wir in Deutschland nicht, weil während des Nationalsozialismus viele Patienten umgebracht wurden.

Ein weiteres Faktum der Neuen Psychiatrie ist die Einrichtung von Spezialabteilungen in den Allgemeinen Krankenhäusern. Das neue Gesetz schreibt solchen Krankenhäusern vor, für Zwangseinweisungen und Akutfälle eine Abteilung mit 15 Betten einzurichten.

Damit zeigt uns die Realität der italienischen Psychiatrie, daß sie sich selbst keineswegs aufgehoben hat, sondern sich im Prinzip unverändert hat, nämlich in den Bereich der Medizin. Historisch gesehen war aber gerade die Medizin diejenige Disziplin, aus der sich die Psychiatrie herausentwickelt hatte.

Wenn heute die Psychiatrie wieder in die Medizin integriert wird, ist damit aber der Gefahr Vorschub gegeben, psychische Krankheiten in Zukunft auf der Basis rein medizinischer Modelle zu beschreiben und sie vor allem entsprechend zu behandeln. Die Geschichte der Psychiatrie liefert uns dafür Beispiele. So zielten die ersten wissenschaftlich-medizinischen Untersuchungen über das Irresein darauf ab, die Geisteskrankheit als eine hirnorganische Krankheit zu betrachten.

Das Dilemma zwischen Anspruch und Wirklichkeit sollte uns aber nicht vergessen lassen, daß die Neue Psychiatrie in Italien gemeindeennahe Versorgungsstellen aufgebaut hat, die im Kontext von Prävention, Therapie und Rehabilitation arbeiten. Außerdem wird die Zwangseinweisung entscheidend eingeschränkt und kann jederzeit auch politisch überprüft werden. Auch wenn die Neue Psychiatrie als „Historischer Kompromiß“ gedeutet werden muß, hat sie es dennoch geschafft, die Strukturen der psychiatrischen Versorgung maßgeblich zu demokratisieren.

Karsten Toemmler, Braunschweig

Die „Neue Psychiatrie in der Bundesrepublik“ bildet den Schwerpunkt von DG 4/81. Führen die „neuen Wege der psychosozialen Versorgung“ zu mehr Freiheit oder wird die Gesellschaft „psychiatrisiert“? Wir wollen berichten über Menschen, die handeln und sich nicht mehr behandeln lassen. Wer sich durch die Thematik angesprochen fühlt, der soll uns schreiben!

Demokratisches Gesundheitswesen
Postfach 101 041
4100 Duisburg 1

oder ruft uns an:
0 28 21/2 65 61
Redaktionsschluß: 11. 6. 1981



„Wege zu Wissen und Wohlstand . . .“

Unser Gesundheitswesen ist ein Selbstbedienungsladen für alle, die auf privatrechtlicher Basis Leistungen anzubieten haben: Pharmaindustrie, Ärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Apotheker, Optiker und hunderte weiterer Lieferanten nehmen ungeniert, was sie kriegen können. Und das nicht zu knapp; mehr als 70 Mrd. DM im Jahr.

Gegen die strafforganisierte Lobby stehen die bürokratischen Krankenkassenverwaltungen meist schlecht da. Sie tun, was sie seit Jahrzehnten geübt haben: Ärger vermeiden und Beiträge erhöhen.

Nun aber scheint der Bundesverband der Ortskrankenkassen doch einen Gegner gefunden zu haben, gegen den es sich lohnt, unerbittlich zu Felde zu ziehen: den Herausgeber einer linken Schrift „Wege zu Wissen und Wohlstand: lieber krankfeiern als gesundschuften“. Darin wird erstmals auch für Versicherte beschrieben, wie man von den Errungenschaften der Krankenversicherung möglichst viel profitieren kann.

Völlig zu Recht geht dies den Krankenkassen gegen den Strich. Wo kämen wir da hin, wenn nach allen anderen nun auch noch die Versicherten anfangen würden, ihre Krankenkasse als Selbstbedienungsladen zu betrachten!

Was den Anbietern recht ist, braucht den Versicherten noch lange nicht billig zu sein. Eine solche Umkehrung der bewährten Regel des Krankenversicherungssystems kann nur der kriminellen Energie von Leuten entspringen, die eigentlich sowieso nach „drüben“ gehören.

Konsequent bläst der Bundesverband der Ortskrankenkassen zur strafrechtlichen Verfolgung bis in den entlegensten Winkel unserer Republik. Jedes beschlagnahmte Exemplar ist ein Sieg für den Rechtsstaat, oder?

Es ist zu hoffen, daß die Krankenkassen bei der Jagd auf Buchhändler und Verleger juristische Erfahrungen sammeln. Die könnten sie nämlich brauchen. Wie wär's z. B. mal mit einer Klage gegen die rücksichtslose Vermarktung riskanter Pharmaka oder für die Unterstützung eines im Medizinsystem geschädigten Patienten?

So etwas soll es ja auch geben, nur, daß man von einem diesbezüglichen Engagement der Krankenkassen noch nie etwas gehört hat.

Ein Mitglied des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen

Alkoholranke ambulant behandeln (DG 2/81)

Therapiekette ist wichtig

Seit etwa 2 Jahren arbeite ich in einem großen Landeskrankenhaus auf einer Entwöhnungsstation für Alkoholranke. Daher habe ich die letzte DG mit besonderem Interesse gelesen und möchte nun aus meiner Erfahrung einige Punkte zur Ergänzung des Problems anbringen, aber auch bereits Gesagtes bestärken.

Alt Trojan spricht sich in seinem Artikel eindeutig für die ambulante Behandlung Alkoholkranker aus. Die wenigen (2) Vergleichsuntersuchungen, die mir bekannt sind, sprechen sich ebenso eindeutig dafür aus. Nun kann man hören, daß das Max-Planck-Institut eine bundesweite und sehr umfangreiche Katamnese-Untersuchung durchführt. Man darf annehmen, daß es letztlich um die o. g. Fragestellung geht, konkreter: Steht der enorme Aufwand stationärer Therapien in einem sinnvollen Verhältnis zum Erfolg. Als im stationären Bereich Tätiger muß ich mich dieser Frage stellen.

Leider stehen hinter solchen Fragestellungen jedoch eher ökonomische als patientenorientierte Interessen. So kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, daß etwa bei der Drogentherapie wegen der geringen Erfolgszahlen in harten Aussonderungsverfahren nur wenige einen teuren Therapieplatz erhalten, während man die große Masse einfach ihrem Schicksal überläßt, ohne eine Alternative anzubieten.

Eine ähnliche Tendenz könnte sich angesichts niedriger „Erfolgsquoten“ im Bereich der stationären Alkoholismusbehandlung auch ergeben.

Der Vergleich zwischen ambulanter und stationärer Behandlung wirft jedoch noch mehr Probleme auf.

Ich meine, daß man die Klienten, die ambulant betreut werden, nicht mit denen, die in Landeskrankenhäusern untergebracht sind, vergleichen kann. So sind Verluste der sozialen Bindungen und des Arbeitsplatzes im stationären Bereich ungleich häufiger.

Entsprechend gestalten sich die Prognosen schlechter. Als Kostenträger findet sich meist nur das Sozialamt, und das therapeutische Angebot der Landeskrankenhäuser für diese Patienten ist denn auch sehr mager.

Wie sehr therapeutische Erkenntnisse gegenüber ökonomischen Interessen verdrängt werden, zeigt sich in einer anderen Art stationärer Betreuung. So entstehen nach wie vor in den landschaftlich schönsten Gegenden unserer Republik „Fachkliniken“ für Suchtkranke. Die Kosten tragen hier die Rentenversicherungsträger, also BfA oder LVA, die auch selbst solche Häuser errichten.

Ich halte dies für sehr bedenklich. Zum einen wird hier eine Zwei-Klassen-Psychiatrie gefördert, da es sich nur um einen kleinen, prognostisch günstigen und finanziell reizvollen Anteil der Suchtkranken handelt, während der große Rest in den Landeskrankenhäusern vernachlässigt bleiben muß.

Zum anderen bin ich der Meinung, daß auch oder gerade die Behandlung Suchtkrankter gemeindenah erfolgen sollte. Nur so läßt sich die Familie sinnvoll in die Therapie einbeziehen, kann Arbeits- und Wohnungssuche effektiv sein und kann eine vernünftige Nachsorge gestaltet werden.

Zur gemeindenahen Versorgung gehören auch die schon lange geforderten, aber längst noch nicht überall eingerichteten „Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften“, die als vorrangigstes Ziel einen Bedarfsplan für ihre Region aufstellen sollten. Damit verhindert man u. a., daß jede Organisation eine für sie finanziell interessante Einrichtung aufbaut und in Konkurrenz zu anderen tritt, anstatt kooperativ eine regionale, bedarfsorientierte Therapiekette entstehen zu lassen, die dann auch die in der Suchtkrankenhilfe bisher eher vernachlässigten Elemente der Prävention und Nachsorge stärker berücksichtigt.

Leser-Briefe

In der regionalen Versorgung tun sich natürlich besonders die großen Landeskrankenhäuser schwer. Wegen des riesigen Einzugsgebietes unserer Klinik habe ich es z. B. derzeit mit sieben Gesundheitsämtern zu tun, etwa doppelt so vielen Suchtberatungsstellen und unzähligen Selbsthilfegruppen. Eine zufriedenstellende Zusammenarbeit ist so aus verständlichen Gründen praktisch nicht möglich. Jedoch scheint mir gerade hier die Sektorsierung ein probates Mittel zu sein.

Abschließend möchte ich noch auf ein Problem eingehen, daß schon 1975 von Klaus Antons angesprochen wurde und die Inhalte bzw. Methoden der Alkoholismustherapie betrifft. So sei es ohne weiteres möglich, etwa 30 unterschiedliche therapeutische Richtungen aufzuzählen, die sich derzeit mit Alkoholikern befassen. Dies führt leider dazu, daß über die Inhalte der Therapie unter Suchttherapeuten kaum ein sinnvoller Erfahrungsaustausch oder gar Supervision möglich ist. Auf dem letzten interklinischen Treffen der Suchttherapeuten aus dem Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland wurde deshalb beschlossen, gemeinsame Fortbildungsseminare zu veranstalten, um in der Zukunft einheitlicher und vergleichbarer zu arbeiten. Ein lobenswerter Versuch, wie ich meine!

Uwe Dönisch-Seidel, Dipl.-Psych.
Schmidtstr. 15
4190 Kleeve 1

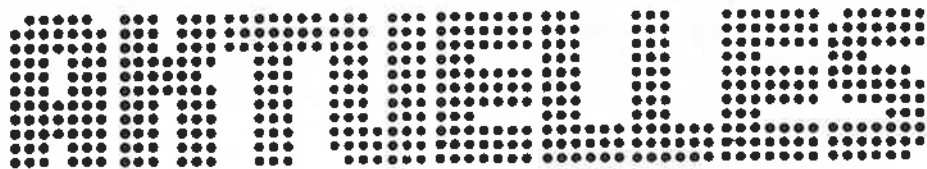
Sucht (DG 2/81)

Bundesregierung unterläuft internationale Abkommen

Zu dem Artikel „Therapie als Strafe“ (W. Schmidt, DG 2/81) sollte ergänzt werden, daß mit der Neuordnung des Betäubungsmittelrechtes die Bundesrepublik versucht, dem „Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe“ gerecht zu werden – wozu sie verpflichtet ist. Allerdings sieht das Gesetz, das am 1. 7. 1981 in Kraft treten wird, „Erleichterungen gegenüber dem Übereinkommen vor, die nur mit Mühe noch mit den Zielen des Übereinkommens als vereinbar angesehen und international vertreten werden können. . . . Denn hinter den . . . 15 neuen Stoffen verbirgt sich nämlich eine Palette von ca. 460 im Handel befindlichen Arzneimitteln. . . .“ (zitiert aus der Begründung zum Gesetzentwurf)

Neu ist an diesem Übereinkommen, daß internationale Kontrollbestimmungen für neuere zentralwirksame Stoffe mit hohem Abhängigkeitspotential gefordert werden (außer z. B. für LSD auch z. B. für Meprobamat, das außer als Monopräparat unter 11 verschiedenen Handelsnamen in der BRD in zahlreichen Kombinationspräparaten auf dem Markt ist). Der Begriff „psychotroper Stoff“ ist nach dem Übereinkommen nicht allein mit medizinisch-pharmakologisch-naturwissenschaftlichen Methoden zu beschreiben, sondern er ist definiert durch Stoffe in den vier Listen (Anhänge) des Übereinkommens, von denen mißbräuchliche Verwendung international dokumentiert ist. Die Unterzeichnerstaaten des Übereinkommens, darunter die BRD, sind u. a. dazu verpflichtet, nach Artikel 11 des Übereinkommens Verzeichnisse vorzulegen, aus denen der Umfang des Verbrauchs von psychotropen Stoffen hervorgeht. Darunter sind viele zentraldämpfende Substanzen, die zu Arzneimitteln verarbeitet werden.

In der Anlage schicke ich eine Fotokopie vom Bundesanzeiger, in dem zusammen mit der revidierten Deklaration von Helsinki eine „Empfehlung über den Gebrauch psychotroper Arzneimittel“ bekannt gemacht wird. Meines Wissens an anderer Stelle nie publiziert.



Kurz notiert

Pharma-Rekorde

Mit einer Umsatzsteigerung um 7% auf 1,5 Mrd. DM übertraf die Schering AG auch im Geschäftsjahr 1980 wiederum das Branchenergebnis (Handelsblatt, 16. 2.). Die Eli Lilly and Co. führender Pharmakonzern der USA „erarbeitete“ im Geschäftsjahr 1980 mit einer Zunahme des Weltumsatzes um 14% neue Höchstsergebnisse. Auch die Lilly Deutschland GmbH konnte zu diesem Rekord-Resultat beisteuern (Handelsblatt, 9. 3.).

AOK-Verband um Krankheitskosten besorgt

Der Bundesverband der Ortskrankenkassen wies darauf hin, daß man gerade in diesem Jahr mit einem besonders starken Auseinanderklaffen der Einnahmen und Ausgaben rechnen müsse. Besonders stark seien mit 11% die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel gestiegen. Die Ausgaben für Arzneimittel seien um 9,3%, die für die Krankenhauspflege um 8,3% gestiegen (Neue, 14. 3.).

Konzertierte Spar-Aktion

Die Kassen haben 1980 8,4 Mrd. DM mehr ausgegeben als 1979. Möglichkeiten, diese Entwicklung zu stoppen, sieht Arbeitsminister Ehrenberg darin, daß „überzählige“ Betten in den Krankenhäusern abgebaut werden, ärztliche Praxen stärker rationalisiert und die Verordnung von Medikamenten und Zahnersatz auf das „medizinisch Notwendige und wirtschaftlich Sinnvolle“ begrenzt werden (Neue, 25. 3.).

Rückschritt ins psychiatrische Mittelalter

Wegen Verletzung der Sorgfaltspflicht wurde ein ehemaliger Stationsarzt der Rheinischen Landeslinik Düren verurteilt. Eine Patientin seiner Station hatte während der unterbesetzten Mittagspausenzeit Selbstmord begangen. Der Arzt für Neurologie und Psychiatrie, zusätzlich in Psychotherapie ausgebildet, hatte zuvor nicht, „wie sonst üblich“, die Medikation erhöht, sondern in einem längeren Gespräch versucht, der gefährdeten Frau Zukunftsperspektiven zu vermitteln. In ihrer Stellungnahme zu dem Urteil betont die Betriebsleitung, daß sich durch „hohe Medikamentengabe oder gar Festbinden am Bett“ Selbstmorde nicht verhindern lassen, daß sich im Gegenteil Selbstvernichtungsimpulse eher verstärken. Die lückenlose Überwachung sei vom vorhandenen Personal gar nicht zu leisten. Die Landeslinik werde zusätzlich durch die finanziellen Schwierigkeiten der öffentlichen Haushalte besonders hart getroffen (Aachener Nachrichten, 11. 3.).

35 000 Schwestern und Pfleger fehlen

Nach Angaben des Vorsitzenden des Fachverbandes der Krankenpflege fehlen gegenwärtig rund 35 000 examinierte Krankenpflegekräfte. Dramatisch spitze sich die Situation in den Ballungszentren zu. Hier seien bis zu 40% aller Stellen nicht besetzt. Wesentlicher Grund: Überforderung in den großen Bettenburgen, wo sie bis „an die Grenze der Leistungsfähigkeit arbeiten mußten“ (Rheinische Post, 7. 4.).

Gesundheit, Herr Reagan

Einer dpa-Meldung zufolge will US-Präsident Reagan als Maßnahme zur Wirtschaftsankurbelung auch im Arzneimittelsektor die „Behinderungen für den freien Wettbewerb“ abbauen. Als Maßnahme ist u. a. geplant, daß die Firmen nicht mehr, wie bisher, die Wirksamkeit ihrer Präparate nachweisen müssen.

12,6% – aber keinen Delegierten

Unter Protest verließen die Delegierten der „Liste Demokratischer Ärzte“ die Versammlung der Landesärztekammer Hessen. Obwohl sie 12,6% der hessischen Ärzte vertreten, wurde ihnen zum fünftenmal verweigert, auch nur einen Delegierten zum Deutschen Ärztetag zu entsenden. Zuvor hatten die Listenvertreter die Delegiertenversammlung aufgefordert, einen ausländischen Kollegen in den Beirat der LAK (er hat beratende Funktion für gruppenspezifische Ärzteprobleme) aufzunehmen. Bisher gehören diesem Beirat u. a. ein Sanitätssoffizier und ein Arzt der Pharmaindustrie an. Der Antrag wurde abgelehnt.

El Salvador –

Gewalt auch gegen Gesundheitspersonal!

Das Morden in El Salvador geht weiter – auch Ärzte, Krankenschwestern und anderes medizinisches Personal sind nicht mehr vor Verfolgung, Folterung und Ermordung sicher.

In einem Zwischenbericht über die geleistete Arbeit im Jahr 1980 berichtet MEDICO INTERNATIONAL jetzt über die Lage der Gesundheitsversorgung in El Salvador und die Verfolgung des Gesundheitspersonals durch Militär, rechtsradikale Privatarmeen und Interventionstruppen.

Eine ganze Reihe von Fällen wird dokumentiert, wo Militär und paramilitärische Banden Ärzte, Krankenschwestern und Medizinstudenten bedroht, gefoltert und ermordet haben. Soldaten und Paramilitärs stürmten Krankenhäuser und erschossen kaltblütig Patienten, z. T. unter den Händen der Ärzte auf dem Operationstisch. Oftmals reichte schon der Verdacht, Kontakt zu oppositionellen Gruppen zu haben, um die Betroffenen noch bis ins Krankenhaus zu verfolgen. Ärzte wurden ermordet, weil sie verwundeten Oppositionellen erste Hilfe leisteten. Ziel dieser Aktionen des Regimes ist es, den Widerstand des Volkes auch dadurch zu brechen, daß es seine medizinische Versorgung unterbindet. Die Militärjunta überwacht strikt die Einfuhr von Medikamenten und Verbandmaterial, nur ihr genehme Organisationen und Institutionen werden beliefert, die einzige Blutbank El Salvadors wurde in ein Militärkrankenhaus verlegt und untersteht jetzt dem Verteidigungsminister.

In dieser Situation ist die Hilfe durch MEDICO INTERNATIONAL besonders wichtig, wodurch bisher schon elf Sendungen mit Notdepots für Medikamente, Verbandmaterial, chirurgischem Gerät und Kompakt- und Diätahrung versandt werden konnten. MEDICO INTERNATIONAL will diese Hilfe noch weiter verstärken und bittet eindringlich um noch größere Unterstützung für seine Arbeit.

Weitere Informationen bei
MEDICO INTERNATIONAL
Homburger Landstraße 455
6000 Frankfurt/M. 50
Spendensonderkonto:
Nr. 232 Stadtparkasse Ffm.
Stichwort: „El Salvador“

Kündigungswelle gegen ÖTV-Mitglieder

An der Kinderklinik Datteln läuft zur Zeit eine großangelegte Kündigungswelle, die interessanterweise nur aktive ÖTV-Mitglieder trifft.

Ende Januar 1981 wurde der erste Kollege (Psychologe) wegen eines „gestörten und nicht mehr reparablem Vertrauensverhältnisses“ zu seinem ärztlichen Chef durch die Verwaltung der Klinik gekündigt. Bereits eine Woche später mußte der Kollege nach einem absoluten Hausverbot die Klinik innerhalb von 90 Minuten verlassen. Gegen die genannten Maßnahmen wurden Rechtsmittel eingelegt.

Als am 11. 2. 1981 ÖTV-Kollegen auf einem Flugblatt, das sie vor der Kinderklinik verteilten, über diesen Sachverhalt informierten, sah die Verwaltung endgültig rot. Es folgten eine Strafanzeige wegen Hausfriedensbruch, zwei Abmahnungen sowie die Kündigung von 3 weiteren Kollegen, die an der Flugblattaktion beteiligt waren. Vorwand für die Kündigung war in zwei Fällen eine betriebsintern notwendig gewordene Umstrukturierung, im dritten Fall ein Kirchenaustritt. Besonders empörend ist dabei, daß es sich beim letzten Fall um eine Schwester im Mutterschutz handelt. Die Schwester ist z. Z. im 9. Monat schwanger!!

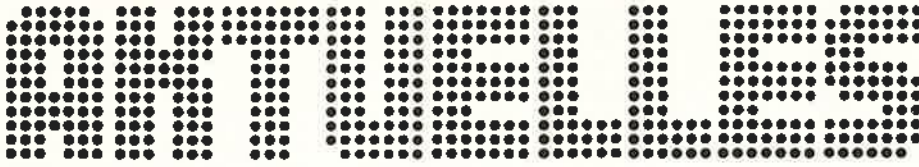
Die ÖTV-Betriebsgruppe der Klinik Datteln will auch in Zukunft auf eine aktive Öffentlichkeitsarbeit nicht verzichten. Gegen alle Maßnahmen der Verwaltung sind Rechtsmittel eingelegt.

In der nächsten Nummer werden wir über die Vorfälle ausführlicher informieren.

Bundestag diskutierte Krebsbericht

Weitgehende Einigkeit wurde in der Bundestagsdebatte am 22. 1. 1981 erzielt, als über den Krebsbericht der Bundesregierung diskutiert wurde (Bundestagsdrucksache 8/3556). Der vorgelegte Bericht, 51 Seiten stark, gibt Auskunft über alle in Zuständigkeit der Bundesregierung durchgeführten Maßnahmen im Bereich der Krebsforschung und -bekämpfung, über Koordinationsabsichten mit anderen Trägern sowie über Defizite in Forschung und Vorsorge.

Probleme bereiten nach wie vor die Einrichtung von zentralen Krebsregistern, gegen die bisweilen mit



Datenschutz-Argumenten gesprochen wird, sowie eine wirkungsvolle Prävention.

Wer die jüngsten Auseinandersetzungen um die Verabschiedung des Chemikaliengesetzes verfolgt hat, kann darüber hinaus ermes- sen, daß bei den derzeitigen politi- schen Kräftekonstellationen im Bundestag kaum wirksame Prä- ventionsmaßnahmen, die eine konsequente Kontrolle aller chemi- schen Produkte und krebserzeugen- der Arbeitsstoffe einschließen müßte, in Angriff genommen wer- den dürften.

Schwesternstreik in den USA

Nach einem Bericht des American Journal of Nursing kam es in New York zu einem Stägigen Streik von 2200 Schwestern dreier verschie- dener Krankenhäuser.

Langwierige Tarifverhandlungen, die die Verhandlungskommission der New Yorker Schwestern-Asso- ciation geführt hatte zu Regeln- gen berufsfremder Tätigkeiten, Überstundenanzahl, Arbeitszeiten und Gehälter, waren vorausge- gangen. Weder die Einschaltung eines Vermittlers noch Aktionen der Schwestern, wie das in der USA übliche Picketing (Demon- strieren mit umgehängten Schildern), hatten ein Ergebnis erzielen können.

Das endlich vorgelegte Verhand- lungsergebnis wurde von 803 der 1076 wahlberechtigten Schwe- stern abgelehnt. Daraufhin wurde eine Urabstimmung für einen Streik eingeleitet, die eine $2/3$ -Mehrheit erforderte. Das Ergebnis der Urab- stimmungs-Versammlung gab mit 844:16 Stimmen ein deutliches Bild der Entschlossenheit, in den Streik zu treten.

Auch die New Yorker Schwestern hatten bis dahin keinerlei Streiker- fahrung. Von daher herrschte Spannung und Angst angesichts dieser neuartigen Situation vor.

Dem Krankenhaus wurde eine 10-Tage-Frist gegeben, die es ihm ermöglichen sollte, alle notwen- digen Vorkehrungen für den Schutz der Patienten und für die Versor- gung der Bevölkerung zu treffen. Die Schwestern selber bildeten mehrere Komitees, die Unterstüt- zungsfunktionen für die Streik- durchführung übernahmen: ein Picketing-Komitee; ein Telefon- Komitee, das für die Benachrichti- gung der Schwestern während des

Streiks zuständig war; ein Komitee für Öffentlichkeitsarbeit und das Komitee für Patientenbetreuung.

Dieses Komitee nahm zwei Tage vor Streikbeginn eine Klassifizie- rung aller Patienten vor, um dieje- nigen Patienten herauszufinden, die während des Streiks nicht ver- legt werden konnten und deren Be- treuung gesichert werden mußte. Alle übrigen Patienten wurden ver- legt, womit sämtliche Mitglieder des Pflegepersonals zwei Tage lang beschäftigt waren.



Am 1. Februar um 7 Uhr morgens begann dann der Streik. Trotz der Kälte kam es zu einem Marsch von einigen Hundert. Die hektisch ver- mittelten neuen Verhandlungsan- gebote des Managements wurden jeweils in Versammlungen an den nächsten Tagen diskutiert und ein weiterer Kompromißvorschlag wieder mehrheitlich abgelehnt. Ärzte begannen, im Dienst Unter- stützungsplaketten zu tragen.

Erst am 5. Tag wurde ein Angebot mit 606 zu 211 Stimmen auf der Streikversammlung angenommen. Die Anzahl von zusätzlichen Schichten und Wochenenddien- sten wird diesem Vertragsabschluß nach nun reduziert.

Alles in allem wird dieses Ergebnis von den Schwestern als Teilerfolg angesehen. Der Streik, der nach dem 5. Tag endete, hat ihnen die Gewißheit gegeben, daß auch sie zu derartigen Aktionsformen in der Lage sind, wenn keine andere Möglichkeit besteht, die eigenen Rechte zu verteidigen.

DGB zum Chemikaliengesetz

Bei der Diskussion um das neue Chemikaliengesetz hat der DGB eindeutig Stellung bezogen. Er for- derte, die Bundesanstalt für Ar- beitschutz und Unfallforschung (BAU) zur Anmeldestelle für ge- fährliche Stoffe zu machen. Alle anderen Planungen der Ministerien für Arbeit, Inneres, Gesundheit, Wirtschaft und Ernährung, das Bundesverwaltungsamt in Köln zur Anmeldebehörde zu machen, be- wirkten eine Verhinderung der Um- setzung des Gesetzes wegen feh- lender Fachkompetenz dieser Be- hörde.

Modellversuch im Bethesdakranken- haus (Duisburg) abgewürgt

Bevorjetzt am 1. 4. 1981 die mit 400 000 DM geförderte Mo- dellphase einer Station für pa- tientenzentrierte Medizin und Krankenpflege, die sich am „Ulmer Modell“ orientierte und seit Oktober 1979 arbeitete, begann, wurde der Versuch jetzt durch Intervention der Krankenhausleitung abge- würgt.

Mit dem psychosomatischen Arbeitsansatz in der inneren Medizin zu arbeiten, um eine mehr am Patienten orientierte Medizin und Krankenpflege zu entwickeln, war das Ziel eines Teams von acht Schwestern, zwei Ärzten, einer Sozialarbei- terin, eines Psychologen, einer Soziologin und des Kranken- hauspfarrers. Durch inhaltlich nicht begründete Eingriffe in die Konzeption des Modells wurde die weitere Arbeit nach eineinhalbjähriger Tätigkeit unmöglich gemacht und das Geld zurückgegeben. Mehrere Mitarbeiter kündigten darauf- hin.

Wir wollen in einer der näch- sten Nummern des DG aus- führlicher berichten.

Physikum '81 – 56% durchgefallen!

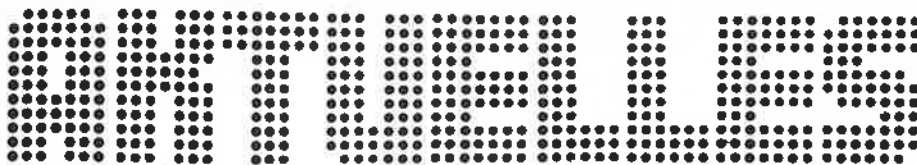
Wie ein Schock traf diesmal die Medizinstudenten das Ergebnis

der zentralen schriftlichen Prüfun- gen im März 1981: Im Physikum fielen gut 56% der Kandidaten durch, die Ergebnisse der Staats- examensprüfungen I, II und III dürf- ten ebenfalls schlechter als vorher ausfallen, sie wurden durchweg ebenfalls als schwer beurteilt. Da- mit kann mehr als die Hälfte des jeweiligen Semesters nicht in das 1. klinische Semester übernom- men werden, im nächsten Seme- ster drohen dann mittlere Katastro- phen, wenn die Übriggebliebenen mit dem nächsten Semester zu- sammen in die Klinik drängen.

Dabei hatten schon vor zwei Jah- ren, als die neue Bestehensrege- lung – 60% der Fragen mußten richtig beantwortet werden statt vorher 50%, die Gleitklausel von 18% unter dem Durchschnitt wurde abgeschafft – eingeführt wurde, die med. Fachschaften aller Universitäten gewarnt, die zentra- len schriftlichen Prüfungen würden damit endgültig zum Instrument zur Steuerung der Studentenzahlen anstatt zur Erfolgskontrolle. Schwere Prüfungen sollen schon Studienbewerber davon abhalten, überhaupt Medizin studieren zu wollen, ein Teil der schon Studie- renden wird unter diesen Bedin- gungen auch zum 3. Mal durchfal- len und damit endgültig scheitern. Viele Studenten machten sich da- mals aber offenbar Illusionen über den wahren Charakter der Prüfun- gen, nahmen die neuen Regeln- gen ziemlich phlegmatisch hin. Jetzt aber flogen Steine ins zen- trale Prüfungsinstitut in Mainz, wurde in Hamburg das Landesprü- fungsamt besetzt, protestieren so- gar die Professoren und Standes- politiker lauthals mit, die vorher eine Verschärfung der Prüfungen wegen „sinkendem Niveau“ der Studenten gefordert haben.

Hoffentlich reichen Wut und Elan der Betroffenen im kommenden heißen Semester in der Medizin aus, um giesmal ernsthafte Schritte gegen das gesamte Multiple- choice-Prüfungssystem durchzu- setzen!

Ein kleiner Trost für die Betroffe- nen: Die Standespolitiker und Eure späteren Kollegen lassen auch nach dem Studium nicht locker. Seit einigen Jahren ist nach der Facharztausbildung eine abschlie- ßende Prüfung vorgesehen, dabei fielen bei einem gerade in NRW bekanntgewordenen Teilergebnis 70% der HNO-Ärzte durch! So hält man sich die Konkurrenz vom Lei- be.



Physikum 1981

Presseerklärung des Bundes gewerkschaftlicher Ärzte in der Gewerkschaft ÖTV Frankfurt

Bei dem Prüfungstermin der ärztlichen Vorprüfung (früher: Physikum) vom März 1981 haben 58% der Studenten nicht bestanden. Zusätzlich mußte eine beträchtliche Zahl die Prüfung vorzeitig abbrechen. Dies übertrifft die bisherigen Prüfungsergebnisse unvergleichbar weit.

Hierzu stellt der BGÄ fest: Das vorliegende Prüfungsergebnis ist weder auf ein Versagen der Studenten noch auf ein mangelndes Lehrangebot zurückzuführen. Es handelt sich vielmehr um das eklatante Versagen des praktizierten Prüfungssystems nach „multiple choice“ (von mehreren Antworten auf eine Prüfungsfrage muß jeweils die richtige angekreuzt werden). Dieses Prüfungssystem ist seit seiner Einführung wissenschaftlich umstritten, da es in seiner Struktur nicht nur wissenschaftlichem Denken, sondern auch der späteren ärztlichen Praxis widerspricht.

Der BGÄ sieht in dem Prüfungssystem und dem „Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen“ in Mainz (IMPP), das die Prüfungen zentral durchführt, deshalb vor allem ein Selektionsinstrument, mit dem einer sogenann-

ten „Ärztenschwemme“ entgegen-gearbeitet werden soll. Das IMPP macht sich damit zum Erfüllungs-gehilfen der gesundheitspoliti-schen Interessengruppen, die von zu vielen Ärzten reden, in Wirklich-keit aber den Abbau ihrer Privile-gien fürchten. Nach dem seit Jah-ren bestehenden Numerus clausus soll nun auch noch die Selektion der Studenten durch unqualifizierte Prüfungsanforderungen verschärft werden. Das führt zu einer Ver-ängstigung, Einschüchterung und erheblichen finanziellen Mehrbelas-tungen bis zum Studienabbruch bei den Studenten, auf deren Rück-ken die ungelösten Probleme aus-getragen werden sollen.

Deshalb solidarisiert sich der BGÄ mit den Forderungen der Frankfur-ter Medizinstudenten:

- Abschaffung des IMPP,
- dezentrale Prüfungen an den Fachbereichen, in denen nur das geprüft wird, was auch ge-lehrt wurde,
- öffentliche Prüfungen, bei freier Wahl des Prüfers durch die Stu-dierenden,
- unbegrenzte Wiederholbarkeit.

Als Sofortmaßnahmen:

- Es darf niemand gezwungen

sein, wegen der Märzprüfung sein Studium abzubrechen.

- Wiedereinführung der 50% Be-stehensregelung und der 18% Gleitklausel.

Darüber hinaus fordert der BGÄ eine Demokratisierung der ärztli-chen Ausbildungs- und Prüfungs-inhalte in dem Sinne, daß sie ver-stärkt auf die Massen- und Volks-krankheiten eingehen, die durch die Arbeits- und Lebensbedingun-gen verursacht sind. Hierbei ist be-sonders der Gedanke der Vorbeu-gung zu berücksichtigen.

Stellungnahme der Fach-schaft Medizin Gießen

Das skandalöse Prüfungsergebnis beim Physikum hat nicht nur einen bisher kaum bekannten Protest un-ter den Medizinstudenten hervor-gerufen, sondern darüber hinaus eine „Erregtheit“ (so der Gießener Dekan) unter der Professoren-schaft erzeugt.

Wir in Gießen erlebten bei ver-schiedenen Diskussionen eine er-staunliche – da ungewohnte – „So-lidarität“ aus Professorenkreisen.

Zwei Dinge erscheinen uns bemer-kenswert:

Zum einen ist die Äußerung des Verdachtes, daß das Physikum zur Selektion benutzt wird, für einige Ordinarien kein Tabu mehr. Zum zweiten wird von anderen als All-heimittel der Prüfungsmisere plötzlich die mündliche Prüfung angepriesen.

Der Gießener Prodekan – bekannt für eine strikte Durchsetzung aller von oben kommenden Verfügun-gen und entsprechendes autoritä-res Gebaren – begrüßte und för-dernte alle studentischen Protestak-tionen (sei's in Wiesbaden oder Bonn) nicht ohne die Aufforderung: Setzen Sie sich für mündliche Prü-fungen ein. Der Anatomieordina-rius äußerte sich in einer Gießener Tageszeitung so: „Wir setzen uns dafür ein, daß wir wieder einen Teil der Prüfung mündlich durchfüh-ren.“ Er schätzt das gegenwärtige Prüfungsverfahren so ein, daß die Hochschullehrer damit kastriert würden.

Daß hier der studentische Protest gegen das Prüfungsergebnis – sei's geplant gewesen oder in sei-ner eklatanten Höhe ein „Unfall“ – kanalisiert werden soll um ein Süppchen auszukochen, das da heißt: Zurück zur alten Professorenherrlichkeit und weitere Ver-schärfung durch zusätzliche münd-liche Prüfungen (siehe 3. AO-No-velle) liegt auf der Hand.

Wir meinen, daß bei der uns bevor-stehenden Diskussion folgendes unbedingt klar gesehen werden muß: Die wesentliche Alternative kann nicht sein

- mündliche Prüfung an den Fachbereichen oder eine zen-trale schriftliche – beide können als unkontrollierbares Auslese-verfahren mißbraucht werden sondern nur
- ein öffentliche kontrollierbares Prüfungsverfahren mit studentischer Mitbestimmung gegen-über den bisherigen manipulati-ven Praktiken des IMPP.



J. Tomaschoff

med info
Zeitschrift der Fachschaft Medizin
Gießen

Termine

- 15. 5. – 17. 5. 81 in Würzburg: „Allgemeiner Workshop“; Veranstalter: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG). Auskunft: GwG, Richard-Wagner-Str. 12, 5 Köln 1, Telefon (0221) 237917.
- 13. 6. 81 in Hannover (Med. Hochschule): „Schwester/Pfleger in der Psychiatrie: Heilhilfswärter oder eigenständiges Berufsbild im Gesundheitswesen“. Veranstalter: Deutscher Berufsverband für Krankenpflege, DGSP-Krankenpflegekommission. Auskunft: DBfK-Bildungszentrum Essen, König-Grätz-Str. 12, 43 Essen, Telefon (0201) 273078.
- 19. und 20. 6. 81 in Hannover (Med. Hochschule): „Psychiatrie und deutscher Faschismus“. Veranstalter: Med. Hochschule Hannover, Bund demokr. Wissenschaftler (BdWi), DGSP. Auskunft: Prof. Dr. Erich Wulff (MHH), Psychiatr. Klinik, 3 Hannover 61, Telefon (0511) 5322408.
- 11. und 12. 9. 81 in Berlin (West): Internationales Symposium für Krankenschwestern und Krankenpfleger. Thema: „Aufgaben und Ziele der Krankenpflege“. Auskunft: Geschäftsstelle des DGB c/o Prof. Dr. M. Halmagyi, Universitätskliniken Mainz, Telefon (06131) 192702.
- 16. – 18. 9. 81 in Hamburg: „Aussonderung verhindern – Möglichkeiten der Integration behinderter Kinder und Jugendlicher“. Veranstalter: DGSP-Bundesverband und Fachausschuß für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Auskunft: Frau Dr. Charlotte Kötgen, UKE-Psychiatrie, Martinistr. 52, 2 HH 20, Telefon (040) 4683210.
- Erinnerung: 30. 9. bis 4. 10. 81 in Hamburg: Gesundheitstag '81. Auskunft: Gesundheitsladen, Mehringhof, Gneisenaustr. 2, 1000 Berlin 61, Telefon (030) 6932090.
- Vorankündigung: 15. – 19. 2. 1982 in Berlin (West): 2. Kongreß für klinische Psychologie und Psychotherapie – Schwerpunkt: Gemeindepsychologie. Veranstalter: GwG und DGVT. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), Friedrichstr. 5, 74 Tübingen, Telefon (07071) 32697.
- Terminänderung: 20. 5. 1981, Seminar für ÖTV-Mitglieder wird verschoben! Ein neuer

Termin wird noch bekannt gegeben.

- 12. und 13. 6. 81, München, Veranstaltung der bayrischen Ärzte und Ärztinnen gegen die Atomenergie: „Atomkraft: Ernstfall der Medizin“ Ort: Universität München
- 14. 6. 81 2. bundesweites Treffen der Ärzteinitiative in der BRD zur Vorbereitung des Kongresses „Atomkriegsgefahr und Medizin“ Kontakt: Dr. Eike Heinecke, Lavendelweg 9, 8 München 90, Tel.: 089/6908850

Kleinanzeigen

Gesundheitsladen Karlsruhe Arbeitsgruppe Gruppenpraxen

Wir sind eine „starke“ Gruppe von drei Leuten, die sich im Gesundheitsladen Karlsruhe mit dem Thema Gruppenpraxen beschäftigt. Wir wollen neben inhaltlicher Diskussion von Problemen der ambulanten Versorgung auch die Kontakte zwischen auf diesem Gebiet arbeitenden Gruppen fördern. Dies erscheint uns wichtig, um einen Erfahrungsaustausch zwischen diesen Gruppen zu ermöglichen und den interessierten Einzelpersonen Informationen über konkrete Projekte zu verschaffen.

Um dieses Ziel zu verwirklichen, könnten wir uns vorstellen, daß ein Informationsnetz entsteht, zwischen:

- a) bereits existierenden Gruppenpraxen
- b) Arbeitsgruppen zum Thema
- c) interessierten Einzelpersonen

Teilt uns mit:

- Kontaktadressen von Arbeitsgruppen zum Thema und von interessierten Einzelpersonen;
- gibt es in Eurem Bereich schon arbeitende oder geplante Gruppenpraxen?
- Was haltet Ihr von einem Gruppenpraxentreffen (ähnlich wie Ulmer Treffen Februar 1980)?

Kontaktadresse:
Jochen George
Schillerstraße 54
7500 Karlsruhe
Telefon: 0721/84 99 48
Wir hoffen auf eine gute Zusammenarbeit.

Verschiedenes

Psychosomatik

An einer neu eingerichteten psychosomatischen Abteilung mit zunächst 12 Betten an einem Allgemeinkrankenhaus im Kölner Norden ist die 2. Arztstelle zu besetzen. Wir denken an einen organmedizinisch und psychotherapeutisch vorgebildeten Kollegen. Eine begonnene intern. Weiterbildung könnte am Hause beendet werden (der Lt. Arzt ist zur vollen intern. Weiterbildung berechtigt). In Frage kämen aber auch (angehende) Pädiater, Psychiater, Allgemeinmediziner, Kinder- und Jugendpsychiater.

Bewerbungen bitte richten an:
Herrn Dr. P. Krebs
Innere Abteilung
St.-Agatha-Krankenhaus
Feldgärtenstraße
5000 Köln 60 6Nehl)

2. Gesundheitsladen-Treffen

Vom 3. bis 5. 4. trafen sich ca. 110 Leute aus 16 Städten der BRD in Hannover zum Erfahrungsaustausch über Gesundheitsläden bzw. GL-Initiativen. Allgemeines Leitmotiv: Selbsthilfe für die im Gesundheitswesen Tätigen, sowie Hilfe zur Selbsthilfe für Patienten. Ein ausführlicher Bericht wird folgen. Für alle Beteiligten war klar: Gesundheitsläden sollte ein Anliegen aller Gesundheitsarbeiter sein! Sie können wirken als praxisorientierte Basis für gewerkschaftliche und politische Arbeit.

Interessenten an einem Gesundheitsladen in Bonn bitte melden bei: Andreas Kather, Lenastr. 58, 5300 Bonn.

Redaktions-Zuwachs!

In einem spannenden Kopf-an-Kopf-Rennen zwischen Steffen und Moritz-Oliver entschied am 5. 4. 1981 das Ren-



nen um 239 Minuten zu seinen Gunsten. Zuwachs auch bei Redakteur Norbert Andersch und seiner Freundin. Seit An-



fang März wohnt Kerstin (14 Jahre) bei Ihnen.

Die Redaktions hat alle „Neuen“ bereits gebührend be(gossen)grüßt.



Studienreise nach Cuba zum Gesundheitswesen

mit Besuchen von medizinischen Versorgungseinrichtungen auf dem Land, einer Poliklinik, Kinderklinik, einer medizinischen Ausbildungsstätte u.v.a., dabei bieten sich Möglichkeiten der Aussprache mit Ärzten, Medizinstudenten, med.techn. Personal usw.

für alle im Gesundheitsbereich Tätige

vom 8. 10. – 24. 10. 1981

Preis 3140,— DM

Informationen bei der Freundschaftsgesellschaft BRD-Cuba
Sternburgstr. 73, 53 Bonn 1

„Tief verwurzeltes Mißtrauen gegenüber Betriebsärzten“

Meine Erfahrungen als Betriebsärztin in einem städtischen Krankenhaus im Ruhrgebiet

Von Ulrike Schauenburg

Seit Jahren verfolge ich die Entwicklung der Arbeitsmedizin. Allerdings von Anfang an nicht mit der offiziellen Euphorie. Auch die Änderungen des Arbeitssicherheitsgesetzes 1974 konnte bei mir den Verdacht nicht beseitigen, daß zwar viel geforscht und geredet wird über Arbeitsmedizin und Sicherheit am Arbeitsplatz, daß sich aber die Arbeitsmediziner selbst keine Gedanken über die praktische Durchsetzbarkeit ihrer Erkenntnisse machten. Ende 1977 entschloß ich mich, einmal selbst zu überprüfen, was an meinen Vermutungen und meiner Kritik richtig sein könnte. Durch eine Anzeige wurde ich auf die hauptamtliche Betriebsarztstelle in den städtischen Kliniken Duisburg aufmerksam. Mir schien es ganz sinnvoll zu sein, in einen Betrieb zu gehen, in dem ich die meisten Arbeitsplätze schon kannte (glaubte ich wenigstens). Ich war die einzige (!) Bewerberin für diesen Posten. Ich sollte als allein Verantwortliche einen betriebsärztlichen Dienst aufbauen. Obwohl ich außer Erfahrung in innerer Medizin keine der speziell betriebsmedizinischen Voraussetzungen, die die Berufsgenossenschaften vorschreiben, mitbrachte, wurde ich eingestellt.

Den ersten Monat brachte ich damit zu, Systematik in meine neue Aufgabe zu bringen, mein Mobiliar zu vervollständigen und der Klinikleitung meine Aufgaben, die sich aus dem Betriebsärztegesetz ergaben, klarzumachen. Zusammen mit einer im arbeitsmedizinischen Bereich erfahrenen Mitarbeiterin systematisierten wir weiter die notwendigen Personaluntersuchungen. Da wir immer besser wurden, konnte ich darangehen, meine „anderen“ Aufgaben in Angriff zu nehmen: Arbeitsplatzbegehungen, Einrichtung eines Sicherheitsausschusses, Beratung des Arbeitgebers und Personalrates in Sicherheitsfragen und Beratung der Beschäftigten in gesundheitlichen Fragen.

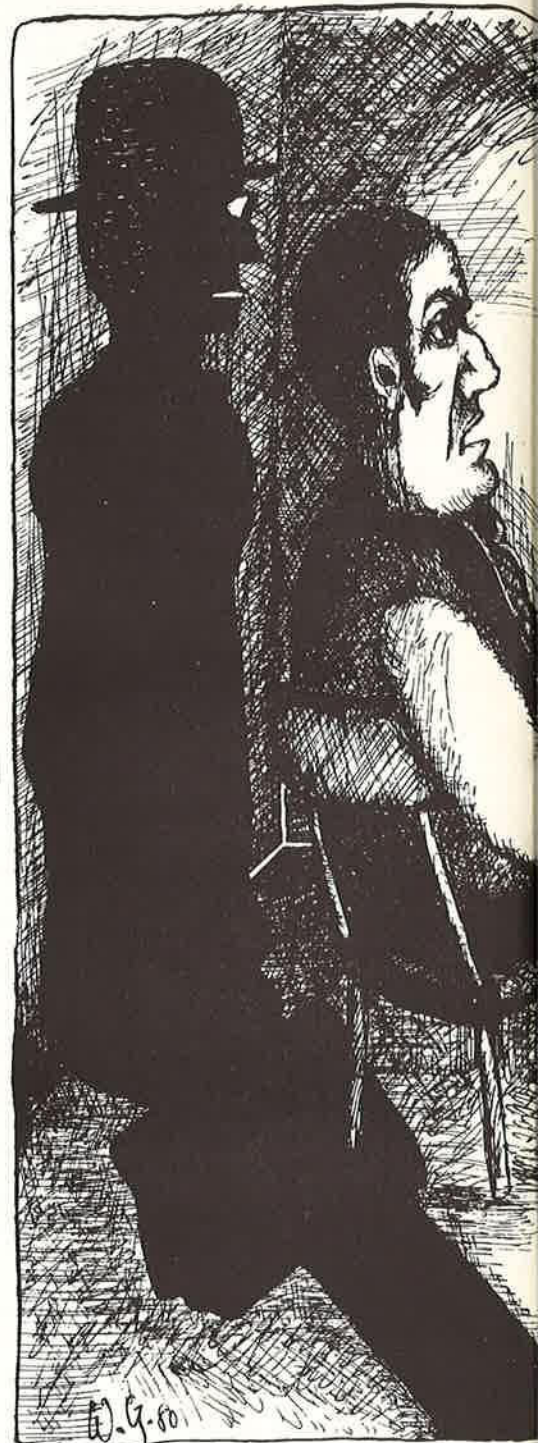
Ich will im Folgenden versuchen, meine Erfahrungen zu berichten und daran deutlich machen, woran eine erfolgreiche Arbeitsmedizin – erfolgreich für die, um die es geht, nämlich die Arbeitnehmer – bis jetzt noch scheitert.

Arbeitsplatzbegehungen

Zusammen mit dem Sicherheitsingenieur der Stadt gingen wir die Abteilungen durch. Ich mußte feststellen, wie wenig Arbeitsplätze im Krankenhaus ich wirklich kannte. Der gesamte technische, Versorgungsbereich war mir völlig fremd. Dabei waren es gerade diese Bereiche, die am augenfälligsten unter mangelnden Sicherheitsvorkehrungen litten. Hier einige Beispiele: In der Zentralsterilisation gab es Tage, an denen die Beschäftigten in einer Dampfglocke unbekannter Zusammensetzung arbeiten mußten (wahrscheinlich war es ein chlorhaltiges Reinigungsmittel). Sie bekamen Kreislaufstörungen oder Atembeschwerden. Es war in dem Raum auch nur ein Abfluß eingebaut. So standen die Frauen, die Betten mit der Hand reinigten, oft stundenlang knöcheltief im Wasser. Nach einem Jahr

wurde ein zweiter Abfluß geplant, ob er inzwischen eingebaut ist, weiß ich nicht. Die Heizungsarbeiter, die giftige und krebserzeugende Substanzen und Säuren in die Anlage füllen mußten, als Korrosionsschutz, hatten keine Schutzbrillen für die Augen und keine geeignete und vorgeschriebene Einfüllvorrichtung. Ob sie sie bis jetzt haben? In der Klimaanlage, deren Filter ständig überprüft oder ausgewechselt werden müssen, herrschten Sturm und Kälte. Nun – eine Parka steht den Leuten zur Verfügung.

Nach jeder Begehung schrieb ich einen Bericht mit unseren Beobachtungen und Verbesserungsvorschlägen mit Hinweis auf die jeweiligen Vorschriften an die Klinikleitung und den Personalrat. Ich habe die Klinikleitung erst nachdrücklich darauf hinweisen müssen, daß sie nach dem Gesetz verpflichtet ist, schriftlich Stellung zu nehmen und bei Ablehnung meiner Vorschläge dies begründen muß. Ca. ein halbes Jahr nach meinem Bericht hörte ich lediglich von der Klinikleitung, was bis jetzt geändert worden sei. Es wurde nicht nur hier sehr deutlich, daß sie auf Kritik und Lösungsvorschläge gar nicht vorbereitet und schon gar nicht begeistert davon waren.



aus: Metall

Sicherheitsausschuß

Jeder Betrieb, der einen Betriebsarzt hat, muß nach dem Gesetz einen Sicherheitsausschuß einrichten. Die Zusammensetzung ist genau festgelegt. Ich habe ihn nicht durchsetzen können. Mit fadenscheinigen, gegenüber der Stadtverwaltung als taktisch begründeten Argumenten hat die Klinikleitung mich immer wieder hingehalten. Sie meinte, der Sicherheitsausschuß für die gesamte Stadtverwaltung sei das entsprechende Organ. Wenn wir auf einem eigenen Sicherheitsausschuß beharren würden, würde die Stadt uns ihren Sicherheitsingenieur vielleicht nicht mehr zur Verfügung stellen!?



Beratung des Arbeitgebers

Was das bedeuten kann, sollen zwei Beispiele zeigen. Im chirurgischen OP häuften sich die glücklicherweise nicht allzuschweren Unfälle mit explodierenden Kochsalzflaschen. Sie wurden für die Operateure originalverschlossen in den Originalflaschen (nicht feuerfest) in Wasserbädern erhitzt. Einmal verbrühte sich eine Schwester, weil der Glasboden der Flasche beim Heißmachen kaputtgegangen war, eine andere Schwester erlitt Verbrennungen, weil durch den Überdruck, der beim Erhitzen entstand, der unter Druck in der Fabrik aufgebrauchte Verschluss explodierte. Ich habe sowohl den verantwortlichen Chefarzt als auch die Klinikleitung mehrfach darauf hingewiesen, daß die Erhitzung auch anders – in feuerfesten Gefäßen und ohne Überdruck – gemacht werden könne.

Auch der Sicherheitsingenieur hatte sich eingeschaltet. Als erstes hörte ich von der Klinikleitung, daß sie ganz meiner Meinung sei. Dann wurde ich von Prof. Konrad darüber belehrt, daß ich in seinem OP nichts zu suchen hätte. Ein Irrtum seinerseits, wie ich ihm mitteilen mußte. Auf meinen Hinweis, daß schon eine frühere leitende OP-Schwester einen derartigen Unfall gehabt habe, meinte er, daß sie ja auch deswegen nicht mehr da sei. Auch die Bedenken bezüglich der Verunreinigung des Kochsalzes, wenn es in geeignete Behälter umgefüllt würde, wurde von den Krankenhaushygienikern entkräftet. Es geschah nichts. Nach meiner Eingabe passierte nochmal ein derartiger Unfall. Aber nicht einmal die Berufsgenossenschaft konnte sich zu drastischeren Schritten entschließen. Das war mein eklatantester „Mißerfolg“.

Bei der Beratung des Arbeitgebers tauchten oft Probleme der Beschäftigungsbeschränkung auf. Manche Schwestern oder Pfleger durften z. B. wegen Allergien nicht mehr mit Desinfektionsmitteln in Berührung kommen. Einige sollten wegen akuter Beschwerden für einige Zeit keinen Schichtdienst mehr machen. Auffällig war, daß die Pflegedienstleitung in Verbindung mit der Personalabteilung immer sehr verständnisvoll waren, nur sahen sie sich außerstande, diese Empfehlungen in die Tat umzusetzen. Wie kommt's?

Zusammenarbeit mit dem Personalrat

Der Personalrat hatte in diesem ja erst ein Jahr zuvor bezogenen Krankenhaus viel zu tun. Auch interne Schwierigkeiten blockierten ihn. Da auch der Leiter der Organisationsabteilung Personalratsmitglied war, ist es nicht verwunderlich, wenn die Vertretung der Arbeitnehmer selten aus eigenem Antrieb Rat bei mir geholt und kaum meine Bemühungen aktiv unterstützt hat.

Beratung der Beschäftigten in Gesundheitsfragen

Im Lauf meiner Arbeit kamen immer mehr Beschäftigte mit akuten Beschwerden, die während der Arbeit aufgetreten waren, um Rat bzw. Behandlung zu mir. Man muß wissen, daß Betriebsärzte nur beschränkt Kranke behandeln dürfen. Nämlich nur im Rahmen einer notfallmäßigen Erstbehandlung. Wird weitere Untersuchung und Behandlung notwendig, sind die Hausärzte zuständig. Im Vordergrund standen hier Kreislaufbeschwerden, gefolgt von Kopfschmerzen und Migräne. Viele klagten auch über Gelenk- und Wirbelsäulenschmerzen. Insgesamt hatte ich aber erwartet und gehofft, daß mehr in die eigens eingerichtete Sprechzeit kommen.

Sozialpsychiatrische Informationen

Die Zeitschrift bietet, nunmehr bereits im 11. Jahrgang, für alle in der Psychiatrie Tätigen ein Medium zum kritischen Austausch von Gedanken und Vorstellungen über die tägliche Praxis. Aktuelle Diskussionen über Probleme der Psychiatrie und der psychiatrischen Versorgung stehen neben theoretischen Grundsatzartikeln zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Theorien.

Pro Jahr erscheinen 4 Ausgaben, davon 2 Einzel- und 2 Doppelhefte (im Abonnement) sowie unregelmäßig Sonderbände und Themenhefte. Das Jahresabonnement kostet 30,- DM. Einzelheft 5,- DM, Doppelheft 10,- DM.

Die neueste Ausgabe Mai 1981 enthält als Schwerpunktthema eine Darstellung der Problematik der Auflösung von Großkrankenhäusern sowie eine aktuelle Diskussions- und Materialübersicht.

Themen älterer Ausgaben: Zur Lage von psychisch Behinderten in Heimen - Laienhelfergruppen in der Psychiatrie - Frauen-Gruppen-Therapie - Holocaust und die Psychiatrie - Möglichkeiten und Grenzen der psychiatrischer Rehabilitation im sozialen System der BRD. Die lieferbaren Hefte sind in unserem Verlagsprospekt aufgeführt.

Neuerscheinungen in der Reihe „Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie“

H. Schädle-Deininger (Hrsg.):
Den Psychisch Kranken im Alltag begleiten - Pflege in der Psychiatrie
Die Beiträge entstanden auf Grund langjähriger praktischer Erfahrungen der Autoren.

Band 31, 124 Seiten 8,- DM

Der Vorstand der DGSP (Hrsg.):
Soziale und psychische Not bei Kindern und Jugendlichen

Stellungnahme zur pädagogischen, sozialen, juristischen und therapeutischen Situation in der BRD.

Band 32, 96 Seiten 7,- DM

Gesamtverzeichnis anfordern !!!



Psychiatrie - Verlag
Mühlentorstrasse 28
3056 Rehburg-Loccum 1

Tief verwurzeltes Mißtrauen gegenüber Betriebsärzten

Das waren die wesentlichsten Schwierigkeiten, die aus meinen unmittelbaren Aufgaben als Betriebsärztin entstanden. Es tauchten noch andere Probleme auf. Die Chefärzte sahen plötzlich in mir eine Konkurrentin, die ihre Vorgesetztenrolle untergraben könnte, z. B. wenn ich Mitarbeitern freistellte, sich bei uns im Krankenhaus (auf Krankenschein bzw. Überweisungsschein) oder bei einem niedergelassenen Kollegen weiter untersuchen oder behandeln zu lassen. Sie waren recht erstaunt und unwillig, zu akzeptieren, daß für mich die Ursache vieler Beschwerden und Erkrankungen in den Arbeitsbedingungen liegen.

Die Klinikleitung sparte einerseits nicht mit Lobeshymnen auf meine Arbeit. Andererseits wurde sie nicht müde, zu betonen, wie wichtig es sei, die Eintrittsuntersuchungen möglichst vor Arbeitsaufnahme durchzuführen.

Es dauerte auch ziemlich lange, bis der Personalabteilung klar war, daß ich die frühere Praxis, die Unterlagen über die Untersuchungen in versiegeltem Umschlag bei der Personalakte aufzubewahren, nicht weiterführen würde. Alle Akten wurden festverschlossen bei mir aufbewahrt, auch die von ausgeschiedenen Mitarbeitern. Diagnosen wurden nur mit ausdrücklichem Einverständnis der Beschäftigten mitgeteilt.

Mir ist eine Schwierigkeit, die ich mit den Beschäftigten hatte, besonders nahegegangen. Sie haben ein tief verwurzeltes und wohl allgemein auch sehr begründetes Mißtrauen gegenüber Betriebsärzten. Fast alle hatten in ihrem Berufsleben mehr oder weniger direkt Erfahrung mit Arbeitsmedizinern, die ihre Hauptaufgabe darin sahen, die Leistungsfähigkeit der Belegschaft zu steigern und nicht darin, Schäden durch die Arbeit zu verhindern. Die Motive für diese Verdrehung des Sinns der Arbeitsmedizin durch Ärzte reichen nach meiner Erfahrung von Korruption über Menschenverachtung bis zu Dummheit.*)

Hielt ich manchmal Beschäftigungsbeschränkungen vorübergehend oder dauernd für angebracht, brach sofort panische Angst vor Arbeitsplatzverlust aus – vor allem bei Mitarbeitern aus dem technischen Bereich.

Mir ist es kaum gelungen, dieses Mißtrauen gegenüber Betriebsärzten aufzubrechen. Woher sollten sie auch glauben,

daß ausgerechnet ich jetzt wirklich ihre Interessen im Auge hatte?

Ganz verlassen war ich von der Berufsgenossenschaft, die in den Kommunen etwas ganz besonderes ist – nämlich eine Eigenunfallversicherung. Im Aufsichtsrat sitzen Ratsherren, Gemeindebeamte und Personalratsmitglieder. Den für uns zuständigen technischen Aufsichtsbeamten habe ich mal am Telefon zu fassen bekommen. Konkrete Unterstützung und Beratung ist mir nur sehr spärlich zugekommen.

Fortbildung

Da ich keine spezielle Weiterbildung für Betriebsmedizin hatte, mußte ich nun zu den entsprechenden Kursen, die von Ärztekammern und arbeitsmedizinischen Akademien veranstaltet wurden. Zuerst ging ich zu dem damals vorgeschriebenen 49-Stunden-Kurs für die Fachkunde Arbeitsmedizin. Der Kurs wurde von einem schulmeisterlichen Gewerbearzt durchgeführt. Wir mußten auf regelmäßige Anwesenheitskontrollen gefaßt sein. Ansonsten wurden wir mit ständig wechselnden Themen und zusammenhanglos vorgetragenen Referaten beliefert. Später machte ich dann den A-Kurs der Akademie für Arbeitsmedizin in Berlin. Die meisten teilnehmenden Kollegen wollten wohl mehr die „anrühige“ Berliner Kultur genießen. Auch hier wahrscheinlich deshalb wieder ein ausgeklügeltes System der Anwesenheitskontrolle. Die meisten Referenten erweckten eher den Eindruck, daß sie uns eindringlich klarmachen wollten, welche Vorschriften im Interesse der Arbeitgeber wie umgesetzt werden könnten. Einige Teilnehmer, die wirklich etwas lernen wollten, haben immer wieder versucht, sich mit den Themen kritisch auseinanderzusetzen. Aber unsere Fragen wurden rasch als unwissenschaftlich und links abgetan.

Ich will am Schluß noch meine Einschätzung über Beschwerdebilder und über die Ursachen spezieller Schwierigkeiten im Betrieb Krankenhaus andeuten. Die meisten aller Beschäftigten klagen über nervöse Beschwerden. Manche direkt in Form von Schlaflosigkeit, andere indirekt mit Kopfschmerzen, Kreislaufstörungen und Magenbeschwerden. Fast ausnahmslos gaben sie als Ursache den Schichtdienst und das schlechte Arbeitsklima sowohl unmittelbar auf der Station als auch in Bezug auf Vorgesetzte an. Mein mir selbstgestecktes Ziel, einen vertretbaren Schichtplan durchzusetzen, habe ich nicht annähernd erreicht. Immerhin habe ich zum „Abschied“ der Personalabteilung eine Empfehlung darüber vorgelegt.

Viele nahmen auf Grund ihrer Beschwerden irgendwelche Beruhigungstabletten, von denen sie ja selbst am besten wußten, wie leicht sie zur Sucht führen. Eine Ursache für diese, wie ich meine, spezifischen

Beschwerden dürfte in der vom Inhalt der Arbeit in keiner Weise begründeten Hierarchie liegen. Sozialen Dienst am Menschen zu leisten und gleichzeitig zu sehen, wie unvollkommen das alles ist, spielt eine wichtige Rolle. Auch die Tatsache, daß das Krankenhaus im Wesentlichen (Ausnahme technischer Bereich) ein Frauenbetrieb und die Vorgesetzten vor allem in Verwaltung und ärztlichen Bereich vorwiegend Männer sind, sollte mal gründlicher untersucht werden in ihrer Wirkung auf die Frauen.

Dies ist also ein sehr persönlicher Bericht über meine Erfahrungen als Betriebsärztin. Deshalb auch sehr lückenhaft, was allgemeinere Aspekte der Arbeitsmedizin angeht. Mein Ziel, einen betriebsärztlichen Dienst einzurichten, der effektiv in der Verhinderung von Gesundheitsschäden durch die Arbeit ist, habe ich nicht erreicht. Dazu gehört wohl auch mehr als nur die Energie einer einzelnen. Hier sind die Betroffenen dran, was für sich zu tun. Sonst bleibt die Arbeitsmedizin Feigenblatt für scheinbar fortschrittliche Sozialpolitik.

*) Siehe auch Artikel von K. H. Roth im letzten Dr. Mabuse

Studien zu Theorie und Praxis der Medizin

Band 50

Eberhard Göbel

Theoretische und empirische Untersuchungen zur Studienreform im Fach Humanmedizin in der Bundesrepublik Deutschland

242 S. DM 30,— 3-7609-5050-7

Band 54

Klaus-Dieter Thomann

Alfons Fischer (1873—1936) und die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene

367 S. DM 45,— 3-7609-5054-X

Band 29

Hans Joachim Schwanitz

Die Theorie der praktischen Medizin zu Beginn des 19. Jahrhunderts

Eine historische und wissenschaftstheoretische Untersuchung anhand des „Journal der praktischen Arzneikunde und Wundarzneikunst“ von Ch. W. Hufeland
134 S. DM 18,— 3-7609-5028-0

Informationen über Veröffentlichungsbedingungen in dieser Reihe beim „Lektorat Hochschulschriften“

**Pahl-Rugenstein
Hochschulschriften
Gesellschafts- und
Naturwissenschaften**

Verlagsanschrift:
Gottesweg 54, 5000 Köln 51

„Nur der gewerkschaftliche Kampf ist Garant für die Humanisierung!“

Interview mit Reinhold Konstanty, Leiter des Referates „Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin“ bei der Abteilung Sozialpolitik des DGB-Bundesvorstandes in Düsseldorf

DG: Seit Jahren hat der DGB ein Arbeitsschutzgesetz gefordert. Jetzt hat auch die Bundesregierung im November 1980 die Vorlage eines solchen Gesetzes angekündigt. Was soll dieses Gesetz an den zur Zeit bestehenden Verhältnissen ändern?

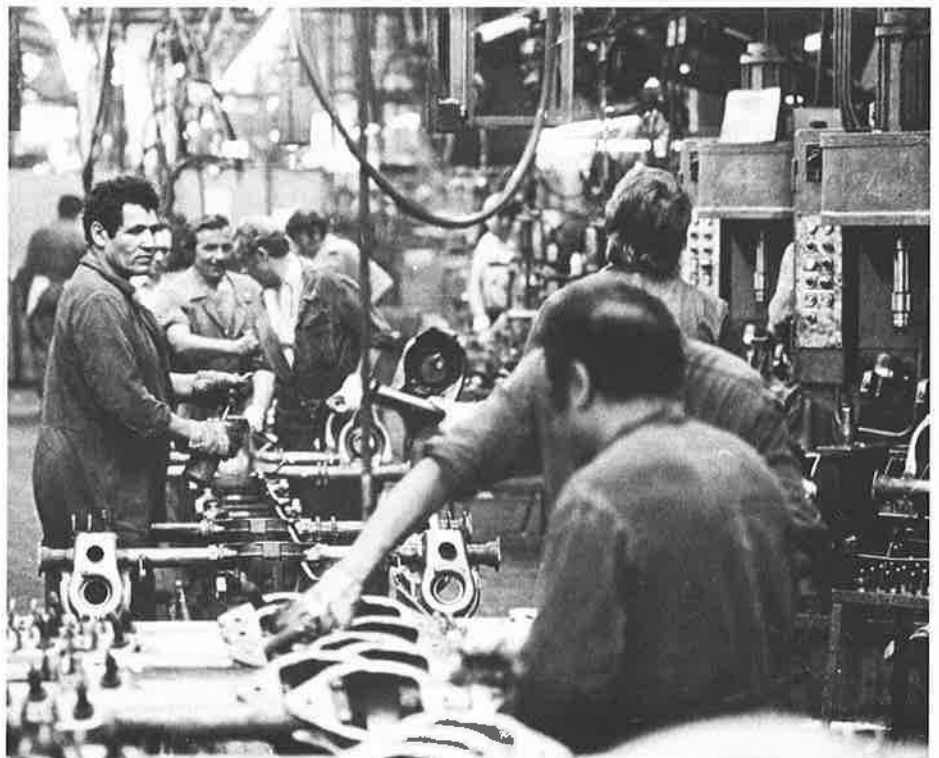
Konstanty: Das Gesetz soll möglichst viel an diesen Verhältnissen ändern. Wir erwarten uns davon endlich den Aufbau eines wirksamen Systems zur Bekämpfung von Gesundheitsgefahren in der Arbeitswelt.

DG: Was kritisiert der DGB am derzeitigen Zustand?

Konstanty: Das gegenwärtige Recht stellt nur in wenigen Ausnahmefällen zwingende Schutzmaßstäbe für die Gesundheit der Arbeitnehmer auf. Wir erwarten vom Arbeitsschutzgesetz, daß es zu den wichtigsten Gefährdungen in der Arbeitswelt, z. B. zu den Problemkreisen gefährliche Arbeitsstoffe, Strahlen, Lärm, Vibrationen, Schwerarbeit, Monotonie, psychische und nervliche Überbelastung und Beanspruchung zwingende Schutznormen aufstellt.

DG: Der DGB – und insbesondere Sie – haben bereits konkrete Vorstellungen entwickelt wie ein neues Arbeitsschutzgesetz aussehen sollte.

Konstanty: Neben der größeren Verbindlichkeit des Arbeitsschutzrechtes fordern wir eine durchgreifende Vereinheitlichung unseres extrem zersplitterten Rechts im Arbeitsschutz. Dann eine eindeutige Regelung der Rechtssetzungskompetenz. Das staatliche und berufsgenossenschaftliche Recht müssen zu einem einheitlichen Rechtssystem im Arbeitsschutz verschmolzen werden. Als Frage von herausragender Bedeutung betrachten wir die gezielte Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen. Das gegenwärtige Arbeitsschutzsystem zeichnet sich ja dadurch aus, daß es sich sehr schmalspurig auf die Unfallverhütung und die Bekämpfung einiger weniger im Berufskrankheitenkatalog anerkannter Krankheiten beschränkt. Wir fordern, daß alle arbeitsbedingten Erkrankungen in das Verhütungssystem einbezogen werden. Erst so kommt man ja z. B. zu einer umfassenden Bekämpfung der arbeitsbedingten Frühinvalidität, die ja nicht nur vom Gebot der Humanisierung des Arbeitslebens aus, sondern auch unter der Sicht der Senkung der Sozialleistungskosten geboten ist.



Motorenproduktion bei Opel

(Foto: Rose)

DG: Ein Arbeitsschutzgesetz würde – sollten Ihre Vorstellungen dort eingehen – eine Reihe politischer Veränderungen voraussetzen und erhebliche Kosten verursachen. Aus der seit Jahren anhaltenden Krisensituation mit Entlassungen, Rationalisierungen, Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit ist der DGB ja nicht gerade gestärkt hervorgegangen. Wie wollen Sie – angesichts dieser Kräftekonstellation – derart weitreichende Forderungen durchsetzen?

Konstanty: Zunächst einmal möchte ich sagen, daß die Krise insgesamt doch zu einer Stärkung der Gewerkschaften geführt hat. Ein Zeichen dafür ist der Mitgliederzuwachs. Wir werden also mit Sicherheit gestärkt in die künftigen Auseinandersetzungen gehen.

Und was die Durchführung eines Arbeitsschutzgesetzes angeht, so ist es natürlich erforderlich, daß wir unsere Mitglieder für Arbeitsschutzziele, für Humanisierungsziele noch stärker mobilisieren. Im übrigen ist zu sagen, daß gerade ein Arbeitsschutzgesetz vor dem Hintergrund der veränderten volkswirtschaftlichen und arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen von ganz erheblicher Bedeutung ist: einmal im Hinblick auf die mittel- und

langfristige Senkung der Sozialleistungskosten und zum anderen führt ja konsequenter Arbeitsschutz zur Schaffung neuer Arbeitsplätze. Wo mit weniger Hetze und Leistungsdruck gearbeitet wird, dort entstehen mehr Arbeit und damit mehr Arbeitsplätze.

DG: In einigen Reformgesetzen aus den letzten Jahren steht vieles auf dem Papier, nur wenig ist in der Wirklichkeit durchgesetzt worden. Erinnert sei dabei nur an gesetzliche Prüfungen durch die Gewerbeaufsicht, wo das Reglement streng ist, die tägliche Praxis aber ganz anders aussieht. Haben Sie nicht die Befürchtung, daß auch ein „progressiv“ formuliertes Arbeitsschutzgesetz in der betrieblichen Praxis kaum Niederschlag finden würde?

Konstanty: Die Schwäche vieler Gesetze beruht zu einem großen Teil auf einer zu großen Liberalität gegenüber der Industrie. Man verpflichtet die Unternehmer nicht eindeutig, sondern stellt es oft in ihr Ermessen, bestimmte Handlungen vorzunehmen. Dies führt dazu, daß vernünftige gesetzliche Zielvorstellungen von der Industrie unterlaufen werden. Der zwingende Charakter bestimmter Maßnahmen

muß in einem neuen Arbeitsschutzgesetz ganz klar definiert werden. Das ist dann auch eine Voraussetzung dafür, daß die Aufsicht in viel stärkerem Maße als bisher verpflichtet wird, durchzugreifen. Mit einem solchen Gesetz im Rücken kann sich die Aufsicht gegenüber der Industrie ja auch vor den Gerichten besser durchsetzen. Das ist heute ein grundlegender Mangel. Viele Gesetze können ja wegen der unbestimmten Aussagen, den „Generalklauseln“ von Gewerbeaufsicht und Berufsgenossenschaft nicht hinreichend genutzt werden, da alles zu unverbindlich formuliert ist. Hinzu kommt aber, daß sowohl die Gewerbeaufsicht, als auch der technische Aufsichtsdienst der Berufsgenossenschaften sich viel zu einseitig als eine Art „Beratungsdienst für die Industrie in Sicherheitsdingen“ verstehen. Ein Beispiel dafür ist der Fall „Stolzenberg“ (siehe DG 1/80). Damals haben selbst alle Senatsparteien in Hamburg festgestellt, daß die Gewerbeaufsicht zu einer einseitigen Beratungsinstitution der Industrie degeneriert war. Der Arbeitsschutz muß auch im politischen Entscheidungssystem der Landesregierungen endlich den Stellenwert erhalten, der ihm gebührt und darf nicht weiter als Randfrage in der Politik behandelt werden.

DG: Das zur Zeit laufende Humanisierungsprogramm der Bundesregierung ist auch vom DGB positiv aufgenommen, zum Teil sogar mit Vorschüblorbeeren bedacht worden. Jetzt mehrten sich gerade in den Gewerkschaften die kritischen Stimmen. Was ist bei diesem Programm für Arbeiter und Angestellte bisher wirklich herausgekommen?

Konstanty: Das Humanisierungsprogramm hat einige Pioniereinbrüche erzielt. Bei einzelnen Problemkreisen – so z. B. was die Gestaltung von Kassenarbeitsplätzen angeht – hat die Forschung auf diesem Gebiet zu einer Veränderung in der Arbeitswelt geführt. Inzwischen haben sich fast alle großen Einzelhandelskonzerne den entwickelten Maßstäben unterworfen. Das Regierungsprogramm hatte natürlich auch sehr große Schwächen. Vor allem muß festgestellt werden, daß es ja nur ein Forschungs- und kein Umsetzungsprogramm ist. Darin dürfte eine der grundlegenden Schwächen liegen.

Für die Zukunft erwarten wir, daß man beim Bundeszentrum „Humanisierung des Arbeitslebens“ die Grundlagen legen wird, um zu einer systematischen und umfassenden Umsetzung der Humanisierungsforschung zu kommen.

Was nun die Forschung selbst angeht, so darf sie in Zukunft nicht weiter ein Selbstbedienungsladen für die Industrie sein. Es muß vielmehr Koordination in die gesamte Humanisierungsforschung, das gilt vor allem für die Abstimmung und Arbeitsteilung zwischen dem Bundesministerium für Forschung und Technologie, dem Bundesar-

beitsministerium und auch den berufsgenossenschaftlichen Bereichen.

DG: Das Humanisierungsprogramm hat lange den Eindruck erweckt als gäbe es einen „Selbstlauf“ bei der menschlichen Gestaltung der Arbeitswelt. Eine quasi automatische Entwicklung, die nur die entsprechende Forschung benötigt, um Realität zu werden. Hat nicht die Vergangenheit gezeigt, daß es auch in dieser Frage keine Partnerschaft zwischen Unternehmern und Beschäftigten gibt? Sie selbst haben gesagt, „daß die Arbeitsprozesse sich nach wie vor im Freiraum der unternehmerischen Verfügungsmacht entwickeln“.

Konstanty: Die wichtigste Voraussetzung für die Humanisierung des Arbeitslebens ist der gewerkschaftliche Kampf gegen unmenschliche Arbeitsbedingungen.

Je konsequenter wir diesen Kampf führen, desto größer ist natürlich die Ablehnung von seiten der Industrie. Sie sieht ja, daß durch eine Humanisierung die Technologiepolitik am Gesamtwohl und der Gesundheit der Arbeitnehmer orientiert und darauf verpflichtet werden muß.

Dies bedeutet für sie, daß man nicht jeden Stoff, den man auf dem Markt einsetzen möchte, auch einsetzen kann.

Aber nicht nur bei der Herstellung von Technik, sondern auch bei der Gestaltung der Arbeitsorganisation wird ja die „unternehmerische Freiheit“ eingeengt. Hier sieht die Unternehmenseite eine weitere grundlegende Bedrohung. Insoweit ist der Begriff der „Partnerschaft“ in dieser Frage und in diesem Stadium überhaupt nicht recht am Platze, sondern es ist eine Frage von tiefgreifenden Auseinandersetzungen in einer hochindustrialisierten Gesellschaft. Und diese Auseinandersetzungen haben in den 70er Jahren erst begonnen und sind noch lange nicht auf ihrem Höhepunkt. Wir brauchen dafür natürlich auf allen Ebenen betrieblicher und überbetrieblicher Art Mitbestimmung. Dazu hat sich ja der DGB-Bundeskongreß eindeutig bekannt. Sofern ist nur der gewerkschaftliche Kampf der Garant für die Humanisierung. Gesetze, die das unterstützen, werden wir auch nur bekommen, wenn es uns gelingt, unsere Basis für diese Humanisierungsziele zu mobilisieren.

DG: Ist die jetzt angesprochene, notwendige Mobilisierung nicht doch ein Resultat einer ernüchternden Bilanz der letzten Jahre? Von seiten der Unternehmer sind doch, zum Teil gerade mit Forschungsmitteln des Bundes, umfangreiche Rationalisierungsmaßnahmen erforscht und sehr schnell durchgesetzt worden. Auf ihrem Bundeskongreß hat sich die IG Metall deutlich gegen bestimmte Tendenzen der „Humanisierungsvorhaben“ gewandt. Dort wird von neuer Arbeitsplatzgefährdung, Mehrbelastung, Disqualifizierung, zum

Teil aber auch Lohnabbau gesprochen. Rationalisierung und neue Technologie seien über die Köpfe der Betriebsräte und ohne ihre Information eingesetzt worden. Hatte der DGB derartige Schwierigkeiten einkalkuliert, oder ist man mittlerweile klüger geworden?

Konstanty: Wir haben einiges von den Fehlentwicklungen gesehen; in einigen sind wir natürlich klüger geworden.



Ich möchte zunächst vorausschicken, daß es zu Beginn des Humanisierungsprogrammes auf seiten der Bundesregierung sehr viel guten Willen gab. Man sollte jetzt nicht die Schuldfrage stellen; das ganze ist ein Lernprozeß, der heute durch alle Industriestaaten – in Ost und West – geht. Wir müssen eben aus den Fehlern der Vergangenheit lernen und in der Humanisierungspolitik viel realistischer denken und schärfere Analysen anstellen.

DG: Läuft der DGB als Vertretung der Lohnabhängigen nicht der Entwicklung hinterher? Es herrscht doch offensichtlich ein Mißverhältnis zwischen dem Tempo der technologischen Entwicklung und dem Problem ihrer sozialen Beherrschung. Steht nicht auch ein Großteil Ihrer Gewerkschaftsbasis – Mitglieder, Vertrauensleute und Betriebsräte – diesen „neuen Technologien“ sehr hilflos gegenüber?

Konstanty: Das ist ohne jeden Zweifel so! Wir haben auch nie behauptet, daß die Verhältnisse zur Zeit so in Ordnung wären. Wir sind aber wohl die ersten gewesen, die auf dieses Mißverhältnis zwischen der rasanten Geschwindigkeit der technologischen Entwicklung und ihrer fehlenden sozialen Beherrschung hingewiesen haben. Und dies haben wir seit Jahren getan. Wir müssen dieses Mißverhältnis aufbrechen, denn sonst wird das mit Sicherheit zur so-

widersprüchlichen Auffassungen auch innerhalb der Gewerkschaft?

Konstanty: Ich möchte hier nur auf die Problematik der Gesundheitsgefährdung durch Asbest eingehen. Dort hat der DGB zusammen mit seinen Gewerkschaften einen sehr konsequenten Standpunkt eingenommen. Wir haben ein 17-Punkte-Programm aufgestellt, an dessen Spitze steht die Forderung nach dem schrittwei-

Suchtproblematik (Alkohol usw.) würden völlig ausgeklammert.

Konstanty: Wir machen seit Jahren die Beobachtungen, daß der größte Teil der Ärzteschaft noch immer dem Konflikt mit Industrie und Unternehmen ausweicht. Man sucht hier einseitig das Verschulden für Erkrankungen in der privaten Lebensführung der Arbeitnehmer. Auch dem DGB ist bekannt, daß Alkohol eine schwerwiegende Gefährdung für breite Gruppen der Bevölkerung ist. Wir haben aber in der Diskussion auch mit Betriebsärzten immer wieder die bedauerliche Erfahrung gemacht, daß die meisten Ärzte sich davor scheuen, sich hart mit Arbeitsbedingungen auseinanderzusetzen. Viele von ihnen fliehen leider immer noch an „Nebenkriegsschauplätze“. Ausgewichen wird in die Untersuchungsmedizin, in die kurative Medizin. Darüber hinaus vernachlässigt man oft – auch aus einem tiefgreifenden Gefühl der Unsicherheit heraus – die entscheidende Frage von technologischer Gestalt im Betrieb und Gestaltung von Arbeitsorganisation. Das ist eine Dimension, mit der die meisten Ärzte nichts anzufangen wissen. Sie wissen nur, daß ihnen auf diesem Feld Konflikte mit der Betriebsleitung drohen. Hier geht man leider dann oft den leichteren Weg und flüchtet sich in unwesentlichere Fragen.

DG: In Ihren Vorschlägen für ein Arbeitsschutzgesetz ist das „Arbeitsverweigerungsrecht“ für die Beschäftigten und eine mögliche Bestrafung des Unternehmers bei der Nichteinhaltung gesetzlicher Vorschriften vorgesehen. Führen derartige Forderungen nicht von vornherein zu erheblichen Auseinandersetzungen mit der Unternehmenseite?

Konstanty: Wenn unsere Forderungen von großer Bedeutung für die Arbeitnehmer sind, so führt dies eigentlich immer zu Auseinandersetzungen mit dem Arbeitgeber. Wir halten es für eine wichtige Sache, daß dieses „Arbeitsverweigerungsrecht“ oder präziser gesagt, dieses „Leistungsverweigerungsrecht“ bei drohender Gesundheitsgefahr eingeführt wird. Hiermit erhalten die Arbeitnehmer endlich ein wirksames Schutzrecht. Es gibt ja dieses bekannte Schandurteil aus Baden-Württemberg, wo ein Arbeiter seinen Arbeitsplatz verloren hat, weil er sich wegen gesundheitlicher Gefährdung unmittelbar an die Gewerbeaufsicht gewandt hat. Wir fordern für ein neues Gesetz ein Beschwerderecht gegenüber der Gewerbeaufsicht und den technischen Aufsichtsdiens der Berufsgenossenschaften.

DG: Wir bedanken uns für das Gespräch.

Das Gespräch führte unser Redaktionsmitglied Norbert Andersch.



Foto: Arbeiterfotographie Aachen

zialen Katastrophe – nicht nur in unserer Gesellschaft – sondern auch in vielen anderen Industriestaaten führen.

DG: Im DGB verläuft die Entwicklung scheinbar auch nicht ohne Widerspruch, so haben sich Mitglieder des DGB zum Teil mit rigorosen Argumenten gegen Umweltprogramme gewandt, selbst für den Export von Rüstungsgütern fanden sich, wenn auch nur vereinzelt, Stimmen. Sogar in der Frage des Asbestschutzes haben sich – obwohl hier die gesundheitliche Sachlage klar ist – Betriebsräte gegen Abbau oder langfristiges Verbot der Asbestproduktion ausgesprochen. Auch die ÖTV hat sich bei den Krankenhausrationalisierungen erst sehr spät aus dem gemeinsamen Rationalisierungsprogramm zurückgezogen. Wie bewerten Sie diese

sen Verbot von Asbest und weiterhin der zwingende Ersatz von Asbest durch andere Stoffe, die ungefährlich oder weniger gefährlich sind. Wir haben wegen dieser Haltung natürlich auch sehr harte Auseinandersetzungen mit Betriebsräten in den Betrieben, in denen diese Gesundheitsgefahren sozusagen produziert werden. Trotzdem haben wir hier einen ganz klaren Standpunkt beibehalten. Zu den anderen Fragen kann ich mich nicht äußern.

DG: Von den etablierten Ärzteverbänden, auch vom Deutschen Ärzteblatt, ist gegen das verabschiedete DGB-Grundsatzprogramm vehement Stellung bezogen worden. In der Sozial- und Humanisierungspolitik wirft man dem DGB vor, er sehe völlig einseitig Schuld und Ursache von Verfehlungen nur auf der Unternehmenseite. Selbstverschuldete Erkrankungen wie die gesamte

Vernachlässigte Arbeitsmedizin in der Bundesrepublik

Von Klaus Priester

Daß die Arbeitsmedizin in der Bundesrepublik nicht gerade zu den Wissenschaftszweigen gehört, die besonders entwickelt und auch nicht zu denen, die den Interessen der Lohnabhängigen in starkem Maße zugeneigt sind, ist bekannt. Den Arbeitern und Angestellten im Betrieb begegnet diese Arbeitsmedizin – wenn überhaupt – in Gestalt von Einstellungsuntersuchungen vornehmenden und Grippe-Impfungen verabreichenden Ärzten, seltener schon im Zusammenhang mit periodisch durchgeführten Reihenuntersuchungen am Arbeitsplatz. Wie entsprechende Erfahrungsberichte aus Betrieben und Gewerkschaften belegen, haben die Beschäftigten vom Wirken der Werksärzte in aller Regel kaum Positives zu erwarten: zu gering sind die gesetzlich vorgeschriebenen Einsatzzeiten zur Betreuung der Beschäftigten, unzureichend im allgemeinen die arbeitsmedizinischen Qualifikationen der meist nebenberuflich tätigen Ärzte, wenig befriedigend auch die Zusammenarbeit mit den Betriebsräten.

„Modell Deutschland“ – auch in der Arbeitsmedizin?

Dies alles hindert jedoch die offiziellen Vertreter der Arbeitsmedizin und staatlicher Instanzen nicht, regelmäßig in schon als peinlich zu bezeichnende Lobpreisungen über den Stand der arbeitsmedizinischen Forschung und Praxis in der Bundesrepublik zu verfallen.

So beklagt sich in dem vom Bundesarbeitsministerium herausgegebenen „Bundesarbeitsblatt“ Dr. Rolf Wagner über „journalistische Tartarenmeldungen“, in denen die betriebliche arbeitsmedizinische Praxis schlicht als Debakel bezeichnet wird.

Entgegen solchen Meldungen will Wagner festgestellt wissen, daß in den vergangenen fünf Jahren auf dem Gebiet der Anwendung arbeitsmedizinischer Erkenntnisse in den Betrieben mehr geschehen sei, „als selbst Optimisten für möglich und machbar gehalten haben“¹⁾. Als arbeitsmedizinische Erfolgsbilanz wird angeführt:

- die Gründung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung 1972;
- der Ausbau der Arbeitsmedizin an den Hochschulen im Zusammenhang mit der Änderung der ärztlichen Approbationsordnung (Einführung der Arbeitsmedizin als Lehr- und Prüfungsfach für Medizinstudenten);
- die Veränderung von Weiterbildungsordnungen, durch die die Gebietsbezeichnung (Facharzt für) Arbeitsmedizin

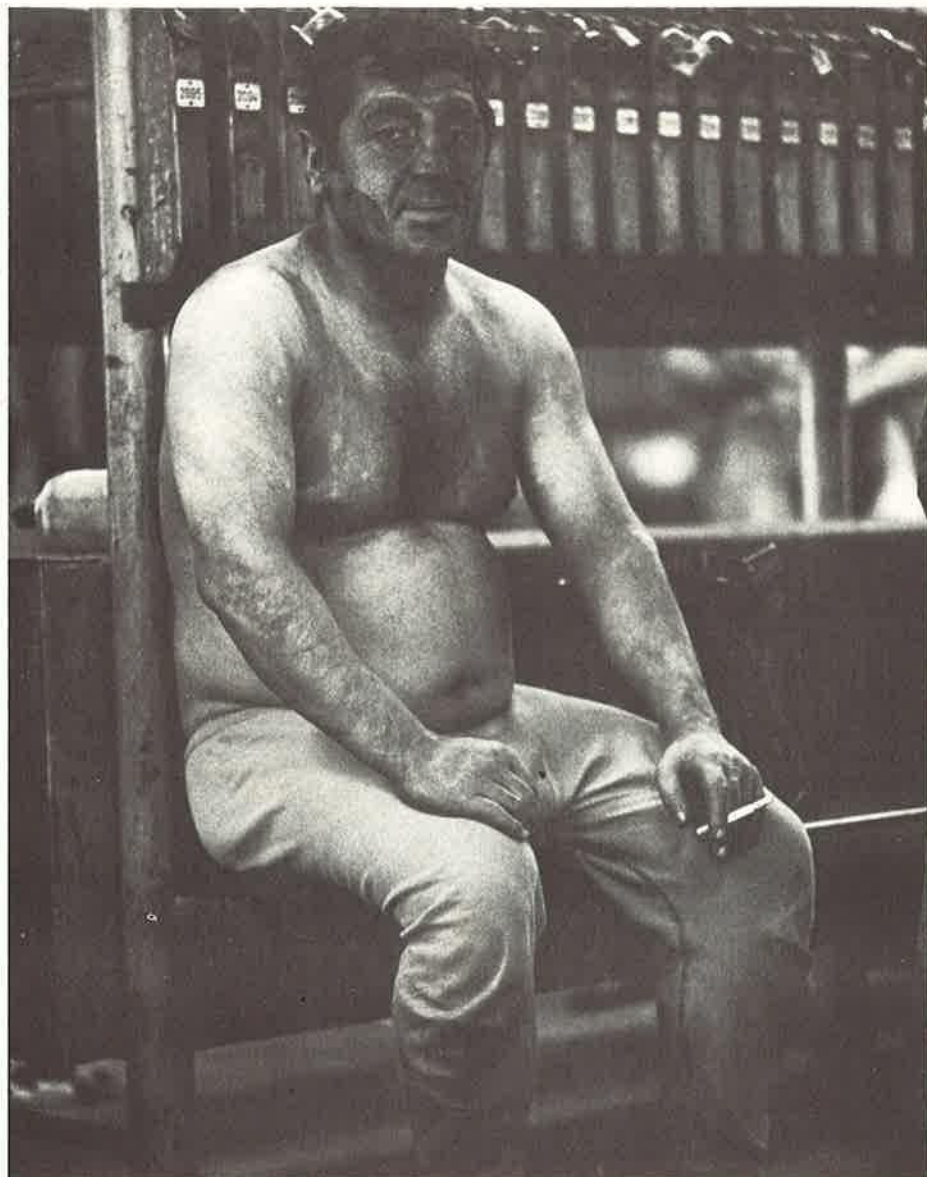


Foto: Arbeiterfotographie Aachen

und die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ eingeführt wurden;

- die Intensivierung der Forschung auf dem Gebiet der „Humanisierung des Arbeitslebens“²⁾;
- die gewachsene Zahl von fachkundigen Arbeitsmedizinern und arbeitsmedizinischer Einrichtungen.

Vergessene „Leistungen“

Betrachten wir das „Modell Deutschland“ im Bereich der Arbeitsmedizin etwas genauer, dann muß zunächst auf einige „Leistungen“ hingewiesen werden, die Wagner offenbar „vergessen“ hat darzustellen:

- 1979 ereigneten sich in der Bundesrepublik 1 901 602 angezeigte Arbeitsunfälle – der höchste Stand seit 1974 –;
- 233 674 angezeigte Wegeunfälle – der höchste Stand seit 1970 –;

- 45 471 angezeigte Berufskrankheiten – 13 Fälle weniger als 1978 –;
- 4262 Menschen verloren 1979 ihr Leben infolge tödlich verlaufener Arbeits-, Wegeunfälle und Berufskrankheiten.

Letzteres ist zwar der geringste amtlich ausgewiesene Stand seit Bestehen der Bundesrepublik, aber immer noch eine erschreckend hohe Zahl. Zudem ist zu berücksichtigen, daß es sich hierbei um *Mindestzahlen* handelt, da die amtliche Statistik das tatsächliche Unfallgeschehen bekanntlich nur unvollständig erfaßt³⁾. 25 bis 30 Milliarden DM betragen die jährlichen gesamtwirtschaftlichen Folgekosten der Arbeitsunfälle in der Bundesrepublik, weniger als ein Prozent dieses Betrages wurde von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung im Jahr 1979 für die Unfallverhütung in den Betrieben ausgegeben⁴⁾.

Nach wie vor scheidet fast jeder zweite Beschäftigte wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit vor Erreichen der gesetzlichen Rentenaltersgrenze aus dem Arbeitsleben aus. Berechnungen für die Jahre bis 1990 haben ergeben, daß von den bis dahin aus dem Erwerbsleben ausscheidenden abhängig Beschäftigten fast 52% wegen Frühverrentung (Invalidität) oder Tod vor Erreichen des Rentenalters ausscheiden werden⁵).

Die durch kapitalistische Gewinninteressen bestimmte Anwendung der Ergebnisse des wissenschaftlich-technischen Fortschritts im Produktionsprozeß und eine verstärkte Rationalisierung in den Betrieben haben in den letzten Jahren zu einer Zunahme von Arbeitsbelastungen für die Beschäftigten geführt⁶), ohne daß die in den Betrieben praktizierte Arbeitsmedizin diesen Trend wesentlich hätte aufhalten bzw. umkehren können.

Die vielgepriesene Forschung zur „Humanisierung des Arbeitslebens“ hat bislang kaum gewichtige Ergebnisse erbracht, die zu einer Belastungsminderung bzw. zu nachhaltigen Verbesserungen auf dem Gebiet der Arbeitsbedingungen geführt hätten, wohl aber zur staatlich subventionierten Modernisierung von Produktionsprozessen, Vernichtung von Arbeitsplätzen und Erprobung von Rationalisierungsmaßnahmen beigetragen⁷).

Zwar ist seit Mitte der siebziger Jahre die Zahl der sich als arbeitsmedizinisch fachkundig bezeichnenden Ärzte wesentlich gestiegen – offiziellen Angaben zufolge sind es inzwischen mehr als 12 000 Ärzte –, doch ist deren Qualifikation äußerst unterschiedlich. So besaßen von den Ende 1978 für die werksärztliche Tätigkeit nach dem Arbeitssicherheitsgesetz qualifizierten 12 179 Mediziner 9544 (ca. 78%) die sogenannte „arbeitsmedizinische Fachkunde“, die in der Regel in Kurzlehrgängen erworben wurde, 2066 (17%) die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ und lediglich 569 (ca. 5%) den Facharzt für Arbeitsmedizin⁸). Hinzu kommt – und dies wird von interessierter Seite häufig verschwiegen –, daß nicht bekannt ist, wie viele dieser berechtigten Ärzte auch tatsächlich in der werksärztlichen Versorgung tätig sind und in welchem zeitlichen Umfang dies geschieht.

Wenn sich das Bundesarbeitsministerium damit brüstet, gegenwärtig seien rund 10 Millionen Beschäftigte „in betriebsärztlicher Obhut“¹⁰), dann bedeutet dies andererseits, daß dies weniger als ein Drittel der fast 32 Millionen Versicherten und immer noch weit weniger als die Hälfte der vollzeitlich Beschäftigten („Vollarbeiter“) im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherungen sind.

Fragt man weiter, wie diese „betriebsärztliche Obhut“ eigentlich genauer aussieht, so präsentiert sich das arbeitsmedizinische „Modell Deutschland“ in gänzlich an-

derem Licht. Einer Untersuchung des Wissenschaftszentrums Berlin zufolge zeigt sich nämlich, daß die werksärztliche Versorgung nur zu einem geringen Teil korrekt, d. h. entsprechend den vorwiegend präventiv ausgerichteten Aufgabenstellungen des Arbeitssicherheitsgesetzes und der berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütungsvorschriften ausgeführt wird. Gleichzeitig wird deutlich, daß es – aus unterschiedlichen Gründen – offenbar ohne Schwierigkeiten möglich ist, der vorgeschriebenen Bestellung eines Werksarztes entweder gar nicht oder lediglich formal nachzukommen. Von der auch nur ansatzweisen Erfüllung der betriebsärztlichen Aufgabe, „die Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten“ (Arbeitssicherheitsgesetz, § 3) kann demnach kaum die Rede sein¹⁰).

Schon diese knappen Bemerkungen können verdeutlichen, wie es um die Qualität der arbeitsmedizinischen Versorgung in den Betrieben bestellt ist. Ausdrücklich sei betont, daß der augenblickliche Zustand sicherlich um einiges positiver zu beurteilen ist als noch vor zehn Jahren. Wer allerdings glauben machen will, dies sei „internationale Spitzenklasse“, kennt entweder die tatsächlichen betrieblichen Verhältnisse hierzulande nicht und/oder leidet beim Blick nicht nur auf die – in regierungsamtlichen Betrachtungen auf gesundheitsspolitischem Gebiet zumeist „übersehenen“ – sozialistischen Länder, sondern auch auf westeuropäische Länder offensichtlich unter Wahrnehmungsstörungen.



Außerdem wird darüber leicht vergessen, daß eben in der Bundesrepublik dreißig Jahre kaum etwas auf dem Gebiet der arbeitsmedizinischen Versorgung – von aus Rentabilitätsgründen und auf gewerkschaftlichen Druck hin installierten werksärztlichen Diensten in einigen Großbetrieben abgesehen – getan wurde, also ein erheblicher Nachholbedarf bestand und weiter besteht. Die diesbezüglichen Versäumnisse der fünfziger und sechziger Jahre präsentieren sich u. a. gegenwärtig in extrem hohen Frühinvaliditätsraten, die sich – abgesehen von dem persönlichen Leid jedes einzelnen Betroffenen – beispielsweise auch als enorme Kostenbelastung in allen Zweigen der Sozialversicherung niederschlagen.

Eine „Denkschrift“ . . .

Die hier geäußerte Kritik an „offiziellen“ Einschätzungen des Standes der arbeitsmedizinischen Versorgung in der Bundesrepublik muß nach Lektüre einer unlängst von der renommierten Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) herausgegebenen „Denkschrift zur Lage der Arbeitsmedizin und der Ergonomie in der Bundesrepublik Deutschland“¹¹) noch unterstrichen werden.

Wer geglaubt hatte, von den zur „ersten Garnitur“ der Arbeitsmediziner und Arbeitswissenschaftler an den Hochschulen der Bundesrepublik zählenden Autoren Rutenfranz, Luczak, Lehnert, Rohmert und Szadkowski ein auch nur halbwegs die Wirklichkeit widerspiegelndes Bild beider Disziplinen, ihrer gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und praktischen Anwendung erhalten zu können, sieht sich – leider – getäuscht.

Die auf Anregung staatlicher und DFG-Stellen erarbeitete Studie will zwar eine Bestandsaufnahme beider Fachgebiete leisten sowie Vorschläge für strukturelle Förderungsmaßnahmen der arbeitswissenschaftlichen und arbeitsmedizinischen Forschung, Lehre und Praxis vorlegen, allerdings wird dieser Anspruch nicht oder nur teilweise eingelöst.

Wir beschränken uns hier auf einige Aspekte des arbeitsmedizinischen Teils der Denkschrift¹²).

Der Nutzen der Denkschrift besteht sicherlich darin, daß die erheblichen Defizite in der institutionellen, personellen und finanziellen Ausstattung der Arbeitsmedizin an den Hochschulen der Bundesrepublik aufgezeigt werden: Zum Erhebungszeitpunkt bestanden an den 27 medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik 18 arbeitsmedizinische Institute (teilweise unter anderer Bezeichnung); an zwei Universitäten waren arbeitsmedizinische Institute außerhalb der medizinischen Fakultäten angesiedelt. Die Hälfte aller Institute ist erst nach 1970, also nach der Einführung der Arbeitsmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach in die Approbationsordnung von 1970, gegründet worden. Insgesamt befindet sich die universitäre Arbeitsmedizin demnach über weite Strecken noch im Aufbau. Hieraus mag auch eine bis heute beibehaltene Schwerpunktorientierung der meisten Institute resultieren: sie liegt in der Arbeitstoxikologie, der klinischen Arbeitsmedizin und der Arbeitsphysiologie. Dagegen werden Arbeitspsychologie, Arbeitshygiene und psychosomatische Arbeitsmedizin kaum schwerpunktmäßig betrieben. Die personelle, sachliche und finanzielle Ausstattung der meisten Institute läßt durchweg zu wünschen übrig. So heftig diese Defizite in der Ausstattung der Institute beklagt werden, so unkritisch allerdings äußern sich die Verfasser zu den Inhalten, strategischen Konzepten und Methoden der arbeitsmedizinischen Forschung und ihrer praktischen Relevanz.

Gerade hier hätte für eine kritische Bestandsaufnahme die Möglichkeit bestanden, die hundertprozentig naturwissenschaftlich ausgerichtete Arbeitsmedizin in ihren Ansätzen kritisch zu hinterfragen: Wenn von 20 in die Untersuchung einbezogenen Institutionen 19 angeben, ihren Schwerpunkt in naturwissenschaftlichen Ansätzen zu sehen und nur eines eine vorwiegend sozialwissenschaftliche Orientierung sowie weitere sieben Sozialwissenschaften immerhin als Nebenschwerpunkt nennen, dann müßten diese Fakten Anlaß sein, nach Alternativen wenigstens zu fragen. Nun vermutet hinter den Verfassern sicherlich niemand ernsthaft Vertreter der sog. „Arbeitermedizin“; allerdings hätten sich die Autoren als Hüter der herrschenden Arbeitsmedizin nichts vergeben, wenn sie diese einseitige Ausrichtung der hier betriebenen Arbeitsmedizin wenigstens beim Namen genannt hätten. Ein unkritisches und schönfärberisches Bild wird in dem Abschnitt über die „Umsetzung arbeitsmedizinischer Erkenntnisse in die betriebliche Praxis“ gezeichnet. Wer allen Ernstes die geringe Zahl der angezeigten Berufskrankheiten als Indiz für die Gefährdungssituation der Beschäftigten in den Betrieben nimmt, muß sich fragen lassen, ob sein Verständnis von Arbeitsmedizin geeignet ist, reale Verhältnisse auch nur ansatzweise zu erkennen, geschweige denn Mißstände beseitigen zu wollen.

... und ihre möglichen Folgen

Indessen ist diese Sichtweise nicht zufällig; ebenso wenig kann auch die an einigen Stellen der Denkschrift deutlich werdende Diskriminierung interdisziplinär-sozialwissenschaftlicher Ansätze in Arbeitsmedizin und Arbeitswissenschaft verwundern, dient dies doch offensichtlich dazu, Kompetenzen und (finanzielle) Förderungsmaßnahmen auch weiterhin zu monopolisieren bzw. in die „richtigen“ Kanäle zu lenken.

Verfolgt man die sich in letzter Zeit häufenden Angriffe interessierter Kreise auf bestimmte Teile des „Humanisierungsprogramms“ der Bundesregierung, dann kann die Polemik der Denkschrift-Autoren gegen eine „beauftragte Forschung“, die letztlich „eine Einengung wissenschaftlicher Kreativität“ darstelle, kaum überraschen. Solch herbe Kritik hätte man sich in dem völlig unzureichenden Abschnitt der Denkschrift, der sich mit der Geschichte der Arbeitsmedizin befaßt, gewünscht. An keiner Stelle ist dabei davon die Rede, daß die Arbeitsmedizin (wie auch die Arbeitswissenschaft) immer schon beauftragte Forschung – allerdings im Dienst und Sold kapitalistischer Unternehmen – war; ein Zustand, an dem es für die etablierte Arbeitsmedizin offenbar nichts zu kritisieren gibt und der – aus staatlichen, d. h. Steu-

ermitteln zwar mitfinanziert, nicht jedoch kontrolliert und gesteuert – offenbar beibehalten werden soll.

Angesichts des noch erdrückenden Einflusses der herrschenden Arbeitsmedizin in der Bundesrepublik, die bislang nicht den leisesten Hauch konkurrierender Konzepte tolerieren will, stellen sich für Vertreter fortschrittlicher Ansätze weitreichende Aufgaben, die sich nicht erschöpfen können in – auch von der DFG erhobenen – Forderungen nach dem institutionellen Ausbau der Arbeitsmedizin in den Betrieben und Hochschulen der Bundesrepublik, sondern die gleichfalls einen Beitrag zur Diskussion inhaltlicher, methodischer und praktischer Alternativen leisten müssen. Ansätze dazu sind – dies hat nicht erst der „Gesundheitstag“ 1980 gezeigt – vorhanden. Sie zu systematisieren und zu verbreiten ist Aufgabe aller im Bereich der Arbeitsmedizin, in Forschung, Lehre und betrieblicher Praxis Tätigen. Über eine diesem Ziel dienende Veranstaltung des Wissenschaftszentrums Berlin (West) im Mai 1981 werden wir berichten.

Literatur beim Verfasser Klaus Prieser, Schloßstraße 96, 6000 Frankfurt 90.

Seite für Seite Arbeiter-Zeitung

Bestellschein

☐ Tageszeitung

☐ Wochenendausgabe

Gewünschtes bitte ankreuzen

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

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

Vor- und Zuname

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Ort und Datum

Unterschrift

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

Arbeitslosigkeit macht krank!

Von Klaus-Dieter Thomann

Am 31. 3. 1981 verbreitete dpa eine Meldung zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheitsstörungen. Der ehemalige Präsident der Britischen Medizinischen Vereinigung, Prof. Rees, wies darauf hin, daß die Arbeitslosigkeit das seelische Gleichgewicht in der Familie zerstöre. Es entstünde bei den Betroffenen ein Zustand der Hoffnungslosigkeit und ein Verhalten, das als neurotisch zu bezeichnen sei. Rees forderte die britische Regierung angesichts gestiegener Selbstmordziffern auf, den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Suizid zu untersuchen.¹⁾ Der englische Mediziner rührte an ein Tabu. In der BRD wird die Diskussion um die Arbeitslosigkeit weitgehend von Vorurteilen bestimmt. So kann man, ohne mühsam suchen zu müssen, Aussagen von Politikern finden, die den wesentlichen Grund für die Arbeitslosigkeit in der „Faulheit“ der Arbeitslosen suchen. Wenn diese als Ursache ausscheidet, so wird die mangelnde Mobilität als Ursache für die Arbeitslosigkeit definiert. Hätten die Kritiker Recht, so müßte das „Ausmaß der Faulheit“ direkt vom wirtschaftlichen Krisenzyklus bestimmt werden.

Die gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit sind zerstörerisch. Leider fehlen für die BRD systematische Untersuchungen. Um jedoch vorläufig einen Überblick über die Schäden zu gewinnen, bitten wir, Ergebnisse, die anhand von Einzel- oder Gruppenbeobachtungen gewonnen wurden, an Dr. K.-D. Thomann, Praunheimer Weg 84, 6000 Frankfurt, zu schicken. Wir werden zu gegebener Zeit über die Situation erneut berichten.

1,3 Millionen Arbeitssuchende konnten im Februar 1981 keine Tätigkeit finden, offiziell 5,6% der arbeitsfähigen Bevölkerung. Diesen standen jedoch nur 239 000 offene Stellen gegenüber. Nicht zu vernachlässigen sind die ca. 400 000 Kurzarbeiter. Nach Aussagen von Arbeitsmarktforschern wird sich am Umfang der Arbeitslosigkeit in der nächsten Zeit nichts ändern; langfristig könnte sogar eine Erhöhung der Zahlen eintreten. Das wahre Ausmaß der Betroffenheit ist aus den offiziellen Angaben nicht ersichtlich. Da die veröffentlichten Statistiken solche Gruppen wie: verheiratete Frauen ohne Anspruch auf Arbeitslosengeld, nicht bedürftige Berufsanfänger und andere in der sogenannten „stillen Reserve“ zusammenfassen und diese nicht in die Kategorie der Arbeitslosen einordnen, sind die genannten Zahlen zu gering angesetzt. Außerdem sind die genannten 1,3 Millionen Erwerbslosen keine statische Größe, es erfolgen Zu- und Abgänge bei einem gewissen Prozentsatz von Dauerarbeitslosen. Auf diese Weise werden viel mehr Menschen von der Arbeitslosigkeit betroffen, als es auf den ersten Blick erscheint. Legt man die offiziellen Zahlen zugrunde, so waren 1976 15,4% aller lohnabhängigen Frauen und 13,7% aller Männer von der Arbeitslosigkeit zeitweise oder dauernd betroffen.²⁾

Gesellschaftliche Einflüsse führen bei jedem Menschen zu bewußten oder unbe-

wußten seelischen und körperlichen Reaktionen. Diese können z. B. bei befriedigender Tätigkeit und harmonischen familiären Bedingungen günstig, oder bei umgekehrten Verhältnissen ungünstig sein. Einer der wichtigsten Einflußfaktoren ist die Arbeit. Arbeit zu haben, gehört in unserer Gesellschaft zu den wesentlichen Bedingungen psychischer Stabilität. Die langjährige Schul- und Berufsausbildung erfolgt im Hinblick auf den Arbeitsprozeß. Wie aus der Redensart „in Amt und Würden sein“ hervorgeht, bedingt Arbeitsplatz und -position in hohem Maße die gesellschaftliche Anerkennung. Als Folge des Arbeitsplatzverlustes leidet das Selbstwertgefühl, die innere Ruhe, die Stabilität der zwischenmenschlichen und gesellschaftlichen Beziehungen. Seelische Störungen und psychosomatische Erkrankungen sind das Resultat. C. Brinkmann, ein Mitarbeiter der Bundesanstalt für Arbeit, wies nach, daß Arbeitslose die psychische Belastung der Arbeitslosigkeit erheblich drückender empfinden, als die nicht geringen finanziellen Einbußen.³⁾ Da sich Seele und Körper nicht trennen lassen, können psychische Dysregulationen auch zu körperlichen Symptomen führen. Hinzu kommt, daß die Mehrheit der Bevölkerung nicht „idealgesund“ ist, sondern eine jeweils unterschiedliche Krankheitsdisposition aufweist (z. B. latenter Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, „vegetative Dystonie“, Alkoholkrankheit usw.). Ein die Lebensgeschichte so sehr beeinflussender Einschnitt, wie die Arbeitslosigkeit, kann nicht ohne negative Auswirkungen bleiben.

Der sozialdemokratische Arzt und Reichstagsabgeordnete Julius Moses befragte 1931 bedeutende deutsche Mediziner nach den gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit: Das Ergebnis war eindeutig: Nahezu alle Befragten registrierten gesundheitlich negative Auswirkungen.⁴⁾ Dabei reichten die somatischen Folgen von der Unterernährung bis zu Hypertonie und Angina Pectoris, an seelischen Er-

krankungen wurden u. a. vermehrt vegetative Entgleisungen, Depressionen, Suizide und eine Zunahme des Alkoholismus registriert. Bestehende Erkrankungen konnten aus Angst vor Arbeitsplatzverlust nicht ausreichend therapiert werden (mangelnde Schonung).

Während die Umfrage von Moses auf Einzelbeobachtungen beruhte, liefern neuere amerikanische Arbeiten den statistischen Nachweis der verheerenden, ja tödlichen Folgen der Arbeitslosigkeit. So konnte ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Anstieg der Arbeitslosigkeit und dem Anstieg der Morbidität bzw. Letalität der folgenden Erkrankungen nachgewiesen werden: Säuglings- und Kindererkrankungen und -sterblichkeit, Herz-Kreislauferkrankungen und -sterblichkeit, Leberzirrhose und Alkoholismus⁵⁾. Darüber hinaus stiegen als Folge der hohen Arbeitslosenquoten die Aufnahmen in psychiatrischen Kliniken, die Zahl der Morde und Selbstmorde. Die Ergebnisse waren so alarmierend, daß der amerikanische Kongreß eine Studie zu diesem Problem erarbeiten ließ. Der Verfasser dieser 1976 veröffentlichten offiziellen Studie errechnete, daß als Folge einer 1,4prozentigen Steigerung der Arbeitslosenzahl im Jahre 1970 51 520 Menschen starben, die, wenn sie ihren Arbeitsplatz behalten hätten, noch am Leben geblieben wären.⁶⁾ Direkte Konsequenzen hatte diese Untersuchung nicht, die herrschenden Kreise der USA waren eher bereit, die der Gesellschaft durch den Tod dieser Menschen entstehenden Kosten von ca. 7 Milliarden Dollar zu akzeptieren, als grundlegende wirtschaftspolitische Veränderungen einzuleiten.

Es gibt keinen Grund anzunehmen, daß die Verhältnisse in der BRD anders sind. Unseren wirtschaftlich und politisch Mächtigen fehlt nur der Mut, sich die gesundheitlichen und tödlichen Auswirkungen des kapitalistischen Wirtschaftssystems so klar vor Augen führen zu lassen.

Auch wenn derart detaillierte Untersuchungen für unser Land noch fehlen, so haben sich unterschiedliche Institutionen mit dem Problem befaßt: So fand Anfang 1979 eine gesundheitspolitische Fachtagung des Bundes demokratischer Wissenschaftler statt, auf dem die Arbeitslosigkeit intensiv diskutiert wurde. Dabei wurde jedoch noch zu wenig Wert auf die objektiven gesundheitsschädlichen Wirkungen der Arbeitslosigkeit gelegt⁷⁾. Einen interessanten Beitrag lieferte das Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt/M. mit einer Arbeitstagung, die unter der Leitung von Cl. de Boor stattfand. Die Psychoanalytiker arbeiteten die persönlichkeitszerstörerische Wirkung des Arbeitsplatzverlustes heraus. So zeichnete Emma Moersch die Reaktion nach Arbeitsplatzverlust auf: Hierbei komme es

„u. U. zu ersten psychosomatischen Erkrankungen, deren Auftreten so unver-

kennbar an den Arbeitsplatzwechsel und den damit verbundenen subjektiven Wertverlust geknüpft ist, daß konkurrierende Auslösemomente kaum ins Gewicht fallen. Daß die Wertschätzung an die Leistungsfähigkeit und nicht an die Person sich bindet, führt bei manchen zu schweren seelischen Erschütterungen."⁹⁾

Das Ausgeliefertsein und die Fremdbestimmung der in der kapitalistischen Produktion Beschäftigten wird somit von der Psychoanalytikerin als wesentlicher Krankheitsfaktor gesehen.

Konsequenzen

Die Arbeitslosigkeit wird in der Öffentlichkeit immer noch zu sehr als statistisches Problem gesehen. Daß sich hinter jeder Zahl ein Einzelschicksal mit potentieller oder wirklicher Zerstörung der Gesundheit verbirgt, ist weitgehend unbekannt. Im Grundgesetz ist die Unantastbarkeit der Person gewährleistet – handeln nicht die in unserem Land Herrschenden, die direkt oder indirekt die Arbeitslosigkeit zu verantworten haben, grundgesetzwidrig? Sind sie nicht die wahren Verfassungsfeinde? Der Artikel 23 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte bestimmt:

„Jeder Mensch hat das Recht auf Arbeit, auf freie Berufswahl, auf angemessene und befriedigende Arbeitsbedingungen sowie auf Schutz gegen Arbeitslosigkeit.“

Dieses Menschenrecht bleibt uns noch zu verwirklichen. Es ist die Aufgabe der im Gesundheits- und Sozialwesen Tätigen, über die zerstörerischen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit zu informieren. Darüber hinaus sollten wir jede Aktivität unterstützen, die zur Reduzierung oder Beseitigung der Arbeitslosigkeit und zur Verwirklichung des Menschenrechts auf Arbeit beiträgt.

Anmerkungen:

- 1) dpa-Meldung, Zuletzt kommt dann die Hoffungslosigkeit, in: Frankfurter Neue Presse, 1.4. 1981, S. 32.
- 2) Vgl. J. Goldberg u.a., Arbeitslosigkeit: Ursachen, Entwicklungen, Alternativen, Frankfurt 1978, S. 27.
- 3) Christian Brinkmann, Finanzielle und psychosoziale Belastungen während Arbeitslosigkeit, in: Mitt. Arbeitsmarkt Berufsforschung 9, 1976, S. 397–413.
- 4) Julius Moses, Arbeitslosigkeit, Ein Problem der Volksgesundheit, Berlin o.J. (1931).
- 5) Z. B. H. Brenner, Economic Changes and Heart Disease Mortality, in: American Journal of Public Health, 61, 1971, S. 608 ff. Für weitere Literaturangaben siehe: K.-D. Thomann, Die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit, in: A. Wacker (Hrsg.), Vom Schock zum Fatalismus, soziale und psychische Auswirkungen der Arbeitslosigkeit, Frankfurt 1978, S. 194–240.
- 6) H. Brenner: Estimating the Social Costs of National Economic Policy: Implications for Mental and Physical Health and Criminal Aggression. Studie für den amerikanischen Kongreß, Washington 1976, hier, S. VII.
- 7) Vgl. Argument-Sonderband Berlin/West 1980.
- 8) Emma Moersch, Diskussionsbeitrag auf der Tagung des Sigmund-Freud-Instituts „Erleben und Verarbeiten sozialer Unsicherheit am Beispiel von Arbeitsplatzverlusten“, Oktober 1979, Manuskript, S. 1.

Alles mit Maß und Ziel

Die Eigenverantwortung des Schichtarbeiters

Alfred H. ist mein Nachbar, wir duzen uns, denn wir verstehen uns gut. Alfred ist Arbeiter, Schichtarbeiter bei Hoesch im Ruhrgebiet.

Im Sommer haben wir uns oft morgens gesehen, wenn ich zur Arbeit fuhr, und er auf seiner Terrasse saß, vor seinem kleinen Häuschen, nach der Nachtschicht. Manchmal war er schon eingenickt in seinem Stuhl, meist saß er aber noch wach da, vor seiner Flasche Bier, manchmal wurden es auch zwei oder drei. Die brauchte er immer nach der Schicht, um abschalten und schlafen zu können, besonders nach der Nachtschicht.

Wie er so da saß, hätte man von ihm ein Werbephoto machen können, so vor seinem eigenen Häuschen, im Sommer braungebrannt, weil er schon immer im Gartenstuhl einschlief. Das Werbephoto hätten alle möglichen gesellschaftlichen Gruppierungen für sich benutzen können, seine Gewerkschaft, Hoesch, die im Bundestag vertretenen Parteien nach dem Motto: Noch nie ging es dem deutschen Arbeiter so gut wie heute!

Wenn die Umstände es zuließen, schlief Alfred bis in den frühen Nachmittag vor seinem ererbten Häuschen im Grünen. Weiß Gott, er war privilegiert als Arbeiter im Ruhrgebiet, die Kumpel, die in einer ähnlichen Wohnlage wohnten, konnte man an einer Hand abzählen. Um sein Fachwerkhäuschen herum waren vornehme Villen gewachsen, da wohnten die Makler, die Ärzte, die Höheren des öffentlichen Dienstes.

Nach dem Schläfchen machte ihm seine Frau Lisa etwas zu essen, bei schönem

Wetter wurde im Garten gegrillt. Manchmal kam Besuch, aber wenn er Nachtschicht hatte, galt Alfred nicht als besonders gesellig, außerdem machte das immer den Abend kaputt, wenn er dann um Neune wieder auf Schicht mußte, die anderen hatten dann ein schlechtes Gewissen ihm gegenüber. Überhaupt hatte er es schwer mit der Geselligkeit: Entweder kam er gerade todmüde von der Maloche oder er mußte hin oder er mußte vorschlafen. Alfred geht auf Schicht seit dreißig Jahren.

Er war gut genährt, der Alfred, besser gesagt, er hatte Übergewicht. Das regelmäßige Bier, hier und da ein paar Klare und das kräftige, kalorienreiche Essen seiner Frau, das ihm immer noch am besten schmeckte, waren nicht spurlos an ihm vorübergegangen: Er hatte eine richtige Wampe, sein volles, braungebranntes Gesicht verschleierte, wie abgespannt und vorgealtert er war. Nur sein weißgraues Haar, das ihm nach Meinung aller gut stand, hätte einen stutzig machen können, schließlich war Alfred erst fünfzig Jahre alt!

Von ihm selbst kam nie eine Klage, er redete nicht viel, er war stolz darauf, daß man ihm zum Arzt prügeln mußte. Nun ja, ab und zu hatte er Magenschmerzen, deswegen hatte er schon vor Jahren das Rauchen aufgegeben. Und Kopfschmerzen hatte er auch schon mal, aber bei dem Lärm bei Hoesch, wiegelte er ab, wäre das ja wohl kein Wunder.

Seine Frau Lisa machte sich Sorgen um Alfred. Ihr Vater hatte auch Schicht gefahren, unter Tage, mit 59 war er an Stein- und Staublungestorben. Ihre Mutter hatte



Foto: Arbeiterfotographie Aachen

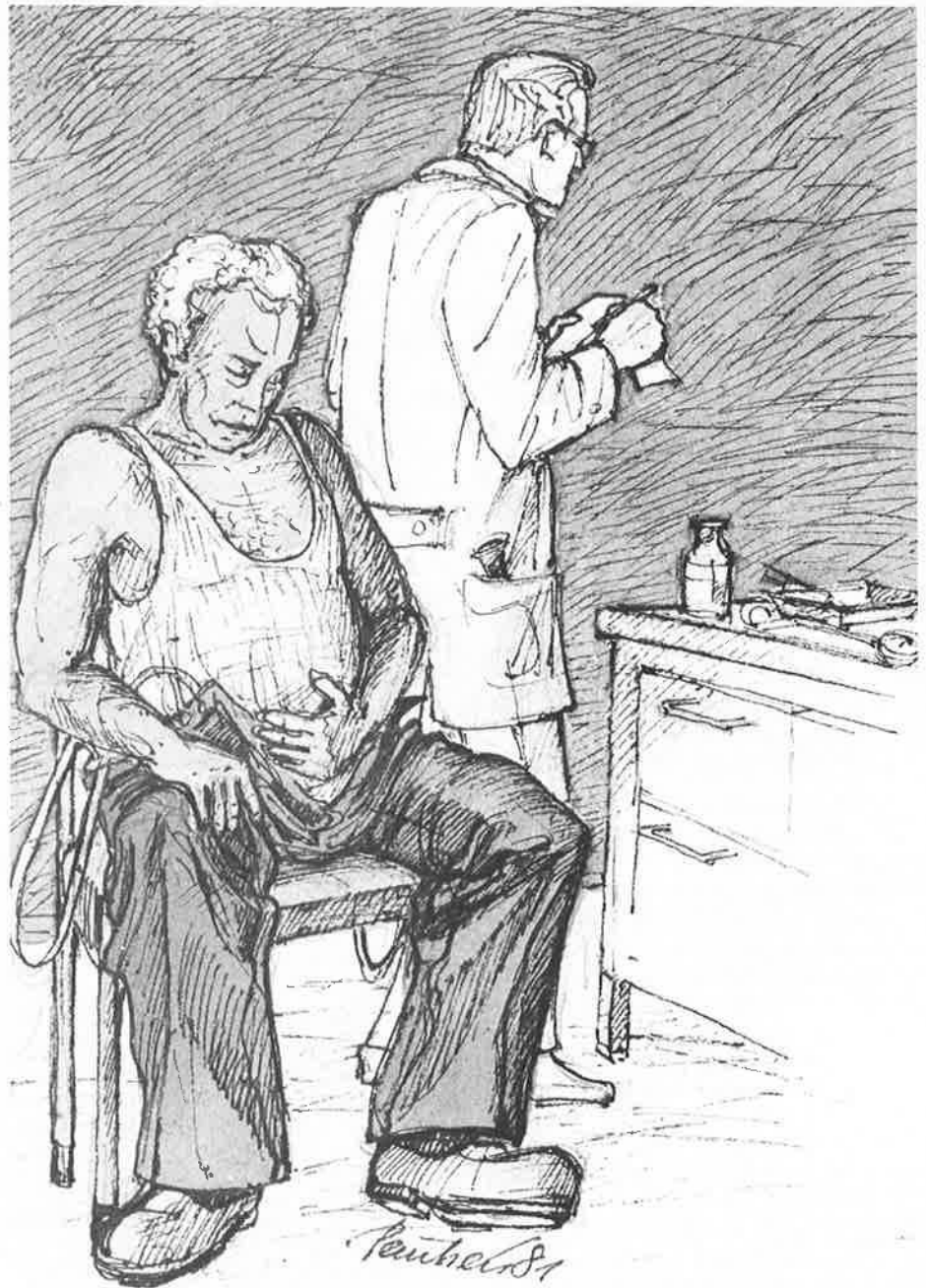
immer Angst um ihren Vater gehabt, dann hatte sie einen hohen Blutdruck bekommen und war nach einem Hirnschlag tot umgefallen. Lisa kannte die Statistiken über die Lebenserwartung von Schichtarbeitern, wußte, daß viele vorzeitig berentet werden müssen, daß wenige lange etwas von ihrer Rente haben. Früher hatte sie öfters laut darüber nachgedacht, ob sie nicht auch ohne Schichtzulage ihr Auskommen hätten. Dann hatte Alfred sie vertröstet, „nur noch ein paar Jahre“, hatte er gesagt, aber seitdem bei Hoesch immer mehr Arbeiter „freigesetzt“ wurden, war dieses Thema tabu, die Angst war seit Jahren unausgesprochen zwischen ihnen. Auch Lisa hatte einige Beschwerden, die Galle machte ihr zu schaffen, immer wieder klagte sie über Herzsrasen und Kopfschmerzen, schließlich ging sie zu einem Arzt.

Da ging alles sehr schnell: Röntgen, EKG, Blutdruck, Blutabnahme, Rezept für Briserin. Aus dem Waschzettel zu Hause erfuhr sie, daß sie wohl einen hohen Blutdruck haben muß. Sie konnte das Zeug nicht vertragen, ihr wurde immer so schwindelig, der Arzt riet ihr am Telefon, dann solle sie es halt weglassen, er gab ihr einen Termin in zwei Wochen. Zwei Wochen Angst... und dann wieder: Stuhl abgeben, Galle röntgen, Blutdruck messen, erfreuliches Ergebnis: „Sie haben nichts!“ Rezept für Lexotanil.

Ich riet ihr, den Arzt zu wechseln, wir sprachen über Alfred, über seine Schichtarbeit, die auch ihre Schichtarbeit ist. Sie schaffte es, ihn mit zum Arzt zu schleppen, an einem seiner freien Tage. Niedergeschmettert kam Alfred nach Hause, der Arzt hatte ihn ganz schön fertiggemacht: Er esse und er trinke zu viel, hatte der geschimpft, jetzt habe er die Quittung: Fettleber, Bluthochdruck, chronische Magenschleimhautentzündung, Zucker! Nach seinem Beruf hatte er Alfred nicht gefragt.

Vor kurzem feierten wir seinen Geburtstag, den Fünfzigsten! Stimmung wollte so recht nicht aufkommen, trotz der vielen Gäste. Seine Frau sah ihn öfters nachdenklich an, ihr gingen die Statistiken über die Lebenserwartung von Schichtarbeitern nicht aus dem Kopf, und jetzt all die Krankheiten! War das jetzt schon der Anfang seines letzten Lebens-Jahrzehnts? Sollte das jetzt der Lohn für 30 Jahre Schicht sein? Für den Verzicht auf ein halbwegs geregeltes Leben, für all die zerstörten Abende und Nächte, für die ewig übermüdeten oder überreizten Nerven? Für die Schlaflosigkeiten, die Appetitlosigkeiten, die Kopfschmerzen, die Magenschmerzen, die Herzschmerzen, die Durchfälle, die Verstopfungen, die Verstimmungen, die Streitigkeiten, die Launigkeiten, die Ängste?

Was sollte der Alfred denn machen, wenn er nach durchgearbeiteter Nacht nicht abschalten konnte?! Waren denn nicht die



Grillnachmittage, das Essen und Trinken mit Freunden, die Höhepunkte ihrer Freizeit? Hätte er darauf denn auch noch verzichten müssen? Wußte der Arzt überhaupt, wovon er redete, als er meinte, man müßte halt alles mit Maß und Ziel machen? Galt das nur für die Freuden des Lebens, nicht vielleicht auch für die Nacharbeit? Ergibt sich das eine nicht aus dem anderen? Hatte der Arzt das Recht, dem Alfred Vorwürfe zu machen, ihm Leichtfertigkeit und Mangel an Eigenverantwortung zu unterstellen, anstatt nach den wahren Ursachen seiner Krankheiten zu forschen? Und mitzuhelfen, sie zu beseitigen?!

Alfred war nicht der Typ, der darüber reden konnte. Wir sprachen über den Garten, seine Tauben, über die Gewerkschaft, die Politik, über die SPD, die er immer gewählt hat und über die wahrscheinlichen Entlassungen bei Hoesch, an die 10 000 sollen es in den nächsten Jahren sein. Und

alle Gäste brachten ihren Wunsch zum Ausdruck, daß er nicht davon betroffen sein möge. „Wer weiß schon, wie's kommt“, sagte Alfred mit befremdlich anrührender Gelassenheit, den ärztlich verbotenen Klaren in die Runde hehend, „letztlich ist der kleine Mann immer der Dumme!“

Ich schluckte meinen Schnaps hinunter, in dieser Situation konnte ich ihm nicht widersprechen.

P.S.

Dies ist ein authentischer Bericht, nur die Namen sind verändert. Insbesondere entsprechen die Beschwerden von „Alfred“ und „Lisa“ sowie die Reaktionen der Ärzte darauf den Tatsachen. Wenn ich meinen Namen nennen würde, wüßten viele sofort, wer Alfred und Lisa sind. Deshalb möchte ich lieber anonym bleiben. Das darf nicht darüber hinwegtäuschen: Es gibt Hunderttausende von Alfreds und Lisas!

Reise in die DDR

Anfang dieses Jahres reisten wir mit einer Gruppe von Krankenschwestern, Pflegern und Ärzten in die DDR, wo wir uns über das Betriebsgesundheitswesen informieren wollten. Als Beschäftigte im Gesundheitswesen der BRD kamen wir bei einer derartigen Informationsreise natürlich nicht daran vorbei, einen Vergleich zwischen dem betriebsärztlichen Dienst der Bundesrepublik und dem Betriebsgesundheitswesen der DDR anzustellen. Ich möchte deshalb an dieser Stelle darauf hinweisen, daß es sich im folgenden nicht um einen wissenschaftlichen Systemvergleich handelt, sondern um die Schilderung persönlicher Eindrücke des dort Gesehenen und Erfahrenen.

Wir hatten Gelegenheit, die Betriebspoliklinik der Chemischen Werke Leuna (Halle/Saale) zu besichtigen. Dort werden von 350 Mitarbeitern (davon 32 Ärzte und 8 Zahnärzte) ca. 100 000 (?) Beschäftigte sowie alle Angehörigen und alle Bürger des Einzugsbereichs betreut. Die Poliklinik umfaßt insgesamt 17 Fachabteilungen, darunter auch eine Physiotherapie, Zahnmedizin und eine 50-Betten-Station, die nur der akuten Notfallbehandlung und bei bestimmten Erkrankungen zur Diagnose dient. Beim Rundgang durch das alte Gebäude der Poliklinik fielen uns die schlicht ausgestatteten Arbeitsplätze – auch der leitenden Ärzte – und die relativ alte Grundausstattung auf. Der Wunsch nach einer modernen apparativen Ausrüstung wurde auch von den Beschäftigten geäußert, die uns aber gleichzeitig erklärten, daß die vorhandenen Geräte den Anforderungen der modernen Medizin entsprächen. Außerdem fiel uns auf, daß kein Einmalmaterial verwendet wurde, was uns mit fehlenden Produktionsmöglichkeiten dafür in der DDR begründet wurde. Der allgemeine Eindruck, den wir übereinstimmend während des Rundgangs gewannen, war der, daß dort der Patient im Mittelpunkt aller Bemühungen steht, und die Arbeitsweise der Beschäftigten nicht auf einer „Gerätemedizin“ im negativen Sinne basiert.

In der folgenden Diskussion mit Vertretern der Sozialversicherung, des Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes, der Ärzteschaft und des Krankenpflegepersonals konnten wir noch ungeklärte Fragen und uns aufgefallene Probleme erörtern (übrigens auf eine für mich erfrischend ehrliche und freizügige Weise). Eine wesentliche Frage war für uns die Dispensairebetreuung, da Vergleichbares in unserem Ge-

sundheitswesen nicht existiert. So wird z. B. ein Diabetiker nicht unter klinischen Bedingungen, sondern in seiner „normalen“ Umwelt und unter gewohnten Belastungen von den Betriebsärzten in Zusammenarbeit mit Diabetologen eingestellt. Das Wesen der Dispensairebetreuung ist also eine kontinuierliche, den jeweiligen Lebens- und Arbeitsbedingungen angepaßte medizinische Betreuung chronisch Kranker. Außer für Diabetiker wird dies für Hochdruckkranke, Herzinfarktpatienten und zur Durchführung regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen praktiziert (nebenbei umfaßt das Vorsorgeprogramm wesentlich mehr Untersuchungen als bei uns, ist zielgruppenorientiert und findet während der Arbeitszeit statt). Diejenigen unter uns, die sich oft darüber beschwerten, daß die eigenen Bemühungen um die Patienten nutzlos sind, da sie nur bis zur Klinik für reichen, waren von der Dispensairebetreuung als konsequent fortgeführter Behandlung begeistert. . . . Auch die medizinische Betreuung im Hinblick auf Rehabilitation läuft anders als bei uns. Diese Frage warf eine Teilnehmerin auf, deren Vater wegen einer Bechterew'schen Erkrankung mit 30 Jahren zum Frührentner gemacht worden war: für die meisten Beschäftigten in der BRD besteht das Problem, nach einem Arbeitsunfall oder folgeschwerer Krankheit in dequalifizierte Berufe mit geringerer Bezahlung abzugleiten, berentet oder arbeitslos zu werden. In der DDR gibt es demgegenüber die Möglichkeit, über einen Schonarbeitsplatz (für 6 Monate bei voller Bezahlung) in den alten Arbeitsbereich wieder eingegliedert zu werden oder einen Arbeitsplatz zu be-

kommen, der den durch die Krankheit verursachten minderen Möglichkeiten und Fähigkeiten entspricht. Hierüber entscheidet ein Kollektiv aus Gewerkschaftsleitung, Betriebsärzten und Betriebsleitung. So erzählte uns zum Beispiel der zuständige Kreisarzt, daß er in der Vergangenheit die Schließung eines Betriebs verfügt hatte, da grundsätzliche Bestimmungen der Arbeitssicherheit nicht eingehalten worden waren. Hier liegt wohl der entscheidende Unterschied zu den betriebsärztlichen Diensten in der BRD: Betriebspolikliniken sind Teil des staatlichen Gesundheitswesens; alle Mitarbeiter sind Angestellte des Kreises – nicht etwa der Betriebsleitung – und nicht dieser, sondern dem Kreisarzt verantwortlich. So kann die Poliklinik dem Betriebsleiter Auflagen zur Beseitigung von Gesundheitsgefahren machen und sogar einen Betrieb stilllegen.

War uns anfangs, an unseren Maßstäben gemessen, der fehlende Chromglanz hypermoderner Technik aufgefallen, so stellten wir in der Diskussion und beim Studium der Statistiken fest, daß z. B. der Anteil der Betriebsunfälle und Berufserkrankungen wesentlich niedriger ist als in der BRD und auch ständig weiter sinkt. Diese Feststellung haben wir als eine der wichtigsten Erkenntnisse mit nach Hause genommen – quasi als Beweis dafür, daß ein Gesundheitswesen, das gesamtgesellschaftlich integriert ist und auf Gesundheit als gesellschaftliches Ziel orientiert ist, den Bedürfnissen der Patienten – und der dort Arbeitenden – eher gerecht wird als eine Gesundheitspolitik, die privatwirtschaftliches Profitstreben unangetastet läßt.

Tab./Übersicht

Arbeitsmedizin in der DDR:

- periodische arbeitsmedizinische Tauglichkeitsuntersuchungen und Überwachungsuntersuchungen
- Dispensaires
- Erste Hilfe
- Beratung der Betriebsangehörigen
- medizinische Beratung von Betriebs- und Gewerkschaftsleitung, z. B. bei Rehabilitation

Arbeitshygiene

- Überwachung der Arbeitsumwelt
- Analyse der Wirksamkeit des Betriebsgesundheitsschutzes
- Begutachtung von Arbeitsmitteln, Arbeitsplätzen, Arbeitsverfahren bzw. ganzer Betriebe hinsichtlich der Wirkung auf die menschliche Gesundheit
- Durchführung von Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen im arbeitsmedizinischen Bereich

DOKUMENTE

Thesen für ein Arbeitsschutzgesetz

Von Reinhold Konstanty*)

Gliederung

1. Einleitung
2. Art und Ausmaß der gesundheitlichen Risiken in der Arbeitswelt
3. Ursachen für die mangelnde Wirksamkeit des Arbeitsschutzsystems
4. Vorschläge für ein Arbeitsschutzgesetz
 - 4.1 Menschengerechte Arbeitsgestaltung
 - 4.2 Verbindliche Rechtsvorschriften über den Gesundheitsschutz
 - 4.3 Rechtsvereinheitlichung und Rechtssetzungskompetenz
 - 4.4 Präventive Aufgabenstellung der gesetzlichen Unfallversicherung
 - 4.5 Methodik bei der Umsetzung des Schutzziele Gesundheits
 - 4.6 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung
 - 4.7 Arbeitsschutzaufsicht
 - 4.8 Strafrechtliche Maßnahmen
 - 4.9 Arbeitnehmerrechte

1. Einleitung

Die Bekämpfung von krankmachenden Faktoren und Unfallgefahren in der Arbeitswelt ist eine zentrale Aufgabe gewerkschaftlicher Politik. Die Solidarität der gewerkschaftlich organisierten Arbeitnehmer ist eine entscheidende Voraussetzung für den erfolgreichen Kampf gegen diese gesundheitlichen Risiken. Erst durch die Mobilisierung der Arbeitnehmer für Gesundheitsziele in der Arbeitswelt wird der notwendige politische Druck auf die Arbeitgeber sowie die Ebenen und Funktionsträger des Arbeitsschutzsystems ausgeübt¹⁾.

Die gewerkschaftliche Arbeitsschutzpolitik strebt folgende Ziele an:

- Die Gesundheitsbedingungen in der Arbeitswelt als Kernstück der Humanisierung des Arbeitslebens zu verbessern;
- hierdurch das Sozialleistungssystem mittel- und langfristig erheblich zu entlasten;
- den Arbeitsschutz als Instrument der Beschäftigungspolitik verstärkt zu nutzen (vor allem über Maßnahmen der Arbeitsorganisation und der Arbeitszeitverkürzung).

Eine auf Beseitigung gesundheitlicher Risiken ausgerichtete vorbeugende Arbeitsschutzpolitik muß eine Schlüsselstellung innerhalb der Technologiepolitik erhalten²⁾.

Neben den gewerkschaftlichen Aktivitäten zur Humanisierung des Arbeitslebens kommt der staatlichen Arbeitsschutzpolitik in einer hochentwickelten Industriegesellschaft eine entscheidende Bedeutung zu. Es ist daher zu begrüßen, daß der Bundeskanzler in der Regierungserklärung vom 24. November 1980 die Vorlage eines einheitlichen Arbeitsschutzgesetzes ankündigt. Dies kommt einer Forderung entgegen, die vom stellvertretenden DGB-Vorsitzenden Gerd Muhr bereits auf dem Arbeitsschutzkongreß 1977 gestellt wurde.

Ein Arbeitsschutzgesetz bietet die Chance, die Fehlentwicklungen des in 100 Jahren gewachsenen Arbeitsschutzsystems aufzuheben und auf dem Boden der im letzten Jahrzehnt gewonnenen Erfahrungen ein Reformwerk zu schaffen, das einen wirksamen Beitrag zum gesundheitlichen Schutz der Arbeitnehmer in der Arbeitswelt leistet.

2. Art und Ausmaß der gesundheitlichen Risiken in der Arbeitswelt

Arbeitnehmer werden aufgrund der Arbeitsbedingungen in ihrer Gesundheit durch Arbeitsunfälle, gesetzlich anerkannte Berufskrankheiten und die sonstigen arbeitsbedingten Erkrankungen geschädigt.

Über das gesamte Ausmaß gesundheitlicher Schädigungen in der Arbeitswelt können keine exakten Aussagen gemacht werden. Man ist vielmehr auf Schätzungen angewiesen. Ursächlich hierfür ist die Tatsache, daß in der Bundesrepublik ein System zur Erfassung arbeitsbedingter Erkrankungen, das einen gesicherten Überblick über das Gefährdungsgeschehen in der Arbeitswelt geben könnte, nicht existiert.

Die Unfallverhütungsberichte der Bundesregierung, deren Berichterstattung sich im wesentlichen nur auf Arbeitsunfälle und gesetzlich anerkannte Berufskrankheiten bezieht, geben nur einen bruchstückhaften Überblick der gesundheitlichen Schädigungsprozesse und damit auch über die Wirksamkeit des gegenwärtigen Arbeitsschutzsystems. Denn Arbeitsunfälle und gesetzlich anerkannte Berufskrankheiten umfassen nur einen geringen Teil des gesamten gesundheitlichen Zerstörungsgeschehens in der Arbeitswelt.

Selbst beim klassischen Handlungsfeld unseres Arbeitsschutzsystems, der Verhütung von Arbeitsunfällen und anerkannten Berufskrankheiten, ergibt sich ein Bild, das von der günstigen offiziellen Bewertung erheblich abweicht. So weist die Statistik des Jahres 1979 für die gewerbliche Wirtschaft bei den tödlichen, erstmals entschädigten und angezeigten Arbeitsunfällen einen Anstieg aus. Während dies bei den angezeigten Arbeitsunfällen auf gewisse Unwägbarkeiten zurückgeführt werden könnte, sprechen die schweren Unfälle, die zur Rentengewährung führen, für einen Anstieg der Gefährdung. Die Zahl der erstmals entschädigten Arbeitsunfälle (Rentenfälle) stieg 1979 in der gewerblichen Wirtschaft gegenüber dem Vorjahr um 5 vH an; die tödlichen Arbeitsunfälle erhöht sich um 3,6 vH.

Auch der Vergleich der Jahre 1976 und 1979 belegt, daß ein Rückgang der Unfallgefährdung nicht vorliegt. 1976 bewilligten die gewerblichen Berufsgenossenschaften 39 459 Renten aus Anlaß von Arbeitsunfällen, 1979 waren es 40 796 Rentenfälle³⁾.

Die Gesamtgewichtung aller statistischen Ergebnisse über Arbeitsunfälle im Zeitraum 1976 bis 1979 führt zu dem Erkenntnis, daß in der Unfallgefährdung am Arbeitsplatz in diesen Jahre keine wesentliche Änderung eingetreten ist. In speziellen Bereichen ist eher ein Anstieg der Unfälle zu verzeichnen⁴⁾.

Ein vergleichbarer Zustand ergibt sich bei den anerkannten Berufskrankheiten. Der Rückgang der Anzeigen bei einzelnen Berufskrankheiten kann durchaus auf die Veränderung von Praktiken bei der Erstattung der Anzeigen und der Entschädigung von Berufskrankheiten zurückzuführen sein. Hinzu kommt, daß bei den anerkannten Berufskrankheiten teilweise mit einer außerordentlich hohen Dunkelziffer gerechnet werden muß, die die offiziellen Statistiken zum Teil um Zehnerpotenzen übersteigt. Dies dürfte vor allem für arbeitsbedingte Krebserkrankungen, z. B. durch Asbeststaub, zutreffen.

Außergewöhnlich hoch dürfte auch die Dunkelziffer derjenigen Erkrankungen sein, die an sich die scharfen Anforderungen des Berufskrankheitsrechts erfüllen, aber nicht zur Anzeige bzw. Entschädigung gelangen. So sprachen die gewerblichen Berufsgenossenschaften 1979 bis 19 Millionen Versicherten nur 4 Personen eine Entschädigung nach der Öffnungsklausel des § 551 Abs. 2 RVO für neue Berufskrankheiten zu.

Das Massengeschehen arbeitsbedingter Gesundheitsschädigungen vollzieht sich jedoch außerhalb der offiziellen Statistik. Es handelt sich dabei um die Gesamtheit aller arbeitsbedingten Erkrankungen, die außerhalb des anerkannten Berufskrankheitenkataloges liegen. Aus den Zahlen über frühzeitige Berufs- und Erwerbsunfähigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung können zu diesem Gefährdungskreis globale Schlußfolgerungen gezogen werden.

Die Frühinvalidität breiter Arbeitnehmerschichten hat demnach in den letzten sieben Jahren stark zugenommen. Dies gilt auch unter Berücksichtigung der veränderten Alterspyramide aufgrund des ersten und zweiten Weltkrieges.

Der Anteil der Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit an allen Neuzugängen in der Arbeiter- und Angestellten-Rentenversicherung ergibt für 1979 folgendes Bild:

— männliche Arbeiter	56,7 vH
— weibliche Arbeiter	54,4 vH
— männliche Angestellte	32,8 vH
— weibliche Angestellte	40,5 vH

Die Auswertung der Frühinvaliditätsstatistik in der Rentenversicherung in bezug auf Arbeitnehmergruppen und Krankheiten führt zu folgenden Annahmen:

- die Arbeitswelt ist zentraler Verursachungsbereich der Frühinvalidität;
- die Frühinvaliditätshäufigkeit einzelner Arbeitnehmergruppen ist von 1973 bis 1979 stark angestiegen;
- die Veränderung der arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen hat zu einer Verschärfung des Frühinvalidisierungsprozesses geführt;
- die offiziellen Statistiken über Arbeitsunfälle und anerkannte Berufskrankheiten erklären weniger als 1 vH der gesamten Frühinvalidität;
- Arbeiter, Arbeiterinnen und weibliche Angestellte sind außerordentlich stark von Frühinvalidität betroffen; bei männlichen Angestellten ist als Folge erhöhten Leistungsdrucks ebenfalls eine Zunahme der Frühinvalidität zu erwarten, die sich jedoch erst in einigen Jahren in aller Breite auswirken wird;
- auf arbeitsbedingte Besonderheiten in Branchen bzw. bei Berufsgruppen sind vor allem Erkrankungen der Atmungsorgane, des Bewegungssystems, des Stoffwechsels, der Psyche, des Nervensystems und Schädigungen durch Unfälle zurückzuführen;
- männliche Arbeiter sind fast dreimal so häufig von Erkrankungen der Atmungsorgane (einschließlich bösartiger Neubildungen) betroffen als die übrigen Arbeitnehmergruppen;
- Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems treten massenhaft als Folge des Leistungsdrucks und der damit einhergehenden Überbeanspruchung bei allen Arbeitnehmergruppen auf;
- Erkrankungen, die zu Frühinvalidität führen, haben Prozeßcharakter und werden vor allem durch Mehrfachbelastungen am Arbeitsplatz verursacht⁵⁾.

Zusammenfassend muß somit festgestellt werden, daß die Arbeitnehmer durch die Bedingungen am Arbeitsplatz und in der Arbeitsumwelt schwerwiegend in ihrer Gesundheit gefährdet sind. Diese Gefährdung liegt um ein Vielfaches über den offiziellen Statistiken.

3. Ursachen für die mangelnde Wirksamkeit des Arbeitsschutzsystems

Die Gesundheitsbedingungen im Betrieb sind eingebunden in eine Vielzahl komplexer Entscheidungen, die auf betrieblicher und außerbetrieblicher Ebene gefällt werden. Auf diese sich wechselseitig bedingende Komplexität wirkt das in sich zersplitterte Arbeitsschutzsystem nur bruchstückhaft ein⁶).

Trotz der Reformgesetze im Arbeitsschutz, die im letzten Jahrzehnt erlassen wurden, und gewisser Pionier- einbrüche der Humanisierungspolitik der Bundesregierung entwickeln sich die industriellen Arbeitsprozesse im großen und ganzen im Freiraum der Verfügungsmacht der Unternehmen. Ihre Ausgestaltung wird beherrscht von einzelwirtschaftlichem Rentabilitätsdenken, ohne Berücksichtigung humanitärer Zielsetzungen und gesamtgesellschaftlicher Kosten. Die staatlichen, berufsgenossenschaftlichen und, soweit vorhanden, betrieblichen Arbeitsschutzaktivitäten wirken auf diese technologische Entwicklung überwiegend mit den begrenzten und teilweise untauglichen Mitteln des korrigierenden Eingriffs ein. Vielfach wird die Korrektur technologischer Fehlentwicklungen jedoch aus Kostengründen und wegen der Erhaltung von Arbeitsplätzen abgelehnt. Dadurch wird das Mißverhältnis zwischen der Schnelligkeit der technologischen Entwicklung einerseits und ihrer sozialen Beherrschung andererseits immer drastischer.

Arbeitsschutz nimmt in der gesellschaftspolitischen und betrieblichen Werteskala und damit auch im politischen Handlungsraum immer noch einen relativ niedrigen Rang ein⁷).

Arbeit in der bestehenden gesundheitsgefährdenden Ausgestaltung und die Erhaltung von Arbeitsplätzen haben noch immer Vorrang vor Gesichtspunkten der Humanität. Dies ist sogar bei tödlichen Gefahren der Fall, wie der Briefwechsel des Gesamtbetriebsrates (GBR) der Eternit AG mit dem Bundesarbeitsminister Dr. Herbert Ehrenberg zeigt, in dem sich der GBR gegen eine Einschränkung der asbestverarbeitenden Produktion aus Gründen der Arbeitsplatzhaltung trotz nachgewiesener schwerster Gesundheitsschädigungen durch Asbest ausspricht. Noch immer konzentriert sich das Arbeitsschutzsystem sowohl betrieblich als auch überbetrieblich einseitig auf die Verhütung von Arbeitsunfällen und anerkannten Berufskrankheiten. Der größte Teil gesundheitlichen Zerstörungsgeschehens, nämlich die Gesamtheit aller arbeitsbedingten Erkrankungen, wird nur ansatzweise in präventive Maßnahmen einbezogen. Eine Verpflichtung zur überbetrieblichen zentralen Zusammenführung der auf betrieblicher Ebene gemäß § 3 Arbeitssicherheitsgesetz zu erfassenden Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen besteht nicht. Dieses Fehlen eines geschlossenen betrieblichen und überbetrieblichen Systems der Erfassung arbeitsbedingter Erkrankungen begründet von vornherein eine entscheidende Hemmschwelle für das Ergreifen präventiver Maßnahmen. Eine bedeutsame Funktion im Rahmen eines überbetrieblichen zentralen Systems zur Erfassung arbeitsbedingter Erkrankungen kommt der Arbeitsschutzforschung zu, die aufgrund ihrer Zersplitterung, ihres inhaltlich beschränkten Zugriffs sowie ihrer materiellen wie personellen Unterausstattung erhebliche Mängel aufweist. Gesetzliche Zielvorstellungen können vielfach deswegen nicht ausreichend verwirklicht werden, weil sie unverbindliche Generalklauseln enthalten oder auf die Anwendung allgemein anerkannter Regeln der Technik verweisen⁸).

Ein beträchtlicher Teil der Arbeitnehmer ist von den Bestimmungen des Arbeitsschutzgesetzes ausgeschlossen, was in erster Linie durch die Anbindung dieses Rechtsgebietes an das Gewerberecht bedingt ist.

Insgesamt betrachtet, ist das Arbeitsschutzrecht durch eine tiefgreifende Zersplitterung gekennzeichnet. So gibt es über 100 Rechtsetzer in diesem Bereich.

Die weitgehende Einengung des Arbeitsschutzsystems auf den Sektor der Arbeitsunfälle und anerkannten Berufskrankheiten, die durch die Rechtsvorschriften maßgeblich bedingt wird, ist ein wesentlicher Grund

dafür, daß die Aufsichts- und Beratungsdienste von Staat und Berufsgenossenschaften noch immer einseitig ingenieurmäßig ausgerichtet sind. Übergreifende Problemstellungen können im Rahmen einer derartigen engen Qualifizierung nicht gelöst werden.

Die staatliche Gewerbeaufsicht und der technische Aufwachtdienst der gesetzlichen Unfallversicherung verstehen sich zudem überwiegend als Beratungsdienste und setzen Arbeitsschutzziele nicht mit dem notwendigen Nachdruck durch. Hervorstechend ist die überwiegend zu verzeichnende Vernachlässigung von Klein- und Mittelbetrieben bei der Durchführung der Aufsicht. Ein System der Kooperation zwischen Gewerbeaufsicht und technischem Aufwachtdienst der Berufsgenossenschaften besteht nicht.

Die mangelnde Koordinierung der Arbeitsschutzforschung und die noch bruchstückhafte Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Arbeitswelt hemmen den Einsatz neuer Erkenntnisse zugunsten der menschengerechten Arbeitsgestaltung.

Das Fehlen von Handlungsanleitungen für die betriebliche Praxis führt bei den Betriebs- und Personalräten zu einem Informationsmangel, der die Wahrnehmung von Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechten abschwächt.

Die Funktionsfähigkeit des betrieblichen Arbeitsschutzsystems wird schwerwiegend dadurch beeinträchtigt, daß betriebsärztliche Tätigkeit nach dem Arbeitssicherheitsgesetz in erheblichem Maße in den sog. wettbewerbswirtschaftlichen Konkurrenzdenken geraten ist. Über die Hälfte der Arbeitnehmer werden wegen der Einschränkungen des Geltungsbereichs bei der überwiegenden Zahl der Unfallverhütungsvorschriften „Betriebsärzte“ zudem noch nicht vom System betriebsärztlicher Versorgung nach dem Arbeitssicherheitsgesetz erfaßt. Kennzeichnend ist, daß arbeitsmedizinische Erkenntnisse noch immer nicht in ausreichendem Maße zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung eingesetzt werden.

4. Vorschläge für ein Arbeitsschutzgesetz

Der Gesetzgeber ist aufgerufen, durch ein Arbeitsschutzgesetz die Grundrechte der Arbeitnehmer auf Leben und körperliche Unversehrtheit, freie Entfaltung der Persönlichkeit und Menschenwürde zu verwirklichen. Auch aus dem Prinzip der Sozialstaatlichkeit erwächst die Verpflichtung des Staates, die Arbeitnehmer zu schützen.

Ein Arbeitsschutzgesetz sollte neben der Festlegung von umfassenden Schutzzielen flächendeckende und wirksame rechtliche und institutionelle Instrumente zu ihrer Verwirklichung auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene formulieren, Schutzziele und ihre Umsetzung müssen deswegen durch ein in sich geschlossenes System, das die verschiedenen Teile in ein zwingendes Beziehungsverhältnis bringt, verwirklicht werden⁹).

Für alle Arbeitnehmer ist ein gleiches Arbeitsschutzrecht zu schaffen. In den Geltungsbereich des Arbeitsschutzgesetzes sollten deswegen alle Arbeitnehmer in allen Bereichen der Arbeitswelt und allen Betrieben sowohl hinsichtlich der Schutzziele als auch ihrer Umsetzung einbezogen werden¹⁰).

4.1 Menschengerechte Arbeitsgestaltung

Grundlegendes Schutzziel eines Arbeitsschutzgesetzes muß die menschengerechte Gestaltung der Arbeit sein¹¹). Zentraler Kern jeder menschengerechten Arbeitsgestaltung ist der Schutz der Gesundheit.

Ein umfassender Gesundheitsschutz ist nur zu verwirklichen, wenn auch das Vorfeld von Erkrankungen in die Verhütungsstrategie des Arbeitsschutzes einbezogen wird. Deswegen sollte das Arbeitsschutzgesetz die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation zugrundelegen, die folgenden Wortlaut hat: „Gesundheit ist ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“. Von diesem Gesundheitsbegriff geht auch der Entwurf eines Übereinkommens der Internationalen Arbeitsorganisation zum Bereich „Arbeitsschutz und Arbeitsumwelt“ aus.

Menschengerechte Arbeitsgestaltung insgesamt und Gesundheit als zentrales Teilziel menschengerechter Arbeitsgestaltung erfordern in vielfacher Beziehung verschiedenartige Schutzinstrumente.

Je stärker die Abweichung von der menschengerechten Arbeitsgestaltung die Gesundheit der Arbeitnehmer gefährdet, um so mehr müssen Staat und Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung verpflichtet werden, zum Schutz der Arbeitnehmer einzugreifen. Der Schwerpunkt verbindlicher staatlicher Vorschriften und staatlichen Durchsetzungshandels sollte daher mehr beim Schutz der Gesundheit liegen.

Demgegenüber sollte in realistischer Einschätzung der Vielschichtigkeit betrieblicher und überbetrieblicher Interessengegensätze die menschengerechte Arbeitsgestaltung insgesamt, einschließlich des Gesundheitsschutzes, schwergewichtig durch die Interessenvertretung der Arbeitnehmer, insbesondere durch die gewerkschaftliche Tarifpolitik und die Betriebs- und Personalräte verwirklicht werden.

Diese Aufgabenteilung würde dazu führen, daß der Staat schwergewichtig Fragen der gesundheitsgerechten Arbeits- und Technologiegestaltung sowie der Formulierung von Mindestarbeitsbedingungen zu regeln hätte. Solche gesetzlichen Regelungen zugunsten der Arbeitnehmer können die technologiepolitische Position der Gewerkschaften erheblich stärken.

4.2 Verbindliche Rechtsvorschriften über den Gesundheitsschutz

Im Gegensatz zum geltenden Recht, das nur in einem unzureichenden Maße zwingende Schutzmaßstäbe für die Gesundheit der Arbeitnehmer aufstellt, sollte durch ein Arbeitsschutzgesetz ein höherer Grad der Verbindlichkeit erzielt werden.

Bei schwerwiegender Gefährdung der Gesundheit muß die gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung gegenüber der Erhaltung von Arbeitsplätzen Vorrang haben. Ein Beispiel hierfür ist die Verwendung von Asbest, bei dem erwiesen ist, daß dieser Stoff in einer bestimmten Staubform zu tödlichen Krebserkrankungen führt.

Die gesundheitsgerechte Entwicklung der Technologie und der Arbeitsverfahren insgesamt ist von entscheidender Bedeutung für das gesundheitliche Schicksal der Arbeitnehmer in hochindustrialisierten Staaten.

Die Rechtsetzung muß daher sicherstellen, daß alle neuen, sich im wirtschaftlichen Bereich eigenständig entwickelnden Technologien gesetzlichen Verpflichtungen in Bezug auf Prüfung, Anzeige und Zulassung unterworfen werden:

- alternative Technologien wegen der Gefährlichkeit schon angewandter Verfahren (z. B. Einsatz von Asbestprodukten) zwingend zu entwickeln sind
- und bestehende Gefährdungszustände zu erfassen und zu beseitigen sind (z. B. Prüfung „alter“ Stoffe).

Das gegenwärtige Arbeitsschutzrecht basiert noch zu stark auf dem Prinzip der Formulierung gesetzlicher Generalklauseln oder des Verweises auf die „allgemein anerkannten Regeln der Technik“. Diese allgemein anerkannten Regeln der Technik spiegeln im allgemeinen den technologischen Ist-Zustand wider und sind in ihrem Inhalt dem beherrschenden Einfluß der Industrie unterworfen, deren Vertreter zahlenmäßig die Masse der Ausschußmitglieder in den Normengremien der Regelsetzer (z. B. Deutsches Institut für Normung) stellen. Im Kommentar zum Betriebsverfassungsgesetz von Fitting/Auffarth/Kaiser wird hierzu folgendes ausgeführt: „Diese Verweisungen haben den Vorzug, daß die Vorschrift immer der Entwicklung der Technik sowie allgemein der Arbeitswissenschaften folgt. Der Gesetz- oder (im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigung – Artikel 80 GG) Verordnungsgeber ist seinerseits nicht an diese Regeln gebunden; er kann auch Vorschriften erlassen, die weitergehende technische Maßnahmen erfordern.“¹²) Diese Konzeption hat systembedingt dazu geführt, daß staatliche und berufs- genossenschaftliche Vorschriften zum Arbeitsschutz in großem Maße der technologischen Entwicklung nachlaufen und sie somit nicht ausreichend gestaltend beeinflussen. Andererseits werden Normen durch die privaten Regelsetzer oft erst dann aufgestellt, wenn befürchtet werden muß, daß der Staat oder die Berufsge-

nossenschaften selbst beabsichtigen, eigene Regelungen aufzustellen¹³⁾.

Staat und Berufsgenossenschaften können allerdings nicht die Funktion privater Normungsorganisationen erfüllen. Dazu wären sie mangels eigener fachlicher Potenzen weder in der Lage, noch entspräche dies einer sinnvollen Aufgabenstellung der öffentlich-rechtlichen Ebene in unserem Gesellschaftssystem. Staat und Berufsgenossenschaften müssen aber den Bereich der Regelsetzung durch die *Vorgabe von wichtigen Gestaltungskomponenten verpflichten*, Normen zu formulieren, die den Arbeitsschutzziele gerecht werden, auch wenn sie über dem technologischen Ist-Zustand liegen. In der Konsequenz bedeutet dies, daß die öffentlich-rechtliche Ebene stärker als bisher Ziele der gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung konkretisieren muß, um den gestaltenden Einfluß auf eine gesundheitsgerechte Technologieentwicklung sicherzustellen.

Durch zwingende Rechtsvorschriften müssen für folgende Gefährdungsbereiche *Risiko- bzw. Beanspruchungsmaßstäbe* festgelegt werden:

- Einwirkungen durch gefährliche Arbeitsstoffe,
- physikalische Einwirkungen durch Lärm, Vibration, klimatische und Lichtverhältnisse, Druckluft und Strahlen,
- Unfallgefahren in der Arbeitswelt,
- körperliche, nervliche und psychische Fehlbeanspruchung durch Schichtarbeit, körperliche Schwerarbeit, Zwangshaltung, zergliederte Arbeitsinhalte, monotone, einseitige, belastende Arbeitsabläufe, hohes Arbeitstempo, bestimmte Arten der Leistungsentlohnung und Mehrarbeit,
- Mehrfachbelastungen durch eine Vielzahl dieser gesundheitsschädlichen Faktoren,
- Arbeitsstätten und Arbeitsmittel¹⁴⁾.

Dies würde bedeuten, daß im Gegensatz zum heutigen Rechtszustand z. B. der Staat die Grenzwerte für gefährliche Arbeitsstoffe festzusetzen hätte.

Dabei müßte den Werten maximaler Arbeitsplatzkonzentration und sonstigen objektiven Maßstäben der Zusammensetzung der Arbeitsatmosphäre von Gesetzes wegen der Vorrang gegenüber der individuellen Beanspruchbarkeit eingeräumt werden. Dies bedeutet z. B. den Vorrang von Konzentrationswerten in der Luft der Arbeitsatmosphäre gegenüber biologischen Mahnwerten, die auf die Entnahme von Körperflüssigkeiten zurückgehen. Durch diese biologischen Mahnverfahren wird der einzelne Arbeitnehmer zum Versuchskaninchen degradiert.

Für alle Arbeitnehmer sollten unter Abbau der Sonderbestimmungen für Frauen *gleiche Maßstäbe* zugrundegelegt werden. Dem Bedürfnis des gesundheitlichen Schutzes besonderer Personengruppen muß durch spezielle Regelungen Rechnung getragen werden. Dies gilt für Problemlagen, die sich vor allem bei gesundheitlich eingeschränkten Arbeitnehmern, Jugendlichen, Ausländern und wegen geschlechtsspezifischer Gefährdungen ergeben.

Die Rechtsvorschriften über Schutzmaßnahmen sollten sich an folgender verbindlicher Rangfolge orientieren:

- (1) Verbot und Verwendungsbeschränkung bei schwerer Gefährdung der Gesundheit,
- (2) technische Maßnahmen sowohl im Stadium der Planung, Entwicklung und Konstruktion als auch der schon vorliegenden Gefährdung,
- (3) Ersetzung gefährlicher Arbeitsstoffe, Arbeitsmittel und Arbeitsverfahren durch ungefährliche Stoffe bzw. Einrichtungen,
- (4) kurz-, mittel- und langfristige Zeitvorgabe, um der Industrie zur Umstellung gefährlicher Arbeitsverfahren auf ungefährliche Zeit zu geben,
- (5) Verminderung der gesundheitlichen Gefährdung,
- (6) persönliche Schutzmaßnahmen,
- (7) Verhaltensanweisungen,
- (8) individuelle Maßnahmen (Nichteinstellung oder Arbeitsplatzwechsel).

4.3 Rechtsvereinheitlichung und Rechtssetzungskompetenz

Der Forschungsbericht über die Untersuchung des Arbeitsschutzsystems in der Bundesrepublik Deutschland weist zutreffend eine extreme Zersplitterung in der Rechtsetzung zum Arbeitsschutz nach. Die mangelnde

Durchschaubarkeit und Allgemeinverständlichkeit dieses zersplitterten Rechts erschwert den betrieblichen und überbetrieblichen Funktionsträgern des Arbeitsschutzes die Anwendung des Rechts entscheidend¹⁵⁾. Alle Arbeitsschutzregelungen sollten deswegen in einer für die betriebliche Praxis transparenten Weise zusammengefaßt werden.

Der Zwang zur Rechtseinheitlichkeit verstärkt sich zudem noch durch den ständig wachsenden Einfluß der EG im Arbeitsschutzrecht.

Jedes Arbeitsschutzrecht sollte seine Grundlage im Arbeitsschutzgesetz haben. Die Rechtssetzungskompetenz der gesetzlichen Unfallversicherung sollte die Funktion erhalten, bestimmte staatliche Rahmenvorschriften auszufüllen. Die Arbeitnehmerseite innerhalb der Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung muß allerdings das Recht erhalten, das Eingreifen des Staates zu verlangen, falls das Beschlüßorgan der gesetzlichen Unfallversicherung entweder nicht konkretisierend tätig wird oder unzureichende Konkretisierungen vornimmt (z. B. Nichteinbeziehung von Kleinbetrieben in die Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte“).

Die Regeln privater Normungsträger können nicht als eine für die Arbeitnehmer akzeptable Form der Konkretisierung rechtlicher Vorschriften betrachtet werden. Es würde eine Veräußerung rechtsetzender Kompetenzen des Staates an den privatrechtlichen Bereich bedeuten, wenn die Konkretisierung von rechtlichen Regelungen dem privatrechtlichen Sektor überlassen würde¹⁶⁾. Privatrechtliche Regeln in Form von technischen Normen führen im allgemeinen zu einer Abschwächung gesetzlicher Zielvorstellungen. Der DGB-Bundeskongreß fordert deswegen eine Demokratisierung der Regelsetzung privater Normungsträger¹⁷⁾.

4.4 Präventive Aufgabenstellung der gesetzlichen Unfallversicherung

Über den engen Kreis der gesetzlich anerkannten Berufskrankheiten hinaus muß die Verhütung aller arbeitsbedingten Erkrankungen in die präventive Aufgabenstellung der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen werden¹⁸⁾. Für eine derartige auf dem Boden des Verursacherprinzips basierende Regelung sprechen folgende Gründe:

- die Unfallversicherung hat aufgrund ihrer gegenwärtigen Funktion einen Verbindungsapparat zur Arbeitswelt;
- bei der Verhütung von arbeitsbedingten Erkrankungen und Arbeitsunfällen ergeben sich vielfach die gleichen Problemstellungen;
- die Berufsgenossenschaften haben bereits aufgrund ihrer Zuständigkeit für gesetzlich anerkannte Berufskrankheiten Erfahrungen in der Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen;
- die Vielschichtigkeit der gesundheitlichen Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt erfordert die umfassende Zuständigkeit eines Präventionsträgers.

Im Gegensatz zum gegenwärtigen Zustand sollte die arbeitsmedizinische Betreuung der Arbeitnehmer von den Unfallversicherungsträgern durch einen eigenen betriebsärztlichen Dienst sichergestellt werden¹⁹⁾.

Die gesetzliche Unfallversicherung sollte aufgrund ihres über die Unfallverhütung hinausgehenden präventiven Auftrages einen ihrer Funktion gerechtwerdenden Namen erhalten.

4.5 Methodik bei der Umsetzung des Schutzziels Gesundheit

Für den überbetrieblichen und den betrieblichen Bereich müssen von Gesetzes wegen folgende *Umsetzungsstufen* zwingend festgeschrieben werden:

- Aufstellen eines Regel- und Maßnahmenkataloges zur Beseitigung bzw. Verminderung dieser Risiken;
- Umsetzung und Durchsetzung der Ziele;
- Durchführung einer Erfolgskontrolle über die Wirksamkeit der Maßnahmen;
- ein Berichtswesen über durchgeführte und geplante Programme zum Arbeitsschutz²⁰⁾.

In das überbetriebliche System zur Erfassung gesundheitlicher Risiken in der Arbeitswelt ist die *Arbeitsschutzforschung* zu integrieren. Die betriebliche und die überbetriebliche Ebene müssen im Hinblick auf alle Umsetzungsstufen dieser Arbeitsschutzprogramme miteinander kooperieren.

4.6 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung muß auf gesetzlicher Grundlage zu einem wirkungsvollen Forschungs-, Prüf- und Umsetzungsinstrument des Bundes ausgebaut werden. Nur so kann der Bund seine Aufgabe im Bereich der Rechtsetzung, der Arbeitsschutzforschung, der Umsetzung und der gestaltenden Beeinflussung technischer und arbeitswissenschaftlicher Regeln qualifiziert wahrnehmen.

Im Arbeitsschutzgesetz sollte auch eine *Kooperationsverpflichtung* zwischen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung, dem Berufsgenossenschaftlichen Institut für Arbeitssicherheit und den Bundesbehörden niedergelegt werden, die sich mit Problemstellungen der gesundheitlichen Gefährdung durch industrielle Produkte und Anlagen beschäftigen.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung sollte eine *drittelparitätische Selbstverwaltung* erhalten (Staat, Gewerkschaften und Arbeitgeber).

4.7 Arbeitsschutzaufsicht

Das gesamte überbetriebliche Prüf- und Aufsichtswesen sollte *eindeutig geregelt* werden. Neben der Gewerbeaufsicht und dem technischen Aufsichtsamt der gesetzlichen Unfallversicherung sind hier vor allem die technischen Überwachungsvereine und die Prüfstellen nach dem Gerätesicherheitsgesetz zu nennen.

Die *Doppelzuständigkeit von Staat* (Gewerbeaufsicht) und *gesetzlicher Unfallversicherung* (Technischer Aufsichtsamt) in vielen Bereichen der Arbeitsschutzaufsicht ist Gegenstand langjähriger Diskussion. Dieser Dualismus in der Rechtssetzungs- und Aufsichtskompetenz hat in erster Linie zu dem zitierten Forschungsbericht über das Arbeitsschutzsystem in der Bundesrepublik Deutschland geführt.

Die gewerkschaftliche Diskussion zur Frage der Doppelzuständigkeit in der Aufsicht ist noch nicht vollständig abgeschlossen. Die nachweisbare Schwäche der Gewerbeaufsicht im Arbeitsschutz, die ihre Ursache in erster Linie in den Entscheidungen der Landesregierungen hat, fällt für die gewerkschaftliche Meinungsbildung jedoch außerordentlich schwer ins Gewicht. Es ist daher damit zu rechnen, daß sich die überwiegende Mehrheit im gewerkschaftlichen Bereich für eine Beibehaltung der *Aufsichtskompetenz der Unfallversicherungsträger aussprechen wird*.

Durch das Arbeitsschutzgesetz ist aber vor allem die *qualitative Verbesserung beider Aufsichtsdienste* sicherzustellen. Über die ingenieurmäßige Ausrichtung der Dienste hinaus müssen in verstärktem Maße Ärzte, Chemiker, Physiker, Soziologen und Psychologen eingesetzt werden. Nur so können übergreifende Problemstellungen gelöst werden.

4.8 Strafrechtliche Maßnahmen

Über das Ordnungswidrigkeitsrecht hinaus ist ein *strafrechtlicher Tatbestand* zu schaffen, der für den Fall der Gefährdung von Leben und Gesundheit der Arbeitnehmer eine wirksame Bestrafung der Arbeitgeber vorsieht²¹⁾. Dies muß geschehen über die eindeutige rechtliche Regelung der Verantwortlichkeit für den Arbeitsschutz im Unternehmen und im Betrieb²²⁾.

Das Ordnungswidrigkeitsrecht ist in bezug auf den Arbeitsschutz zu vereinheitlichen.

4.9 Arbeitnehmerrechte

Die Arbeitnehmer sind nach ihrer *Betroffenheit* in allen Ebenen und Stadien an den Entscheidungsprozessen über die gesundheitsgerechte Technologie und Arbeitsgestaltung zu beteiligen. Im überbetrieblichen Bereich muß diese Beteiligung durch die Gewerkschaften erfolgen.

Bei den obersten Landesbehörden und den Gewerbeaufsichtsämtern sind *paritätisch besetzte Beiräte* einzurichten (Arbeitgeber und Gewerkschaften), die die notwendige Verbindung zur Arbeitswelt hin herstellen.

Bei den Gewerbeaufsichtsämtern und den Bezirksverwaltungen der Berufsgenossenschaften sind *hauptamtliche Arbeitsschutzbeauftragte* einzusetzen, die von den Gewerkschaften vorgeschlagen werden. Dies entspricht einer Forderung, die von den Gewerkschaften bereits vor ca. 100 Jahren gestellt wurde²³⁾.

Die Gewerkschaften, die Betriebs- und Personalräte und die betroffenen Arbeitnehmer müssen ein *einklagbares Recht* erhalten auf Vornahme bestimmter Handlungen durch die Gewerbeaufsicht oder den Aufsichtsdienst der Berufsgenossenschaften (Untersuchung bestimmter Gefährdungen und Durchsetzung rechtlicher Vorschriften).

Die Betriebs- und Personalräte müssen in *allen Fragen der gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung* ein gleichberechtigtes Mitbestimmungsrecht erhalten. Dies muß sich auch auf die Verwaltung überbetrieblicher arbeitsmedizinischer oder sicherheitstechnischer Dienste beziehen.

Die Arbeitnehmer sollten das Recht erhalten, die Arbeit einzustellen, falls sie der *Ansicht* sind, daß die Arbeit eine ernste Gefahr für ihr Leben oder ihre Gesundheit mit sich bringt (*Arbeitsverweigerungsrecht*). Der Arbeitnehmer, der die Arbeit unter solchen Bedingungen einstellt, darf nicht benachteiligt werden oder für Schäden haftbar gemacht werden. Das Recht, die Arbeitsleistung zu verweigern, sollte auch dann gegeben sein, wenn der Arbeitgeber gegen Arbeitsschutzvorschriften verstößt.

^{*)} Leiter des Referates „Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin“ bei der Abteilung Sozialpolitik des DGB-Bundesvorstandes, Düsseldorf

- 1) Sozialpolitisches Programm des DGB, Düsseldorf 1980, Seite 19.
- 2) Arbeitsschutz erhöht vielfach auch die Qualität von Industrieprodukten.
- 3) Übersicht über die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften im Jahre 1979, Bonn 1979.
- 4) Ebenda.
- 5) Eigene Auswertung der „Statistik der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung“ für die Jahre 1973 bis 1979.
- 6) Hierzu gehören folgende Bereiche: Hersteller und Verwenderindustrie, Staat, Europäische Gemeinschaft, gesetzliche Unfallversicherung, nationales und internationales Normungswesen und die Gesamtheit der betrieblichen Entscheidungsprozesse.
- 7) Die mangelnde Information der Arbeitnehmer über Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz hat ebenfalls einen negativen Einfluß auf den Stellenwert des Arbeitsschutzes.
- 8) Hier sind vor allem das Deutsche Institut für Normung (DIN), der Verband Deutscher Elektrotechniker (VDE) und der Verein Deutscher Ingenieure (VDI) zu erwähnen.
- 9) Da es keine einheitliche Rechtsquelle im Arbeitsschutz gibt (über 100 Rechtsetzer), entstehen sowohl Mehrfachregelungen unterschiedlicher Art als auch Regelungslücken. Hinsichtlich der Umsetzung des geltenden Rechts gibt es ebenfalls keine Arbeitsteilung bzw. ein Kooperationssystem.
- 10) Hierbei geht es vor allem um die Einbeziehung des öffentlichen Dienstes, des Bergbaues, der Landwirtschaft, der Seeschifffahrt und der Heimarbeiter.
- 11) Nach der Programmatik des DGB umfaßt der Begriff der menschengerechten Arbeitsgestaltung folgende Aspekte:

- Gesundheit, Beschäftigungssicherung, Qualifikation und Angemessenheit des Einkommens.
- 12) *Fitting, K., Aufahrt, F., Kaiser, H.*, Betriebsverlassungs-gesetz, 13. Auflage, München 1981, S. 1026, Rdnr. 21.
- 13) Zu diesem Problemkreis siehe *Andresen, K.*, in: Kasiske, R. (Hrsg.), *Gesundheit am Arbeitsplatz*, Hamburg 1976, S. 125 ff.
- 14) In diesem Sinne 11. Ordentlicher Bundeskongreß (1978), Antrag Nr. 149, Ziff. 4; ebenso Entschließung Nr. 16 Arbeitsschutz des 13. Ordentlichen Gewerkschaftstages der IG Metall in Berlin, 1980.
- 15) *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung* (Hrsg.), Dortmund 1980, S. 1087 ff.
- 16) Entsprechendes gilt für die Konkretisierung von Unfallverhütungsvorschriften durch Normen privater Regelsetzer.
- 17) 11. Ordentlicher Bundeskongreß des DGB, Antrag Nr. 148.
- 18) Sozialpolitisches Programm des DGB, S. 20.
- 19) Sozialpolitisches Programm des DGB, S. 19.
- 20) Sozialpolitisches Programm des DGB, S. 19; ähnlich *Volkholz, V., Fuchs, B., Müller, R.*, in: Grundsätze zur menschengerechten Arbeitsgestaltung, Bundesarbeitsblatt Oktober 1980, S. 5 ff.
- 21) In diesem Sinne 11. Ordentlicher DGB-Bundeskongreß, Antrag 154.
- 22) Entschließung Nr. 16 Arbeitsschutz des 13. Ordentlichen Gewerkschaftstages der IG Metall.
- 23) Siehe *Poerschke, St.*, Die Entwicklung der Gewerbeaufsicht in Deutschland, Jena 1911, S. 210 f.; ebenso Entschließung Nr. 16, Arbeitsschutz des 13. Ordentlichen Gewerkschaftstages der IG Metall.

aus: WSI Mitteilungen 2/1981

Arbeitsgesetzbuch der DDR

10. Kapitel Gesundheits- und Arbeitsschutz

Grundsätze

§ 201

(1) Der Betrieb ist verpflichtet, den Schutz der Gesundheit und Arbeitskraft der Werktätigen vor allem durch die Gestaltung und Erhaltung sicherer, erschwernisfreier sowie die Gesundheit und Leistungsfähigkeit fördernder Arbeitsbedingungen zu gewährleisten. Der Betriebsleiter und die leitenden Mitarbeiter sind verpflichtet, die Erfordernisse des Gesundheits- und Arbeitsschutzes sowie Brandschutzes als Bestandteil der Leitung und Planung des Produktionsprozesses zu verwirklichen. Dabei haben sie die aktive Mitwirkung der Werktätigen zu fördern.

(2) Die betrieblichen Gewerkschaftsleitungen, die ehrenamtlichen Arbeitsschutzinspektoren, die Arbeitsschutzkommissionen und die Arbeitsschutzbereite haben das Recht, Arbeitsmittel, Arbeitsverfahren und Arbeitsstätten zur Verwirklichung des Gesundheits- und Arbeitsschutzes zu überprüfen, Ermittlungen und Untersuchungen über Ursachen von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten, sonstigen arbeitsbedingten Erkrankungen und Arbeitsschwernissen durchzuführen und die Beseitigung von Mängeln zu fordern. Sie sind berechtigt, zu Projekten für neue oder zu rekonstruierende Arbeitsmittel und Arbeitsstätten Erläuterungen zu verlangen, Stellung zu nehmen, die Gewährleistung des Gesundheits- und Arbeitsschutzes zu fordern und Vorschläge zu seiner weiteren Verbesserung zu unterbreiten. Der Betriebsleiter hat der zuständigen betrieblichen Gewerkschaftsleitung die Einsichtnahme in die entsprechenden wissenschaftlich-technischen Arbeitsunterlagen zu ermöglichen.

(3) Der Betrieb hat entsprechend den Rechtsvorschriften Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens zu schaffen und zu unterhalten. Zur Erfüllung seiner Pflichten im Gesundheits- und Arbeitsschutz hat der Betriebsleiter mit dem Leiter der Einrichtung des Betriebsgesundheitswesens eng zusammenzuarbeiten. Der Betrieb hat die Einrichtung des Betriebsgesundheitswesens bei der Verwirklichung ihrer Aufgaben zu unterstützen.

§ 202

(1) Die Anforderungen, die bei der Gestaltung und Anwendung von Arbeitsmit-

keln, Arbeitsverfahren und Arbeitsstätten zur Gewährleistung sicherer und gesunder Arbeitsbedingungen zu erfüllen sind, werden in Rechtsvorschriften festgelegt.

(2) Die Rechtsvorschriften des Gesundheits- und Arbeitsschutzes sowie Brandschutzes sind durch betriebliche Regelungen zu konkretisieren, soweit es entsprechend den Bedingungen des Betriebes zur Gewährleistung sicherer und gesunder Arbeitsbedingungen erforderlich ist. Die Regelungen sind unter Teilnahme der Werktätigen auszuarbeiten, mit dem Leiter der Einrichtung des Betriebsgesundheitswesens anzustimmen und vom Betriebsleiter mit Zustimmung der Betriebsgewerkschaftsleitung zu erlassen.

§ 203

(1) Der Betrieb hat den Krankenstand und das Unfallgeschehen gemeinsam mit den betrieblichen Gewerkschaftsleitungen und der Einrichtung des Betriebsgesundheitswesens regelmäßig zu untersuchen und auszuwerten und erforderliche Maßnahmen zur Beseitigung der Ursachen und begünstigenden Bedingungen durchzuführen sowie die Entwicklung der gesunden Lebensführung zu fördern. Dabei sind die Erfahrungen der Arbeitskollektive und der Gesundheitshelfer zu berücksichtigen.

(2) Der Betriebsleiter hat gemeinsam mit dem Leiter der Einrichtung des Betriebsgesundheitswesens und Vertretern der Betriebsgewerkschaftsleitung monatliche Kontrollberatungen durchzuführen.

§ 204

In den Betrieben sind zur Wahrnehmung von Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheits- und Arbeitsschutzes Sicherheitsinspektoren einzusetzen oder Sicherheitsinspektionen bzw. andere Organe zu bilden, die den Betriebsleiter bei der Erfüllung seiner Pflichten im Gesundheits- und Arbeitsschutz unterstützen und ihm direkt unterstellt sind. Einzelheiten werden in Rechtsvorschriften geregelt.

Arbeitsmittel, Arbeitsverfahren und Körperschuttmittel

§ 205

(1) Der Betrieb ist verpflichtet, Arbeitsmittel, Arbeitsverfahren und Arbeitsstätten so zu entwickeln, zu projektieren, zu kon-

struieren, herzustellen, zu errichten, in Betrieb zu nehmen, zu unterhalten und instand zu setzen, daß die geforderte Arbeitssicherheit gewährleistet ist. Körperlich schwere und gesundheitsgefährdende Arbeit ist planmäßig einzuschränken, Arbeitsmittel, Arbeitsverfahren und Arbeitsstätten sind zunehmend sicherer und erschwernisfrei zu gestalten.

(2) Die Inbetriebnahme und Nutzung von Arbeitsmitteln, Arbeitsverfahren und Arbeitsstätten bedürfen der Zustimmung, Beaufsichtigung oder Überwachung durch die zuständigen staatlichen Organe, soweit dafür besondere Rechtsvorschriften bestehen.

(3) Der Betrieb hat entsprechend den Erfordernissen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes die Arbeitsmittel, Arbeitsverfahren und Arbeitsstätten in bestimmten Zeitabständen zu überprüfen und planmäßig zu verbessern.

§ 206

(1) Den Werktätigen sind durch den Betrieb die erforderlichen Körperschuttmittel kostenlos zur Verfügung zu stellen. Der Betrieb hat die ständige Verwendungsfähigkeit und den bestimmungsgemäßen Einsatz der Körperschuttmittel zu sichern.

(2) Die Werktätigen sind verpflichtet, die ihnen zur Verfügung gestellten Körperschuttmittel zweckentsprechend zu verwenden und pfleglich zu behandeln.

Arbeitsmedizinische Betreuung

§ 207

Werktätige, die eine körperlich schwere oder gesundheitsgefährdende Arbeit übernehmen sollen, sind vor Aufnahme der Tätigkeit und in regelmäßigen Abständen entsprechend den Rechtsvorschriften ärztlich zu untersuchen. Das gleiche gilt für Werktätige, die eine Tätigkeit ausüben, für die die ständige gesundheitliche Überwachung in Rechtsvorschriften festgelegt ist. Die Untersuchungen sind für die Werktätigen kostenlos.

§ 208

Der Betrieb hat zu gewährleisten, daß Werktätige mit besonderen Arbeitsbeanspruchungen, Werktätige ab 5. Jahr vor Erreichen des Rentenalters und Werktätige, deren Gesundheitszustand es erfordert, in

die arbeitsmedizinische Dispensairebetreuung einbezogen werden.

§ 209

(1) Wird ärztlich festgestellt, daß ein Werkstätiger für die vereinbarte Arbeitsaufgabe gesundheitlich nicht mehr geeignet ist, darf er mit dieser nicht weiter beschäftigt werden. Der Betrieb hat ihm eine seinen Fähigkeiten und seiner gesundheitlichen Eignung entsprechende zumutbare andere Arbeit im Betrieb oder, wenn das nicht möglich ist, in einem anderen Betrieb anzubieten.

(2) Ist der Werkstätige auf Grund einer arbeitsbedingten Gesundheitsschädigung für die vereinbarte Arbeitsaufgabe gesundheitlich nicht mehr geeignet und übernimmt er die angebotene andere Arbeit, hat der Betrieb eine erforderliche Qualifizierung zu gewährleisten und dem Werkstätigen die Qualifizierungskosten zu erstatten.

(3) Werkstätigen im höheren Lebensalter, die aus Altersgründen eine andere Tätigkeit übernehmen möchten, hat der Betrieb eine ihren Fähigkeiten und ihrer gesundheitlichen Eignung entsprechende zumutbare andere Arbeit im Betrieb oder, wenn das nicht möglich ist, in einem anderen Betrieb anzubieten.

§ 210

Besonderer Schutz der werktätigen Frauen und Jugendlichen

(1) Die Gesundheit und Arbeitskraft der Frauen und der Jugendlichen unter 18 Jahren werden besonders geschützt.

(2) Die Arbeitsbedingungen sind entsprechend den physischen und physiologischen Besonderheiten der Frau und dem körperlichen Entwicklungsstand der Jugendlichen zu gestalten.

(3) Jugendliche dürfen nur beschäftigt werden, wenn vorher ärztlich festgestellt ist, daß sie für die Tätigkeit gesundheitlich geeignet sind. Während ihrer Beschäftigung sind sie regelmäßig, mindestens einmal jährlich, zu untersuchen.

(4) Frauen und Jugendliche dürfen nicht mit körperlich schweren oder gesundheitsgefährdenden Arbeiten beschäftigt werden. Diese Arbeiten sind in Rechtsvorschriften festzulegen.

Befähigung der Werkstätigen im Gesundheits- und Arbeitsschutz

§ 211

(1) Der Betrieb hat zu sichern, daß die Werkstätigen die zur Ausübung ihrer Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Gesundheits- und Arbeitsschutz sowie Brandschutz besitzen. Den Werkstätigen sind die zutreffenden Bestimmungen zugänglich zu machen und zu erläutern. Das Streben der Werkstätigen nach gesunder Lebensführung ist durch Vermittlung des notwendigen Wissens zu unterstützen.

(2) Die Werkstätigen sind verpflichtet, die für ihre Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Gesundheits- und Arbeitsschutz sowie Brandschutz zu erwerben und die notwendigen Prüfungen abzulegen.

§ 212

Werkstätige, die auf Grund ihrer Arbeitsaufgabe erhöhte Anforderungen zur Verwirklichung des Gesundheits- und Arbeitsschutzes sowie Brandschutzes gestellt sind, wie Projektanten, Konstrukteure, Technologen und Lehrkräfte, haben sich über die für ihre speziellen Aufgaben zutreffenden Bestimmungen und Erkenntnisse zu informieren und diese bei der Ausübung ihrer Tätigkeit zu berücksichtigen.

§ 213

(1) Der Betrieb hat die leitenden Mitarbeiter zur Durchsetzung des Gesundheits-

und Arbeitsschutzes sowie Brandschutzes und zur Förderung der gesunden Lebensführung in ihren Verantwortungsbereichen zu befähigen und ihre ständige Weiterbildung zu sichern. Der Betriebsleiter und die leitenden Mitarbeiter sind verpflichtet, sich über die für ihre Bereiche zutreffenden Bestimmungen ständig zu informieren.

(2) In Bereichen der Produktion und Produktionsvorbereitung sowie in anderen Bereichen mit erhöhten Anforderungen auf dem Gebiet des Gesundheits- und Arbeitsschutzes sowie Brandschutzes dürfen als leitende Mitarbeiter nur Werkstätige beschäftigt werden, die ihre Befähigung auf diesem Gebiet nachgewiesen haben.

(3) Die Befähigung ist regelmäßig in Abständen von 2 bis 4 Jahren und bei grundlegenden Veränderungen der Technik, Technologie und Arbeitsorganisation erneut nachzuweisen.

§ 214

Arbeiten, zu deren Ausführung nach den Rechtsvorschriften eine besondere Berechtigung erforderlich ist, dürfen nur solchen Werkstätigen übertragen werden, die diese Berechtigung besitzen.

§ 215

(1) Die Werkstätigen sind in regelmäßigen Abständen über die für sie zutreffenden Rechtsvorschriften und betrieblichen Festlegungen auf dem Gebiet des Gesundheits- und Arbeitsschutzes sowie Brandschutzes, über Maßnahmen und Methoden zur Abwendung möglicher arbeitsbedingter Gefahren sowie über das zur Vermeidung von Schäden erforderliche Verhalten zu belehren. Darüber hinaus sind Belehrungen durchzuführen bei Arbeitsaufnahme, bei vorübergehender Übertragung einer anderen Arbeit, bei Veränderung der Arbeitsbedingungen sowie nach besonderen Vorkommnissen. Die Durchführung der Belehrungen ist schriftlich nachzuweisen und vom übergeordneten Leiter zu kontrollieren.

(2) Die Belehrungen sind während der Arbeitszeit durchzuführen. Wenn es die Technologie erfordert, können sie außerhalb der Arbeitszeit stattfinden. Für die Zeit der Belehrung erhalten die Werkstätigen den Durchschnittslohn.

§ 216

Schonarbeit

(1) Wird ärztlich festgestellt, daß der Werkstätige wegen vorübergehender Minderung der Arbeitsfähigkeit oder zum vorübergehenden Gesundheitsschutz die vereinbarte Arbeitsaufgabe unter den bisherigen Bedingungen zeitweilig nicht ausführen kann, hat der Betrieb durch Einschränkung der Arbeitsaufgabe, Veränderung der Bedingungen am Arbeitsplatz oder Veränderung der Arbeitszeit die Weiterbeschäftigung des Werkstätigen mit dieser Arbeitsaufgabe zu ermöglichen oder ihm eine zumutbare andere Arbeit zu übertragen (Schonarbeit).

(2) Die Dauer der Schonarbeit wird durch den behandelnden Arzt in Abstimmung mit dem Betrieb festgelegt und kann bis zu 12 Wochen betragen. Mit Zustimmung der Ärzteberatungskommission kann die Dauer der Schonarbeit bis zu weiteren 12 Wochen verlängert werden.

(3) Bei Schonarbeit erhält der Werkstätige mindestens den Durchschnittslohn.

Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten

§ 217

(1) Der Betrieb hat Unfallgefahren bei der Arbeit und andere arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen zu beseitigen oder, wenn das nicht sofort möglich ist, weitestgehend zu mindern.

(2) Die Werkstätigen haben festgestellte Mängel im Gesundheits- und Arbeitsschutz sowie Brandschutz und Arbeitsunfälle un-

verzüglich zu melden und bei Feststellung von Unfallgefahren erste Sicherungsmaßnahmen, wie Kenntlichmachung und Absichern der Gefahrenstelle, zu ergreifen.

(3) Die Arbeit ist einzustellen, wenn das Leben von Werkstätigen unmittelbar gefährdet ist oder wenn die unmittelbare Gefahr einer erheblichen Gesundheitsschädigung besteht.

(4) Der Betrieb hat zu sichern, daß Werkstätigen bei Verletzungen und plötzlichen Erkrankungen unverzüglich Erste Hilfe geleistet wird.

§ 218

Der Betrieb hat Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten im Zusammenwirken mit den betrieblichen Gewerkschaftsleitungen und der Einrichtung des Betriebsgesundheitswesens unverzüglich zu untersuchen und ihre Ursachen und begünstigenden Bedingungen zu beseitigen. Die Ergebnisse der Untersuchungen und die erforderlichen Maßnahmen sind schriftlich festzulegen und im Arbeitskollektiv auszuwerten.

§ 219

(1) Der Betrieb ist verpflichtet, dem Werkstätigen bei Schädigung seiner Gesundheit durch Arbeitsunfall oder Berufskrankheit Unterstützung und Hilfe zu gewähren. Er hat ihm, wenn er seine bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben kann, eine seinen Fähigkeiten und seiner gesundheitlichen Eignung entsprechende zumutbare andere Arbeit im Betrieb oder, wenn das nicht möglich ist, in einem anderen Betrieb anzubieten.

(2) Beim Tode eines Werkstätigen durch Arbeitsunfall oder Berufskrankheit ist den Hinterbliebenen Hilfe zu gewähren. Sie sind, soweit sie nicht berufstätig sind und eine Arbeit aufnehmen möchten, dabei zu unterstützen.

(3) Für die materielle Sicherheit bei Arbeitsunfall und Berufskrankheit gelten weiterhin die Bestimmungen über Schadenersatzleistungen des Betriebes (§§ 267 bis 269) und über Sach- und Geldleistungen der Sozialversicherung (§§ 280 bis 290).

§ 220

(1) Ein Arbeitsunfall ist die Verletzung eines Werkstätigen im Zusammenhang mit dem Arbeitsprozeß. Die Verletzung muß durch ein plötzliches, von außen einwirkendes Ereignis hervorgerufen worden sein.

(2) Als Arbeitsunfall gilt auch ein Unfall auf einem mit der Tätigkeit im Betrieb zusammenhängenden Weg zur und von der Arbeitsstelle.

(3) Den Arbeitsunfällen sind Unfälle bei organisierten gesellschaftlichen, kulturellen oder sportlichen Tätigkeiten gleichgestellt. Einzelheiten werden in Rechtsvorschriften festgelegt.

(4) Durch Ausübung des Dienstes bei den befähigten Organen bzw. der Zollverwaltung der Deutschen Demokratischen Republik erlittene Körper- und Gesundheitsschäden gelten als Folge eines Arbeitsunfalles bzw. einer Berufskrankheit.

(5) Ein Unfall, als dessen Ursache Alkoholmißbrauch des Werkstätigen festgestellt wird, gilt nicht als Arbeitsunfall.

§ 221

Eine Berufskrankheit ist eine Erkrankung, die durch arbeitsbedingte Einflüsse bei der Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten bzw. Arbeitsaufgaben hervorgerufen wird und die in der „Liste der Berufskrankheiten“ genannt ist. Einzelheiten werden in Rechtsvorschriften festgelegt.

§ 222

Die Entscheidung, ob ein Arbeitsunfall bzw. eine Berufskrankheit vorliegt, trifft die Betriebsgewerkschaftsleitung bzw. die Verwaltung der Sozialversicherung beim Kreisvorstand des Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes.

Keine selbständigen Nachtwachen für Auszubildende!

Das folgende rechtskräftige Urteil des Landesarbeitsgerichts Hamm legt fest, daß Auszubildende im Pflegebereich nicht zu alleinverantwortlichen Nachtwachen eingeteilt werden dürfen. Die Berufung gegen das Urteil des Arbeitsgerichts Dortmund wurde auf Kosten des Krankenhausträgers zurückgewiesen. DG dokumentiert dieses Urteil, weil immer noch in vielen Krankenhäusern Auszubildende zu Nachtwachen selbständig eingesetzt werden und häufig nicht wagen, sich gegen diesen Zustand zur Wehr zu setzen.

Tatbestand

Die Klägerin und Berufungsbeklagte hat mit ihrem am 8. 8. 1979 beim Arbeitsgericht Dortmund eingegangenen Antrag den Erlaß einer einstweiligen Verfügung dahin verlangt, daß sie von der Beklagten und Berufungsklägerin nur gemeinsam mit einer examinierten Krankenschwester zur Nachtwache eingeteilt werden dürfe.

Die Klägerin, die schon seit dem 1. 9. 1976 bei der Beklagten beschäftigt war, ist seit dem 1. 4. 1977 Krankenpflegeschülerin mit dem Ziel der Ausbildung zur Kinderkrankenschwester und wird voraussichtlich im Frühjahr 1980 das staatliche Examen ablegen.

Für den Bereich der Kinderkliniken besteht in den städtischen Kliniken der Beklagten die Regelung, daß Schülerinnen des 1. Ausbildungsjahres nicht, die des 2. Ausbildungsjahres unter Aufsicht einer examinierten Kraft und Schülerinnen des 3. Ausbildungsjahres unter Aufsicht einer examinierten Kraft – gegebenenfalls auf einer Nachbarstation – zu Nachtdiensten eingeteilt werden können. Die Einteilung zum Nachtdienst erfolgt jeweils durch einen Dienstplan, der ca. zwei Wochen vor Dienstbeginn bekanntgegeben wird.

Für die Zeit vom 8. 8. – 12. 8. 1979 hat die Beklagte die Klägerin jeweils für die Zeit von 19.45–6.15 Uhr auf der Station L 4 des Kinderkrankenhauses in D. zum Nachtdienst eingeteilt. Während dieser Zeit war keine weitere Pflegekraft zum Dienst auf der Station L 4 eingeteilt. Auf den Nachbarstationen L 3 und L 6, die sich auf der gleichen Etage des Klinikgebäudes befinden, leisteten gleichzeitig jeweils eine examinierte Krankenschwester den Nachtdienst.

Die Klägerin hat unter Hinweis auf ihren Ausbildungsvertrag, die gesetzlichen Vorschriften des Krankenpflegegesetzes sowie des BBiG, auf die einschlägige Ausbildungs- und Prüfungsordnung sowie auf die vereinbarungsgemäß für das Ausbildungsverhältnis geltenden Bestimmungen des Tarifvertrages zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Lernschwestern vom 1. 1. 1967 in der Fassung vom 28. 4. 1978 die Auffassung vertreten, daß die Beklagte sie – die Klägerin – ohne gleichzeitiger Anwesenheit einer examinierten Krankenschwester zur Nachtwache nicht heranziehen dürfe. Die Beklagte könne nicht darauf verweisen, daß die jeweilige Nachbarstation mit examinierten Krankenschwestern besetzt gewesen seien, da diese von ihren eigenen Patienten hinreichend in Anspruch genommen worden seien. Durch die von der Beklagten praktizierte Handhabung werde das Ausbildungsziel gefährdet und die Klägerin praktisch als vollwertige Arbeitskraft eingesetzt. Demgemäß sei aber nicht nur der Verfügungsanspruch, sondern auch der Verfügungsgrund zu bejahen, da die Beklagte an ihrer rechtswidrigen Praxis festhalte, von der Klägerin andererseits vor Klärung der Rechtslage nicht erwartet werden könne, daß sie die von ihr als unzulässig gewertete Arbeits-einteilung einfach nicht erfülle.

Die Klägerin hat beantragt, der Verfügungsbeklagten bei Meidung eines vom Gericht festzusetzenden Zwangsgeldes gegen die Verfügungsbeklagte bzw. Zwangshaft gegen deren gesetzliche Vertreter aufzugeben, die Verfügungsbeklagte nur gemeinsam mit einer examinierten Krankenschwester zur Nachtwache einzuteilen.

Die Beklagte hat beantragt, den Antrag der Klägerin zurückzuweisen.

Sie hat in der Heranziehung der Klägerin und anderer in gleichen Ausbildungsverhältnissen stehenden Beschäftigten zum Nachtdienst keinen Verstoß gegen § 3 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung gesehen, da diese Vorschrift lediglich eine Mindestanforderung aufstelle und darüber hinausgehende Nachtdienstsätze nicht ausschließe. Solche weitergehenden Einsätze im Nachtdienst seien auch zur Komplettierung der Ausbildung der Schwesternschülerinnen erforderlich.

Es könne nicht die Rede davon sein, daß die Klägerin den angeordneten Nachtdienst eigenverantwortlich abgeleistet habe bzw. ableisten müsse. Anleitung und Kontrolle seien durch die auf den Nachbarstationen L 3 und L 6 eingeteilten examinierten Pflegekräfte jederzeit gewährleistet gewesen. In Nottfällen habe die Klägerin jederzeit Gelegenheit gehabt, diese Nachtschwester herbeizurufen, die selbstverständlich zur Hilfeleistung bereit gewesen seien. Auch habe die Möglichkeit bestanden, den diensthabenden Arzt über Telefon um Hilfe zu bitten. Im übrigen müsse die Klägerin aufgrund ihres damaligen Ausbildungsstandes in der Lage sein, grundpflegerische Maßnahmen an Patienten selbständig durchzuführen und Krankenbeobachtungen vorzunehmen. In diesen Tätigkeiten habe der Nachtdienst auf der Station L 4 bestanden. Die Beklagte hat darauf hingewiesen, daß seinerzeit der Arbeitsanfall auf den einzelnen Stationen des Kinderkrankenhauses nicht besonders groß gewesen sei, da die Klinik zur damaligen Zeit nur zu 2/3 ausgelastet gewesen sei.

Das Arbeitsgericht hat mit dem am 13. 9. 1979 verkündeten Urteil der Beklagten unter Androhung eines Ordnungsgeldes bis zu 50 000,- DM und unter Androhung einer ersatzweisen Ordnungshaft aufgegeben, die Klägerin nur gemeinsam mit einer examinierten Krankenschwester zur Nachtwache einzuteilen. Für diese Entscheidung hat das Arbeitsgericht einen Streitwert von 2400,- DM festgesetzt. Auf den von den Parteien vorgelegten Inhalt dieser Entscheidung wird verwiesen.

Das Urteil ist der Beklagten am 6. 10. 1979 zugestellt worden. Ihre Berufung ist am 2. 11. 1979, die Berufungsbegründung am 8. 11. 1979 beim Landesarbeitsgericht eingegangen.

Nach Meinung der Beklagten fehlt es schon an einem Verfügungsanspruch. Sie hebt hervor, daß sie nie einen Zweifel daran gelassen habe, daß die Klägerin ebenso wie die anderen in gleichen Ausbildungsverhältnissen zu ihr stehenden Beschäftigten nicht ohne gleichzeitige Anwesenheit einer diensthabenden examinierten Krankenschwester zu Dienstleistungen, auch nicht zu solchen in Spät- und Nachtschichten, eingesetzt werden würden. Streitig sei lediglich, wie eng im Einzelfall die räumlichen Gegebenheiten sein müßten.

Die vom Arbeitsgericht auf § 3 Abs. 1 der Ausbildungsordnung gestützte Auffassung, die Klägerin habe im Rahmen ihrer Ausbildung nur bei ständiger Anwesenheit einer examinierten Krankenschwester in unmittelbarer Nähe bei gleichzeitig ausschließlicher Dienstverrichtung, durch sie auf der betreffenden Station zu einer Nachtwache herangezogen werden dürfen, hält die Beklagte für unhaltbar.

Ausgehend von dem Ausbildungsziel, daß der Krankenpflegeschüler in allen wesentlichen Verrichtungen – wie hier der Kinderkrankenpflege – zu unterweisen und ihm zudem Gelegenheit zu geben sei, die im Unterricht

erworbenen Kenntnisse zu vertiefen und zu lernen, sie bei der praktischen Arbeit anzuwenden, kommt die Beklagte zu dem Ergebnis, daß bei den gegebenen räumlichen Verhältnissen in den Kinderstationen des Krankenhauses unter Beachtung der Bettenzahl und der durchschnittlichen Belegungszahl der Einsatz von zwei examinierten Pflegekräften zur Nachtwache auf den Stationen L 3, L 4 und L 6 ausgereicht haben würde und der Einsatz der Klägerin eher als zusätzlicher Einsatz gewertet werden müsse.

Da die Klägerin als Schülerin des 3. Ausbildungsjahres von ihrem Wissensstand her unbedingt in der Lage gewesen sei, plötzliche, unvermutete Änderungen im Krankheitsbild eines Kindes zu erkennen, habe sie in solchen Fällen unbedingt die Möglichkeit gehabt, die Krankenschwester oder den diensttuenden Arzt herbeizurufen.

Die Höhe der an Krankenpflegeschülern zu zahlenden Vergütungen spreche zudem dafür, daß dem Grundsatz des „Lernens durch Arbeiten“ Rechnung getragen würde. Das ergebe sich auch daraus, daß entsprechend dem Runderlaß des Ministers für Wirtschaft, Mittelstand und Verkehr vom 29. 6. 1979 eine Anrechnung der Schüler(innen) in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege auf die Vollstellen des Stellenplanes des Krankenhauses im Verhältnis von 4 : 1 als gerechtfertigt anzusehen sei.

Die Beklagte und Berufungsklägerin beantragt, das Urteil des Arbeitsgerichts Dortmund vom 13. 9. 1979 abzuändern und den Antrag auf Erlaß einer einstweiligen Verfügung zurückzuweisen.

Die Klägerin und Berufungsbeklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Entscheidungsgründe

Die statthafte und zulässige Berufung führt nicht zu der von der Beklagten erstrebten Zurückweisung des Antrags auf Erlaß der einstweiligen Verfügung.

Dem Antrag der Klägerin fehlt nicht etwa deswegen das Rechtsschutzbedürfnis, weil – wie die Beklagte offensichtlich vortragen will – bei der gegebenen Fallgestaltung unter Beachtung der räumlichen Gegebenheiten, der Bettenzahl und der Belegungsquoten dem im Klageantrag zum Ausdruck gekommenen Verlangen bereits entsprechen worden sei.

Die Würdigung des von der Beklagten vorgetragenen Sachverhalts ergibt vielmehr, daß der gemäß in §§ 935, 940 erforderliche Verfügungsanspruch zu bejahen ist.

Der Einsatz der Klägerin in der im Tatbestand wiedergegebenen Weise hält sich nicht an in den durch die Vorschriften der Ausbildungsordnung des BBiG gezogenen Grenzen. Als Obersatz hierzu ist aus § 6 Abs. 2 BBiG zu entnehmen, daß einmal die Klägerin nur zu Tätigkeiten herangezogen werden dürfe, die im Zusammenhang mit dem zu erlernenden Beruf der Kinderkrankenpflege stehen und daß zum anderen diese Tätigkeiten die Erreichung des Ausbildungszieles fördern müssen. Neben diesen beiden, aus § 2 der Ausbildungsordnung zu entnehmenden Voraussetzungen gilt gemäß § 6 Abs. 2, letzter Halbsatz BBiG, daß die der Klägerin übertragenen Arbeiten ihren körperlichen Kräften angemessen sein müssen. Wenn weiter in § 3 der Ausbildungsordnung als Voraussetzung für die Zulassung zur Prüfung gefordert wird, daß dem Krankenpflegeschüler innerhalb der letzten sechs Monate des Lehrgangs für zwei Tage die selbständige Pflege eines Kranken einschließlich einer Nachtwache zu übertragen sei, so wird daraus klar, daß der Gesetzgeber an die Qualifikationen für den zu einer Nachtwache in einem Krankenhaus Einzusetzenden hohe Anforderungen gestellt hat.

Es kann in diesem Zusammenhang ungeklärt bleiben, ob der Wortlaut des § 3 der Ausbildungsordnung einen häufigeren Einsatz des Krankenpflegeschülers im Nachtdienst zuläßt. Jedenfalls läßt die Formulierung in

Aufruf für eine atomwaffenfreie Zone in Europa

dieser Norm erkennen, daß der Krankenpflegeschüler erst innerhalb der letzten sechs Monate seiner dreijährigen Ausbildung für befähigt gehalten wird, eine Nachtwache – nicht für eine ganze Krankenstation, sondern nur bei einem einzelnen Kranken – abzuleisten. Beachtet man weiter, daß dieser Nachweis der Befähigung nur unter Aufsicht des zuständigen Arztes oder der zuständigen Krankenschwester zu führen ist, so ist daraus zu erkennen, daß es sehr wohl zum Ausbildungsziel gehört, den Krankenpflegeschüler in den Stand zu setzen, nach Abschluß der Ausbildung als Krankenpfleger (Krankenschwester) voll einzusetzen, andererseits aber ein vorheriger regelmäßiger oder regelmäßig wiederkehrender Einsatz im Nachtdienst nicht zu den von einem so Auszubildenden zu fordernden Leistungen gehört.

Auf dieser erkennbaren gesetzlichen, die Ausbildung zum Krankenpfleger (Krankenschwester) betreffenden Zielrichtung aufbauend, stellte sich der Einsatz der Klägerin in der Woche vom 8.-12.8. 1979 als alleinige Nachtwachenkraft als vom Ausbildungszweck nicht mehr gedeckter und mithin unzulässige Maßnahme dar. Nur dann, wenn sie zusammen mit einer sie beaufsichtigenden examinierten Krankenschwester eingesetzt worden wäre, könnte das vom Ausbildungszweck noch zu rechtfertigen sein, wobei die Kammer dahingestellt sein läßt, ob das auch noch zu bejahen wäre, wenn nicht nur für eine Nacht, sondern – wie hier – vier- oder fünfmal hintereinander ein solcher Nachtwacheneinsatz stattfindet.

Der alleinige Einsatz der Klägerin auf der Station L 4 verliert diese Qualifikation nicht dadurch, daß sie die Möglichkeit hatte, bei auffälligen Veränderungen der von ihr zu betreuenden Patienten die auf den Nachbarstationen eingesetzten examinierten Krankenschwestern zur Hilfe zu holen. Hier hat das Arbeitsgericht zu Recht darauf hingewiesen, daß nach der von der Beklagten gehandhabten Arbeitseinteilung für jede Station des Kinderkrankenhauses jeweils eine Arbeitskraft zur Nachtwache eingeteilt wird, die sich demgemäß als die insoweit notwendige Zahl von einzusetzenden Facharbeitkräften darstellt. Damit aber übernahm die Klägerin die Stelle einer vollen Arbeitskraft, was dem Charakter der Berufsausbildung widerspricht. Es ist aber auch im Interesse der Patienten nicht zu rechtfertigen, wenn dadurch, daß ihre Überwachung einer nicht voll ausgebildeten Krankenschwester anvertraut wurde, eine Verzögerung in den etwa notwendig werdenden pflegerischen und ärztlichen Maßnahmen eintreten könnte.

Neben dem Verfügungsanspruch ist auch der Verfügungsgrund zu bejahen. Hier nimmt die Kammer gemäß § 543 ZPO Bezug auf die Ausführungen im Urteil des Arbeitsgerichts zu diesem Punkt. Die Berufungsbegründung enthält dagegen keine Angriffe, ihr Inhalt läßt vielmehr klar erkennen, daß die Beklagte auch für den restlichen Verlauf des Ausbildungsverhältnisses zwischen den Parteien an der zu mißbilligenden Handhabung beim Nachtdienst einsetzfest halten will.

Die Kosten des erfolglos von ihr eingelegten Rechtsmittels hat die Beklagte gemäß § 97 ZPO zu tragen.

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diese Entscheidung ist die Revision nicht zulässig (§ 72 Abs. 4 ArbGG).

LAG Hamm, Az. 1358/79 – 37/79 ArbG Dortmund

Initiative der Russell-Peace-Foundation

Wir stehen an der Schwelle des gefährlichsten Jahrzehnts in der Geschichte der Menschheit. Ein dritter Weltkrieg ist nicht nur möglich, sondern er wird auch immer wahrscheinlicher. Ökonomische und soziale Schwierigkeiten in den entwickelten Industrieländern, Krisen, Militarismus und Kriege in der „Dritten Welt“ bilden die Grundlage politischer Spannungen, die einen wahnwitzigen Rüstungswettlauf anheizen. In Europa, dem geographischen Hauptschauplatz der Ost-West-Konfrontation, tauchen neue Generationen immer mörderischerer Atomwaffen auf.

Seit über fünfundsiebenzig Jahren verfügen die Militärmächte der NATO wie des Warschauer Vertrages über genügend atomare Waffen, um sich gegenseitig zu vernichten und gleichzeitig die Grundlage des zivilisierten Lebens überhaupt zu gefährden. Doch Jahr für Jahr hat das atomare Wettrüsten ihre Anzahl vervielfacht und damit die Wahrscheinlichkeit eines katastrophalen Unfalls oder Berechnungsirrtums erhöht.

Während jede Seite sich bemüht, ihre Bereitschaft zum Einsatz von Atomwaffen unter Beweis zu stellen, um so deren Einsatz durch die andere Seite zu verhindern, werden neue, „einsatzfähigere“ Atomwaffen entwickelt und wird die Öffentlichkeit mehr und mehr an die Vorstellung eines „begrenzten“ Atomkrieges gewöhnt. Das geschieht in einem solchen Umfang, daß diese paradoxe Entwicklung logischerweise nur zum tatsächlichen Einsatz von Atomwaffen führen kann.

Keine der führenden Mächte ist heute in einer moralischen Position, aus der sie kleinere Länder zum Verzicht auf Atomwaffen bewegen könnte. Die zunehmende Verbreitung von Kernkraftwerken und das Wachstum der sie betreibenden Industrie machen eine weltweite Verbreitung von Atomwaffen immer wahrscheinlicher und vervielfachen somit die Risiken von atomaren Auseinandersetzungen.

Seit Jahren drängt die öffentliche Meinung auf atomare Abrüstung und Entspannung zwischen den rivalisierenden militärischen Blöcken. Dieses Bemühen ist erfolglos geblieben. Ein wachsender Anteil des weltweiten Wirtschaftspotentials wird auf Rüstung verwendet, obgleich die gegenseitige Vernichtung längst im Übermaß gewährleistet ist. Diese ökonomische Belastung trägt im Osten und im Westen zu wachsenden sozialen und politischen Spannungen bei und setzt einen Teufelskreis in Bewegung, in dem das Wettrüsten von der Instabilität der Weltwirtschaft zehrt und umgekehrt: ein tödliches Wechselspiel.

Wir befinden uns heute in großer Gefahr. Generationen sind im Schatten eines Atomkriegs aufgewachsen und haben sich an die Bedrohungen gewöhnt. Die Besorgnis ist der Apathie gewichen. Unterdessen hat sich in unserer Welt, die unter ständiger Bedrohung lebt, in beiden Hälften Europas Furcht ausgebreitet. Die Macht der Militärs und der inneren Sicherheitsorgane wird erweitert, freier Austausch von Gedanken und Verkehr von Personen werden Beschränkungen unterworfen, die Bürgerrechte unabhängig denkender Menschen sind im Osten wie im Westen gefährdet.

Es geht uns nicht um eine Aufteilung der Schuld zwischen den politischen und militärischen Führern des Ostens und des Westens. Schuld trifft beide Kontrahenten gleichermaßen. Beide haben eine drohende Haltung angenommen und in verschiedenen Teilen der Welt Aggressionsakte begangen.

Es liegt bei uns, dagegen etwas zu tun. Wir müssen gemeinsam darauf hinarbeiten, das gesamte Territorium Europas, von Polen bis Portugal, von atomaren Waffen, von Luft- und U-Boot-Stützpunkten und von allen Einrichtungen freizumachen, die mit der Erforschung oder Herstellung von Atomwaffen beschäftigt sind. Wir fordern die beiden Supermächte auf, sämtliche Atomwaffen vom europäischen Territorium abzuziehen.

Insbesondere fordern wir die Sowjetunion auf, die Produktion der SS-20-Mittelstreckenraketen einzustellen, und ersuchen wir die Vereinigten Staaten, ihren Beschluß über die Entwicklung von Marschflugkörpern (Cruise missiles) und Pershing-II-Raketen zur Stationierung in Westeuropa nicht durchzuführen. Ferner drängen wir auf die Ratifizierung des SALT-II-Abkommens, einem notwendigen Schritt auf dem Weg zur Wiederaufnahme von effektiven Verhandlungen über eine allgemeine und vollständige Abrüstung.

Gleichzeitig müssen wir das Recht aller Bürger in Ost und West verteidigen und ausweiten, an dieser gemeinsamen Bewegung und an jeder Art von Meinungsaustausch teilzunehmen.

Wir appellieren an unsere Freunde in Europa gleich welchen Glaubens und welcher Weltanschauung, intensiv darüber nachzudenken, auf welche Weise wir für diese gemeinsamen Ziele zusammenarbeiten können. Wir stellen uns eine gesamteuropäische Kampagne vor, in der die verschiedenen Formen des Austauschs stattfinden, in der Vertreter verschiedener Länder und Meinungen miteinander beraten und ihre Aktionen koordinieren und in der die mehr informellen Begegnungsformen zwischen Universitäten, Kirchen, Frauenorganisationen, Gewerkschaften, Jugendorganisationen, Berufsorganisationen und Individuen für ein gemeinsames Ziel genutzt werden: ganz Europa von Atomwaffen zu befreien.

Wir müssen damit anfangen, so zu handeln, als ob ein vereintes, neutrales und friedliches Europa bereits existierte.

Wir müssen lernen, nicht gegenüber dem „Osten“ oder „Westen“, sondern untereinander loyal zu sein, und wir müssen uns über die von den Nationalstaaten verhängten Verbote und Beschränkungen hinwegsetzen.

Es liegt in der Verantwortung der Bevölkerung jedes Landes, auf die Beseitigung von Atomwaffen und Stützpunkten in Europa, zu Land und zu Wasser, hinzuwirken und über die ihrem Land angemessenen Mittel und Strategien zur Erreichung dieses Zieles zu entscheiden. Diese werden von Land zu Land verschieden sein; wir sind nicht der Ansicht, daß eine einheitliche Strategie durchgesetzt werden muß. Aber dies muß Thema einer transkontinentalen Bewegung sein, in der alle möglichen Formen des Austauschs stattfinden können.

Wir müssen uns allen Versuchen von Politikern aus Ost und West widersetzen, diese Bewegung zu ihrem eigenen Vorteil zu manipulieren. Wir wollen weder der NATO noch dem Warschauer Vertrag Vorteile verschaffen. Vielmehr muß es unser Ziel sein, Europa aus der Konfrontation zu lösen, Entspannung zwischen den Vereinigten Staaten und der Sowjetunion durchzusetzen und schließlich die großen Machtblöcke aufzulösen. Wenn wir an unsere europäischen Landsleute appellieren, so bedeutet das nicht, daß wir der übrigen Welt den Rücken zukehren. Indem wir für den Frieden in Europa arbeiten, arbeiten wir für den Frieden in der Welt. Europa hat schon zweimal in diesem Jahrhundert seinen zivilisatorischen Anspruch mit Füßen getreten, indem es zwei Weltkriege angezettelt hat. Dieses Mal müssen wir unsere Schuld gegenüber der Welt begleichen, indem wir zum Frieden anstiften.

Dieser Appell wird wirkungslos bleiben, solange er nicht von zielbewußten und phantasievollen Aktionen begleitet wird, die mehr Menschen für seine Unterstützung gewinnen können. Wir müssen der Forderung nach einem atomwaffenfreien Europa überwältigenden Nachdruck verleihen.

Wir wollen der Bewegung weder Uniformität aufzwingen noch den Überlegungen und Entscheidungen der zahlreichen Organisationen vorgreifen, die schon ihren Einfluß zugunsten von Abrüstung und Frieden geltend machen. Aber die Zeit drängt. Die Gefahr nimmt ständig zu. Wir bitten um Ihre Unterstützung für unser gemeinsames Ziel und wir begrüßen Ihren Rat und Ihre Hilfe.

Generalmobilmachung gegen einen General

Walter Jens über Gert Bastian, den Andersdenker

Die Christunion sieht Gefahr für den Raketenbeschluß. Ihr Abgeordneter Dallmeyer wollte jetzt von der Bundesregierung wissen, wie sie die „prokommunistische Tätigkeit“ des früheren Generals Bastian beurteile. Artig und kooperativ antwortete am 9.2. 1981 der parlamentarische Staatssekretär, Dr. Penner: „Die Bundesregierung beobachtet die Aktivitäten und öffentlichen Äußerungen des Generalmajors a. D. Bastian zur Sicherheitspolitik mit Aufmerksamkeit und zunehmender Sorge... Der ehemalige General wendet sich vor allem gegen die Durchführung des sogenannten Doppelbeschlusses der NATO vom 12. Dezember 1979. Es ist bekannt, daß dies Resonanz in den Medien des Warschauer Pakts findet und in der Bundesrepublik Deutschland z. B. durch die DKP publizistisch gefördert wird.“

General Bastian hat sich bei Penner dagegen verwahrt, „Bestrebungen zu diffamieren und in die Illegalität zu verweisen, die einzig und allein darauf gerichtet sind, unserem Volk Frieden und Freiheit zu erhalten und deutsche Soldaten nicht in die unzumutbare Lage geraten zu lassen, in einem auf Europa begrenzten und darum nicht wie bisher unwahrscheinlichen Nuklearkrieg die Heimat statt zu verteidigen, nur noch zerstören zu können.“ Unter dem Titel „Generalmobilmachung gegen Gert Bastian“ veröffentlichte der „Presse- und demokratische Initiative“ am 9.4. eine Dokumentation über eine der schamlosesten Diffamierungskampagnen in der Nachkriegsgeschichte gegen einen ranghohen Offizier, der aus patriotischer Gesinnung einer verhängnisvollen Entscheidung der Regierung widerspricht.

In einem Vorwort dazu schreibt der Tübinger Rhetorik-Professor Walter Jens:

Hier wird der Fall eines ungewöhnlichen deutschen Menschen dokumentiert: der Fall eines Generals, der erstens über Phantasie verfügt, zweitens seine Phantasie in präzise Gedanken umsetzt und drittens über das Ergebnis seiner phantasiebestimmten Gedankenarbeit in vernünftig-besonnener Rede öffentlich Rechenschaft ablegt. Der Fall Bastian: das ist der Fall eines Mannes, der etwas getan hat, was für einen Militär aus der Schule Scharnhorsts, Clausewitz und Yorks eigentlich selbstverständlich sein sollte: sich redlich, unvoreingenommen und unter Aufbietung des zur Einfühlung befähigenden Scharfsinns in die Lage des Gegners zu versetzen. Was den Ideologen, Rüstungs-Homeriden und Scharfmachern, von „Bild“ bis zur „Bildpost“, von Strauß bis Weinstein von vornherein versagt ist, das gelang Gert Bastian. Er dachte aus der Perspektive von sowjetischen Politikern und Militärs — dachte nicht nur aus ihrer Perspektive, aber doch auch einmal aus ihrer Sicht —, die den Krieg im eigenen Land hatten, Millionen Menschen opfern mußten und deshalb Grund haben, eine eher defensive Taktik zu erfinden, die sie davor bewahrt, ein zweites Mal zur Aggressions-Beute zu werden.

Man stelle sich vor: Ein General der Bundesrepublik sieht in den Sowjets Menschen, den Piotr oder den Iwan, die den Einfall von Hitlers Truppen so wenig vergessen haben wie die Juden den Genozid von Auschwitz. Den Einfall von Hitlers Truppen, jawohl! Die Phantasie des Generals, die Piotr und Iwan Gerechtigkeit widerfahren läßt, gibt auch dem Heinz und dem Klaus, und wie immer die Wehrmachtsoldaten geheißen haben mögen, ihre Ehre: Aus vermeintlichen Helden werden arme

Menschenkinder, ehrenwerte junge Leute, die „von einer verbrecherischen Führung verraten und verkauft worden sind“.

Ein General als Andersdenker: Einer, der Seeleninspektion auf verbotenem Terrain treibt; einer, der die clichés von Ehre, Opfermut und Ruhm entlarvt, indem er zeigt, in wie dramatischer Weise diese Begriffe mißbraucht werden können; einer, für den, als wahren Patrioten, die deutsche Geschichte keine Domäne der Rechten ist, sondern der es wagt (es gehört, so kurios das ist, offenbar Mut dazu in diesem Land) Karl Liebknecht und Rosa Luxemburg seit an Seit mit Stauffenberg und Leuschner zu nennen. Ein einseitiger Mensch? Ein geborener outcast mit seinem Insistieren auf dem anderen, seiner Phantasie und seiner zivilen, will heißen von aufrechtem Bürgersinn bestimmten Verteidigung des Grundsatzes audiat et altera pars? (Auch die andere Seite muß gehört werden.)

Aber ganz im Gegenteil! Ein Mann vielmehr, der, lebten wir wirklich in einem Gemeinwesen der Freien und Gleichen, den Normaltyp eines Soldaten ausmachen würde: nachdenklich, unfanatisch, couragiert, intelligent. Und so ein Mann wird nun gedemütigt, während die Rechtsten der Rechten, Troupiers vom Schlag eines Krupinski, in Ehren verabschiedet werden! So einer gilt als suspekt, während Otto von Habsburg und seinesgleichen zum Ritt gen Ostland einladen! So einer wird an den Pranger gestellt, während andere, die in Hindenburg-Kasernen oder wie immer die Bollwerke heißen, die sich nach Helden benennen, die stellvertretend für das elendeste Stück deutscher Geschich-

te stehen... während andere beim Großen Zapfenstreich gotteslästerliche Rituale abrollen lassen. Und dabei hat er doch nur gesagt, Gert Bastian, was andere, George F. Kennan voran, sehr viel entschiedener artikulierten: daß eine martialische Provokation, die nicht mit Irrationalitäten rechnet: der Angst zum Beispiel oder der schreckenerweckenden Erinnerung, die Gefahr eines Krieges vergrößert.

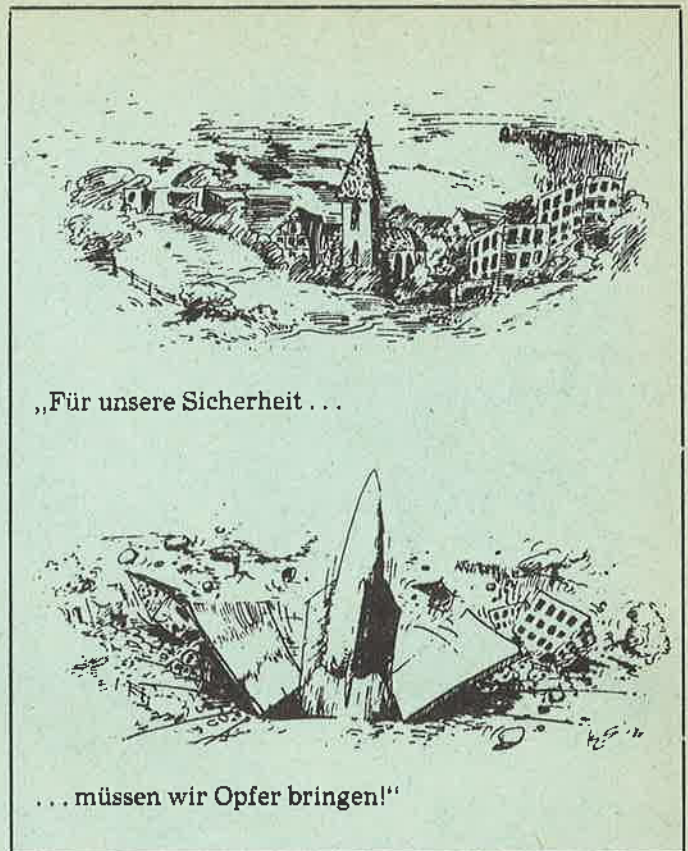
Als ob ein General die Rüstung um jeden Preis verteidigen müsse, als ob er — politischer als die Politiker denkend! — nicht verpflichtet wäre, die Gefahren der Nachrüstung — Gefahren für die Menschheit und in allererster Linie für sein eigenes Land — so inständig wie möglich zu beschreiben! Wer die folgende Dokumentation aufmerksam liest, wird sehr schnell bemerken, wer hier politisch argumentiert, auf Partnerschaft und Dialog bedacht, und wer militärischem Zwangsgedanken verhaftet bleibt — selbstgewiß und monologisch, Apell kontra Bastian: Primat der Un-Politik! Bastian in Joop den Uyls Spuren, umsichtig rasonierend und derart Gegner auf den Plan rufend, die den Patrioten in Ermangelung von Argumenten als Kommunisten abzustempeln trachten; Apell hingegen, unbekümmert ums amerikanische „Wir-pfeifen-auf-Entspannung“ zu jener Nachrüstung auffordernd, die längst von keinem Doppelbeschluß mehr gestützt wird.

Ein seltsames, ein ungewohntes Schauspiel: Der General als Kassandra, der Politiker als blinder Trojaner, der, phantasielos und mit bescheidenerem historischen Blick als sein Untergebener, die Brisanz der Wagenladung nicht abzuschätzen versteht, die da in

die Mauern der Stadt gezogen wird... und dieses Mal, hier endet der Vergleich, von dem eigenen Verbündeten, dem mächtigsten dazu: Das auf deutschem Boden gelagerte Atomwaffenarsenal als ein trojanisches Pferd sui generis, todbringend und dienlich, das Land in eine Wüstenei zu verwandeln: Muß wirklich erst ein phantasiebegabter, zum Ausdenken auch des anderen befähigter General kommen, um eine Vision wie diese mit dem gebotenen Ernst in nüchterner Denkschrift, Punkt für Punkt, zu skizzieren?

„Ich beschränke mich auf die Feststellung“ — so Gert Bastian an seinen Minister am 18. Januar 1980 — „daß es sich nach meiner Vorstellung von angemessenen Verteidigungsanstrengungen, die weder durch Schwäche noch durch Provokation den Frieden gefährden, für die Bundesrepublik Deutschland verbieten muß, auf deutschem Boden ein die UdSSR bedrohendes Nuklearpotential zu schaffen. Ich wende mich daher entschieden gegen die Nachrüstung, deren Realisierung die betroffenen Völker mit nicht akzeptablen Risiken belastet...“ Sätze eines deutschen Soldaten, die in einem jener Lesebücher stehen sollten, wie sie Gustav Heinemann gefordert hat — Lesebücher, in denen nicht die Sieger, sondern — ehrenhafter als sie — die Besiegten Geschichte schreiben. Besiegte wie Gert Bastian — ein Soldat, dessen Niederlage von uns, denen am Überleben liegt, nicht akzeptiert werden sollte.

Die Dokumentation „Generalmobilmachung gegen Gert Bastian“ ist zum Preis von 4,20 DM bei Josef Weber, Amsterdamer Straße 64, 5000 Köln 60, oder bei Verlag Pressedienst Demokratische Initiative, Münzstraße 3, 8000 München 2, zu beziehen.



Werbung & Wahrheit

Vor Novalgin wird gewarnt

oder: „Kein Grund zur Beunruhigung“

Von Harald Kamps

Dezember 1980

Bei rororo erscheint ein Taschenbuch, „Aus dem Innern der Pharmaindustrie: Mögliche Nebenwirkung Tod“. Ein Pharmavertreter bricht das Schweigen und berichtet über den Tod von Menschen, die nach der Injektion eines „harmlosen“ Schmerzmittels (Prigenta® mit dem Hauptwirkstoff Metamizol[®]) sterben. Die Autoren dokumentieren, wie die Herstellerfirma das Ganze vertuschen und als schicksalhaft darstellen will (siehe auch Buchkritik).

Januar 1981

Das „arznei-telegramm“ veröffentlicht einen Bericht über Metamizol und weist nach, daß Erhebungen in vielen Ländern dafür sprechen, daß dieses Mittel unverhältnismäßig häufig zu schweren Blutbildungsstörungen führt, die in 20–40% der Fälle tödlich ausgehen. Das Informationsblatt fordert vom größten Metamizolhersteller (Hoechst – mit dem Präparat Novalgin) klarere Warnhinweise und sieht auch ein völliges Verbot als gerechtfertigt an.

Februar 1981

Die Hoechst Aktiengesellschaft sieht sich schon auf Halden ihres Stoffes, von dem 1974 in der BRD 180 Tonnen konsumiert wurden und an dem sie alljährlich 300 Millionen Mark verdient, sitzen. Die „sehr verehrte Frau Doktor“ und der „sehr geehrte Herr Doktor“ erhalten einen beschwichtigenden Brief mit der roten Hand (Achtung: nicht gleich wegwerfen!): Es besteht „für Sie kein Anlaß, auf die seit Jahrzehnten bewährte Therapie mit NOVALGIN zu verzichten und für Ihre Patienten kein Grund, sich verunsichert zu fühlen“.

Hauptsächlich wird ins Feld geführt, daß die Angaben über die Häufigkeit der tödlichen Nebenwirkung völlig unsicher seien. Es gebe „keine Ergebnisse aus kontrollierten Studien“. Wie sollten die auch aussehen? Vielleicht so: *Lieber Patient, Sie sind Teil einer Studie, in der wir prüfen wollen, wie häufig eine tödliche Nebenwirkung auftritt.* Selbstverständlich sind die Zahlen unsicher, weil das Meldesystem für unerwünschte Wirkungen unzuverlässig ist.

- 1976 hatte die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2703 Ärzte in ihrer Kartei, die schon mal einen Meldebericht geschrieben hatten. Weniger als 3% der damals tätigen Ärzte hatten also bereits eine Nebenwirkung entdeckt und diese dann auch gemeldet.
- Die meisten Meldungen gehen nicht an die zuständige Kommission oder das Bundesgesundheitsamt, sondern direkt an den Hersteller. Dort landen sie in Tresoren und Aktenschränken. Das oben erwähnte Buch gibt davon ein beredtes Zeugnis.
- Im Jahr 1980 wurden dem Bundesgesundheitsamt ca. 2500 Meldungen über unerwünschte Wirkungen zugeleitet. Im gleichen Zeitraum wurden in England 6000–7000 Meldungen erfaßt.



In Ländern mit einem funktionierenden Meldesystem ist Metamizol längst aus dem Handel (siehe Kasten). In Norwegen wurde das einzige metamizolhaltige Präparat 1980 von der Sandoz AG freiwillig aus dem Handel gezogen. DG fragte mit Schreiben vom 5.3. 1981 nach den Gründen: Schweigen im Walde. (Man wird doch nicht mit Steinen werfen, wenn man im Glashaus sitzt.)



Der medizinische Nutzen mag einmal dahingestellt sein (obwohl: ohne geht's offensichtlich auch), das Risiko ist für ein auch bei leichteren Befindungsstörungen und zudem rezeptfreies Mittel zu groß. Es ist nicht einzusehen, wieso in der BRD nicht recht sein soll, was anderen Ländern billig ist: Das Verbot von Metamizol ist überfällig. Beim Bundesgesundheitsamt wird im Juni die ursprünglich für März angesagte Sondersitzung zu Metamizol stattfinden. Wir sind gespannt.

Um unser desolates Meldesystem wieder flottzumachen, bedarf es mehr als einer Sondersitzung. Die „spontane Erfassung“ unerwünschter Arzneimittelwirkungen kann nur dann Aussagekraft erlangen, wenn Ärzte, Apotheker und Konsumenten qualifiziert sind, solche zu erkennen. Voraussetzung ist sachliche Information. Pharmawerbung ist dazu ein untaugliches Mittel. Angaben über mögliche Nebenwirkungen muß man dort mit der Lupe suchen, wenn sie nicht gänzlich verschwiegen werden. Bei von der Pharmaindustrie veranstalteten Fortbildungen sind unerwünschte Wirkungen kein Thema. Die personelle und finanzielle Stärkung des Bundesgesundheitsamtes als unabhängige zentrale Informations- und Meldebehörde ist dringend geboten.

Metamizolhaltige Arzneimittel in

Australien: keins

der BRD: Novalgin, Ben-u-ron C, Dolormin, Avafortan, Bort, Buscopan comp., Butylscopolamin comp., Sistolgin comp., Neosal-N, Spasmex comp., Doppelspalt, Novogent, Dolorgiet, Baralgin comp., Dolo-Buscopan, Brausende Spalt, Inalgon, Spasmatol, Pasolind, European, Glutisal, Dolo-Adamson, Spasmalpher, Algo-Spasmex u. a.

Dänemark: keins

Großbritannien: keins

Kanada: keins

Norwegen: keins

Schweden: keins

USA: keins

Bereits 1963 empfahl die Weltgesundheitsorganisation ihren Mitgliedstaaten die „systematische Erfassung“ von Informationen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Bei einem solchen System werden Wirkungen und Nebenwirkungen aller bei einem Patienten therapeutisch angewandten Arzneimittel systematisch dokumentiert. Dies geschieht in ausgewählten Kliniken, Ambulanzen oder bei niedergelassenen Ärzten. Die Verwirklichung eines solchen Systems, das bei uns noch in den Kinderschuhen steckt, ist angesichts von Kostendämpfung, Rationalisierung im Krankenhaus, 3-Minuten-Medizin in der Praxis mehr als fraglich. Die Rechnung bezahlt der Patient: mit der möglichen Nebenwirkung Tod.

*) Dieser Stoff hat noch andere „Tarnkappen“: Metamizol = Dipyrone – Noramidopyrin – Novaminsulfon – Pyrazolonabkömmling.

Von der Arbeitsmedizin vergrault

Ein Monat Famulatur im werksärztlichen Dienst bei Rheinbraun

„Famulatur“, so schreibt die Approbationsordnung für Ärzte, „hat den Zweck, den Studierenden mit dem ärztlichen Wirken in öffentlichen Stellen, in Einrichtungen des Arbeitslebens, in freier Praxis und im Krankenhaus vertraut zu machen.“

Nicht, daß ich riesige Erwartungen gehabt hätte, als ich einen Monat Famulatur im werksärztlichen Zentrum der Rheinbraun AG in Weiden antrat, aber ich dachte doch, hier einiges über Arbeitsmedizin allgemein und speziell in diesem Betrieb zu erfahren und auch mal mitzubekommen, was für Probleme es gibt, welchen Spielraum man so hat.

Das werksärztliche Zentrum der Rheinbraun AG besteht zur Diagnostik aus den Abteilungen EKG, Ergometrie, Lungenfunktion, Videometrie, Audiometrie, Röntgen, Labor, wo die Beschäftigten der einzelnen Werke je nach Anforderungen von seiten der Ärzte durchgeschleust werden. In den einzelnen Werken bestehen Sanitätsstationen mit physikalischer Therapie und zweimal pro Woche betriebsärztliche Sprechstunde, in der auch die apparative Diagnostik mit den Beschäftigten besprochen wird.

Famulanten erhalten bei Rheinbraun einen Zeitplan, der lediglich beinhaltet, daß man je 3–4 Tage der EKG-Abteilung, der Audiometrie, der Videometrie und zwei Wochen einem Arzt zugeteilt ist. In diesen letzten zwei Wochen fährt man mit hinaus in die Werke, Sprechstunden mitmachen und an Betriebsbegehungen teilnehmen.

Sobald der Famulant diesen Plan in Händen hat, ist er auf sich allein gestellt. Kein Arzt scheint sich zuständig zu fühlen, Informationen sind spärlich.

Was ich wissen wollte, mußte ich mir selbst zusammensuchen. Fest ist nur die Zuteilung zu den Abteilungen. Kurz angeleitet von MTA, Arzthelferinnen oder betriebsärztlichen Assistenten, wurde ich voll eingesetzt. Dann saß ich den Vormittag hinter einem Gerät und weiß von keinem zu Untersuchenden mehr als dieses Teilergebnis. Diese feste Zuteilung zu Abteilungen verhindert ein halbwegs vollständiges Bild. Ab ca. 11 Uhr, wenn alle zu Untersuchenden wieder aus dem Zentrum hinaus in den Werken sind, mußte ich mich bis Dienstschaft irgendwie beschäftigen. Den Beschäftigten im Zentrum bleibt genügend zu tun, Routinearbeit, Schreibarbeit, Archivarbeit.

Ziemlich uninformativ suchte ich in der Bibliothek etwas über Arbeitsmedizin. Oder

ich brachte mir selber Bücher mit. Nachmittags gab es noch die Möglichkeit, sich zu Röntgenbilder- bzw. EKG-Befunden hinzusetzen – vielleicht für eine halbe bis eine Stunde. Danach wieder Selbstbeschäftigung bis Dienstschaft, denn: bleiben muß man, weil ja schließlich die Famulatur bezahlt wird.

Diskussionen über Probleme der Arbeitsmedizin allgemein wie speziell bei Rheinbraun, Probleme, die sich daraus ergeben, daß der Arzt im Betrieb eine Stellung als „leitender“ Angestellter hat, oder gar die Diskussion mit Vertretern der abhängig Beschäftigten, also den Betriebsräten, über ihre Einschätzungen und Bedürfnisse gegenüber der Arbeitsmedizin, werden nicht geführt, sind auch nicht vorgesehen. Brachte ich selbst das Gespräch in diese Richtung, ist alles ganz toll und es wird aufgezählt, was die Firma alles für die Beschäftigten tut.

Die Frage nach der Kosten-Nutzen-Rechnung scheint sich nicht zu stellen. Fragen, die kritisch in ihrer Beantwortung werden, gleiten ab.

Zwei Wochen war ich im werksärztlichen Zentrum auf mich allein gestellt und es entstand der Eindruck, Rheinbraun glaube, durch eine Größtplanung und Finanzierung entstehe eine hervorragende Famulatur. Nach den ersten zwei Wochen erschienen die letzten zwei Wochen erst einmal als Lichtblick. Zwei Wochen mit einem Arzt hinaus in die Werke fahren, Sprechstunden und Betriebsbegehungen mitmachen.

Leider änderte sich nicht viel. Ich hatte jetzt mehr Gelegenheit, Fragen, die mich interessierten, anzureißen. Aber ich kannte die Firma zuwenig. Die Sprechstunde machte ohnehin der Arzt allein, hier saß ich nur dabei. Die Betriebsbegehungen sind für die Famulanten eher ein Ausflug. Man sieht viel und versteht doch so wenig.

Welche Beweggründe mag aber eine Firma wie die Rheinbraun AG haben, überhaupt Famulaturstellen einzurichten und auch noch dafür zu bezahlen? Imagepflege? Werbung?

Ganz egal, was damit bezweckt wird, eines ist sicher, so wie es dort läuft, wird jeder von der Arbeitsmedizin vergrault. Vielleicht ist es doch Imagepflege, und Rheinbraun ködert Famulanten mit der Bezahlung. Ist dieser Weg dann einfacher, als sich Möglichkeiten einer sinnvollen Famulatur zu überlegen? ■

Name ist der Red. bekannt

Klinikchef nervenkrank – Rheinische Psychiatrie gesund?

Anmerkungen zum Stockhausen-Prozeß

Von Helmut Copack

Als am 10. 2. 1981 im übervollen Kölner Landgericht der Stockhausen-Prozeß begann, hätten sich die Leute der Sozialistischen Selbsthilfe Köln (SSK) bequem in ihre Sessel setzen und genüßlich Selbstgedrehte rauchen können. Endlich war es ihnen gelungen, einen leibhaftigen Klinikdirektor vor Gericht zu bringen. Dr. med. Fritz Stockhausen (53), Chef des Landeskrankenhauses Brauweiler, angeklagt ausschließlich auf Grund ihrer nicht nachlassenden Bemühungen wegen Totschlags, gefährlicher Körperverletzung und wegen Gefangenenerbefreiung im Amt. Und diesmal konnte der Landschaftsverband Rheinland als Träger der Klinik nichts mehr vertuschen. Die Verbandsspitzen aus dem vornehmen Landeshaus am Rheinufer mußten fassungslos mitansehen, wie der von ihnen jahrelang gedeckte Klinikchef im Verlauf des Prozesses in immer größere Schwierigkeiten geriet und sich unter anderem durch Hinweis auf seine eigene schwere psychische Krankheit aus der Affäre zu ziehen versuchte. In einem aufwendigen Gutachterverfahren wurde Stockhausen vom Heidelberger Psychiatrie-Professor Wolfram Schmitt erwartungsgemäß bestätigt, daß er seit seiner Jugend an einem schweren Gemütsleiden litt: manisch depressive Psychose.

Sehr peinlich für die aufsichtsführende Gesundheitsabteilung des mächtigen Landschaftsverbandes, deren damaliger Leiter kein geringerer war als der Vorsitzende der Psychiatrie-Enquete, Prof. Dr. med. Caspar Kulenkampff. Zur Sache befragt, mochte sich Kulenkampff denn auch nicht äußern. Gegen ihn läuft bereits im Zusammenhang mit der Brauweiler-Affäre ein Ermittlungsverfahren. Es scheint so, als ob die demokratischen Kontrollmechanismen, deren sich der Landschaftsverband so gern rühmt, schmachvoll versagt haben. Beim SSK vermutet man wohl nicht zu Unrecht politische Schiebereien, Filzokratie. Daß dem als Entlastungszeugen geladenen ehemaligen Direktor des Landschaftsverbandes, Udo Klaus, vor Gericht seine faschistische Vergangenheit vorgehalten werden konnte, verbesserte die Lage auch nicht gerade.

Nun hatte die Presse mal wieder ihren Skandalprozeß und schrieb sich die Finger

wund. „Neues aus dem total verrückten Irrenhaus! Sex und Suff! Chefarzt nervenkrank!“ usw. Allein aus der noch nicht einmal vollständigen Ausschnittmappe der Pressestelle beim Landgericht Köln, die ich am 16. April, also noch einen halben Monat vor dem geplanten Prozeßende, in den Händen hielt, ließe sich mühelos ein pralles Taschenbuch drucken. Aber was schrieben die meisten Gerichtsreporter? Schrieben sie von den Ursachen für die verschleppten Reformen in der Psychiatrie, von den theoretisch möglichen und den unzulänglichen existierenden Behandlungseinrichtungen, machten sie sich Gedanken über die möglichen Gründe für die tiefverwurzelten Vorurteile großer Bevölkerungsschichten gegenüber den „Abweichlern“? Eine Reihe informierter Prozeßbeobachter war mit der Berichterstattung entsprechend unzufrieden. Dennoch konnte eine dem SSK nahestehende Beobachterin mir gegenüber ihre Genugtuung nicht verbergen, die ihr die Enthüllungen über den „reaktionären“ Stockhausen bereiteten. Da lief er einmal mit einer Pistole auf dem Klinikgelände herum, auf der Jagd nach Baader-Meinhof; da ließ er einmal, ohne die Polizei zu verständigen, alle Klinikinsassen, einschließlich der bettlägerigen Patienten, wegen einer dubiosen Bombendrohung draußen antreten usw. Ich kannte die Gags aus den Zeitungen. – Nein, ein liberaler Psychiater, wie er sich selbst sah und wie er von einzelnen Journalisten bezeichnet wurde – möglicherweise ein verheimerter Basaglia in einem deutschen Götz –, das war er nie gewesen. Stockhausen, so hört man überall, sei zwar im privaten Umgang nicht unsympathisch, sogar ausgesprochen jovial, aber fachlich stockkonservativ.

Weshalb ist er eigentlich angeklagt? Weil er sich nicht ausreichend um die Sicherheit der Patienten in den geschlossenen Abteilungen kümmerte. Patienten konnten durch Fenster entweichen und sich an lebensgefährlichen Kletterseilen aus zusammengeknöteten Bettüchern von den oberen Stockwerken der Hauswand (Klinikjargon: Eigernordwand) herunterlassen. Dieses bewußte Inkaufnehmen der Durchlöcherung des Systems der geschlossenen Abteilungen – obwohl zig Menschen dabei abstürzten und zwei so-

gar tödlich! –, wird man wohl im Ernst nicht als Ausdruck liberaler Behandlungsmethoden bewerten dürfen. Dann hätte er schon zumindest die Türen öffnen müssen. Doch dazu fehlte es an allem: Es hätten Diskussionen zwischen den Beteiligten stattfinden müssen, und das setzte eine wie auch immer organisierte *gemeinschaftliche* Arbeit der Ärzte, Pfleger und Patienten voraus. Da lief aber nichts. Vielleicht im Kopf des träumenden Direktors? Isoliert werkten die Ärzte vor sich hin. Stockhausen glänzte durch Abwesenheit. Die Pfleger? Sich selbst überlassen. Zum Teil nur unzureichend ausgebildet, konnten sie sich kaum anders verhalten, als sie es gewohnt waren und gelernt hatten. Brutale Behandlung aufsässiger Patienten im „Bärenkäfig“. Eigenmächtige Strafmaßnahmen. Zwei Pfleger sind 1980 wegen Totschlags und Beihilfe zu drei Jahren bzw. sechs Monaten mit Bewährung verurteilt worden. Für den Großteil der Patienten (Ausnahmen: Privatpatienten und Erstaufnahmen) gab es nicht einmal ein Minimum an Behandlung, sondern nur Verwahrung und Bestrafung.

Das wurde auch nicht besser, als Stockhausen 1974 einen Stellvertreter bekam, den von Düren nach Brauweiler abgeschobenen Dr. Thewalt (59). Bei Gericht wegen seiner extrem milden Gutachten als „Papa Thewalt“ bekannt, in Brauweiler der „Sonnengott“. Ihm wirft die Staatsanwaltschaft übrigens die Schuld am Tod der jungen Marion Masuhr vor. Er soll ihr unverantwortlich hohe Dosen Psychopharmaka verabreicht haben! Und seit der Zeit mit Thewalt soll sich die psychische Krankheit Stockhausens nur noch verschlimmert haben, so daß er praktisch als handlungsfähiger Therapeut vollends ausfiel. Nun plädieren seine Anwälte auf § 20 und § 21. Sollen sie. Aber kann das der Grund für die vorsintflutliche Verwahrungspsychiatrie des Landschaftsverbandes sein?

Aber wie sagte die Anklagevertreterin, Oberstaatsanwältin Maria Moesch, irgendwann zu Beginn des Prozesses in einem Rundfunkinterview: „... das ist ausschließlich ein Fall Stockhausen. Herr Stockhausen muß sich verantworten, ob er was falsch gemacht hat oder nicht. Es geht nicht darum, hier die rheinische Psychiatrie in irgendeiner Form auf die Anklagebank zu bringen.“ Ob sich das immer so präzise trennen läßt? Die Leute vom SSK wollen so weitermachen. Auf Grund ihrer Nachforschungen läuft bereits ab Mai am Düsseldorf Landgericht ein Prozeß mit 196 Klagepunkten. Betroffen: LKH Düren. Voraussichtlich Ende dieses Jahres beginnt ein Prozeß am Landgericht Bonn. Betroffen: LKH Bonn. Im kommenden Jahr wird mit der Eröffnung eines Prozesses in Mönchengladbach zu rechnen sein. Betroffen: LKH Süchteln. Sämtliche psychiatrischen Einrichtungen gehören zum Landschaftsverband Rheinland. ■

Jetzt reden schon alle vom Öl, und nun soll man sich auch noch um das Wasser Gedanken machen? Manchem mag das zu weit gehen. Sicher, der Rhein ist verschmutzt, gelegentlich ein Fischsterben, ja, aber bei dem vielen Regen hier soll das Wasser knapp werden? Trinkwassersorgen? Ist Katastrophenstimmung angezeigt? Wird da nicht zu toll auf die Pauke gehauen?

Eines ist sicher: Die Lage ist nicht so rosig, daß einem das Wasser im Munde zusammenlaufen könnte. Wasser, seit jeher als „freies Gut“ behandelt, das billigst und in jeder beliebigen Menge besorgt werden könnte, hat sich zur Ressource gemausert, zu einer Ressource wie Kohle, Erdöl, Erz oder Holz – und wird knapp. Und sicherlich auch stetig teurer. Es fällt schwer, Wasser als kostbaren Rohstoff zu sehen; wir verbinden mit Wasser keine wesentlichen Kosten, es ist uns eine Selbstverständlichkeit, zumindest vordergründig sauber und genießbar, wir verschwenden es täglich als Toilettenspülung und zum Autowaschen. Wir wohnen nicht in Afrika, kennen keine Seuchenepidemien, glauben, der Regen sei sauber, das Grundwasserreservoir unerschöpflich. Die Wirklichkeit sieht anders aus.

Es sind nicht nur Pessimisten, die der Auffassung sind, daß der Tag immer näher rücke, an dem das Wohlergehen der Menschheit einfach deshalb nicht mehr gewährleistet sein könnte, weil es zu wenig Wasser genügender Qualität gibt.

Viel Salzwasser – wenig Süßwasser

Auf der Erde gibt es ca. 1,4 Milliarden Kubikmeter Wasser. Davon sind jedoch nur 2,8% Süßwasser in Form von Grundwasser, Seen, Flüssen usw. Ein großer Teil sitzt als Eis an den Polen fest als riesiges, noch nicht zu nutzendes Wasserreservoir. Als verwertbares Süßwasser verbleiben ca. 4,2 Mio. qkm, das sind 0,3% des gesamten Wassers auf der Erde. Und um diese 0,3% geht es, wobei der zunehmende Eingriff des Menschen in die ökologischen Kreisläufe den Anteil des verwertbaren Süßwassers ständig verringert.

Wasserverteilung auf der Erde:

- Meeresinhalt 1,4 Mrd qkm (97%)
- davon verdunsten 450 000 qkm
- ständig in den Wolken 13 000 qkm
- Niederschlag 102 000 qkm
- gebunden in Gletschern und Polareis 27 800 000 qkm (2%)
- in Seen und Flüssen 222 000 qkm (0,02%)
- als Grundwasser 8 000 000 qkm (0,58%)
- davon unerreichbar in mehr als 1000 m Tiefe 4 Mio qkm (0,28%)
- verbleiben als verwertbares Süßwasser theoretisch 4,2 Mio qkm (0,3%)

Quelle: Wirtschaftswoche 33/79

Und in diesen 0,3% ist auch unser Trinkwasser enthalten, das ebenfalls zunehmend verschmutzt und dessen Gewinnung immer schwieriger und kostenaufwendiger wird.



Teil 3

Von Uwe Schmitz

Das Wasser ist das Beste (!?) – und wird knapp

Das Problem der Gewässerverschmutzung ist kein modernes Thema

Durch den Bau der Cloaca maxima gelang es bereits zu Zeiten des etruskischen Königs Maximus Superbus, den Tiber bei Rom derart zu verunreinigen, daß er zum Schwimmen nicht mehr zu benutzen war. Man war damals jedoch schlau genug, dieses Wasser nicht mehr zu trinken und führte sauberes Trinkwasser über Aquadukte nach Rom. Aus dem 18. Jahrhundert wird berichtet, daß die Themse bei London derart verschmutzt war, daß die Sitzungen des Parlamentes wegen des unerträglichen Gestanks, der von dem Fluß heraufzog, unterbrochen werden mußten. 1832 starben 2% der Pariser Bevölkerung an der Cholera – die Seine war durch Abwasserreinigung zu einer schwarzen und stinkenden Brühe geworden. Im Krieg Preußens gegen Österreich starben durch verseuchtes Trinkwasser mehr Soldaten an Cholera als durch Verletzungen – Anlaß zu dem beschleunigten Waffenstillstand von

Nikolsburg. 1889 Typhusepidemie in Gelsenkirchen, 1900 in Riga, 1926 in Hannover: verunreinigtes Flußwasser hatte die ufernahen Trinkwasserentnahmestellen überschwemmt. In Hamburg wurden 1945, 1953 und 1969 Typhus-Paratyphus-B-Salmonella-Epidemien dadurch ausgelöst, daß das in der Feuerlöschleitung des Hamburger Hafens verteilte Elbwasser durch technische Pannen in das Trinkwasserversorgungsnetz gelangen konnte. Die Aufzählung könnte beliebig fortgesetzt werden.

In unseren Breiten haben die Seuchen im Zeitalter von Technik und Zivilisation ihr Primat verloren; im Gegensatz zu den Seuchenausbrüchen der vergangenen Jahrhunderte handelt es sich heutzutage meist um „Unglücksfälle“ – meistens aus Nachlässigkeit oder Sorglosigkeit entstanden. Ganz anders in den sogenannten Entwicklungsländern; dort ist die Trinkwasserqualität nach wie vor eine Frage auf Leben und Tod.

Entwicklungsländer: Wasserqualität – eine Frage auf Leben, Krankheit und Tod

Eine Übersicht der Weltgesundheitsorganisation zeigt, daß 77% oder 1,6 Milliarden Menschen in 88 der armen Länder ohne ausreichende Wasserversorgung sind. Sie sind auf Wasser angewiesen, das mit menschlichen und tierischen Ausscheidungen in Berührung kommt und aus künstlichen Bewässerungssystemen und Stauvorrichtungen stammt. Ein Teufelskreis: Die mit Wasser in Verbindung stehenden Krankheiten sind eine unglückselige Folge der für die Landwirtschaft, Energiegewinnung und Ernährung dringend benötigten Bewässerungssysteme. Die Anlage von Teichen, Wasserreservoirs, Be- und Entwässerungskanälen im Zuge der Erschließung der Wasserressourcen sowie Unzulänglichkeiten der Abwasserbeseitigung in den Städten der Dritten Welt begünstigen den Fortbestand und die Verbreitung einer Reihe von Krankheiten. So haben in den letzten Jahren neue Bewässerungsanlagen in Mittel- und Nordafrika als auch im Vorderen Orient ideale Bedingungen für die Verbreitung einer Schneckenart geschaffen, die die Bilharziose überträgt, eine Krankheit, die Darm- und Harntrakt angreift. 250 Mill. Menschen sind von ihr befallen, das sind ca. 7% der Weltbevölkerung. In manchen Regionen sind bis zu 80% der Bewohner befallen. Nach dem Bau des Assuan-Staudammes sind in Ägypten die Bilharzioseerkrankungen um das 5fache gestiegen. Weitere 250 Mio. Menschen sind an Filariasis (Elefantiasis), 40 Mio. an Flußblindheit, 160 Mio. an Malaria erkrankt. 1,5 Mrd. Menschen in der Dritten Welt sind Krankheiten wie Cholera, Typhus, Amöbeninfektionen und Ruhr ausgesetzt. Diese Krankheiten sind auch die Hauptursache für eine Kindersterblichkeit von ca. 35 000 pro Tag, die durch Diarrhoe bedingt ist.

Doch mit diesen astronomischen Zahlen kranker Menschen ist das Wasserproblem der Entwicklungsländer nicht beendet: Die Landwirtschaft gehört – auch ohne die künstliche Bewässerung – zu den größten Wasserverbrauchern in den Entwicklungsländern. Obwohl künstlich bewässertes Land nur 13% der anbaufähigen Fläche der Erde ausmacht, benötigt die künstliche Bewässerung den größten Anteil am gesamten Wasserverbrauch der Menschheit: Über 220 Mio. Hektar Land werden künstlich bewässert.

In Asien waren dies 66% der Anbauflächen, im Nahen Osten 19%, in Lateinamerika 13%, in Afrika 3% (1975). Ein Großteil des Wassers erreicht jedoch nicht die angebauten Pflanzen: 30–50% geht durch Versickerung, Abfluß und Verdunstung verloren. Das Geld für effizientere Anlagen zur Bewässerung fehlt. Die erforderlichen Investitionen müssen durch höhere Erträge wieder eingebracht werden, oft kommt es jedoch durch die Bewässerung

und durch unzureichende Drainageanlagen zu einer Versalzung der Böden, was einen deutlichen Rückgang der Erträge mit sich bringt. So schätzt man heute, daß bereits die Hälfte der gesamten künstlich bewässerten Fläche durch Versalzung, Alkalisierung und Versumpfung in Mitleidenschaft gezogen ist. In Pakistan werden 15 Mio. Hektar künstlich bewässert; 11 Mio. davon sind versalzt oder verschumpft, die Erträge gehen drastisch zurück. Ebenso in Syrien, wo über die Hälfte des Euphrattals betroffen ist oder Ägypten mit 30% der gesamten Anbaufläche. Unterhalb von großen Bewässerungsprojekten ist das Flußwasser für den weiteren Gebrauch oft zu salzhaltig, soweit man nicht wiederum große Summen von Geld in Entsalzanlagen investiert.

Hinzu kommt eine starke Wasserverschmutzung durch die noch rapide zunehmende Anwendung von Pestiziden. Während die Industrienationen von langlebigen Pestiziden wie DDT Abstand nehmen, werden sie in den unterentwickelten Ländern weiterhin eingesetzt, da sie billiger sind als kurzlebige Chemikalien. In einigen Gebieten Asiens weigern sich die Bauern schon heute, Fische in Teiche und Reisfelder auszusetzen, da diese durch den hohen Pestizidanteil im Wasser getötet werden.

Organochlorinsektizide wie DDT vernichten schon in mittleren Konzentrationen den Fischbestand. In Asien können jedoch in Teichen die Fischerträge (Protein!) ebenso hoch sein wie der Ertrag an Reis (Kohlehydrate). Durch einen übermäßigen Einsatz von Schädlingsbekämpfungsmitteln können folglich große Ressourcen an tierischem Protein zur Ernährung der stetig wachsenden Bevölkerung verlorengehen.

Die Verseuchung mit Pestiziden geht in den Ländern der Dritten Welt dreizehnmal rascher vor sich als beispielsweise in den USA. Der Weltgesundheitsorganisation zufolge wird in jeder Minute ein Mensch in den unterentwickelten Ländern durch Pestizide verseucht. So werden auf den Philippinen Bananenplantagen mit Schädlingsbekämpfungsmitteln vom Flugzeug aus besprüht – ohne Rücksicht auf Plantagenarbeiter und Wasserschutzgebiete. Zur Ernährung hungernder Menschen? Mitnichten, denn über die Hälfte der in den Ländern der Dritten Welt benutzten Pestizide sollen landwirtschaftliche Produkte schützen, die für den Export in die westlichen Industrienationen bestimmt sind.

Eine besonders unrühmliche Rolle spielen hier die USA. Eine US-amerikanische Forschergruppe warf der US-Regierung unlängst vor, sie gefährde die Dritte Welt durch den Pestizidexport, der „eine erdumspannende Spur von Krankheit und Tod hinterlasse“.

Es war eine der ersten Amtshandlungen von Reagan, eine der letzten von Carter zu widerrufen: Nämlich die Begrenzung des Pestizidexports.

Weitere Sorgen werden auf die Länder der Dritten Welt zukommen, die aus der zunehmenden Verstädterung und Industrialisierung entspringen. Diese Wasserverschmutzungsorgen werden denen der Industrienationen ähnlich sein, jedoch werden sie weniger Geld zur Verfügung haben, um in ausreichendem Umfang Kläranlagen und Wasseraufbereitungsanlagen bauen zu können. Schon heute sind die Gewässer unterhalb großer Städte erheblich verschmutzt und belastet, voll von Klärschlamm, Abfällen der Papierindustrie, von Gerbereien, Schlachthöfen, Ölraffinerien und der chemischen Industrien. In der Folge gehen wiederum wichtige Nahrungsmittelressourcen verloren: Die Fischfangquoten in den Binnengewässern sind rückläufig, in manchen Fällen um das 10fache; zusätzlich werden die Küstenregionen mit ihren Fischfanggründen in Mitleidenschaft gezogen.

Wasserkraftwerke – nicht unproblematisch

In den sog. unterentwickelten Ländern befindet sich das größte unerschlossene Wasserkraftpotential auf der Erde, das in Zukunft in zunehmendem Maße nutzbar gemacht werden wird. Erstens wird das Wasser dringend für Bewässerungsprojekte gebraucht, zweitens sollen hierdurch die großen Überschwemmungen verhindert werden, die seither als schicksalhaft hingenommen wurden (Mekong, Gelber Fluß), drittens kann die für die ökonomische Entwicklung dringend benötigte Elektrizität gewonnen werden.

Aber schon die Errichtung der Staudammprojekte kann tiefgreifende Änderungen der Umwelt hervorrufen:

1. Ackerland, Siedlungen, Straßen, Eisenbahnlinien und Wälder werden überflutet
2. Historische Stätten und mineralische Lager können verlorengehen
3. Durch die künstlichen Seen bilden sich Brutstätten für die Erreger von Krankheiten wie Malaria und Bilharziose
4. Die Wanderwege flußaufwärts laichen der Fischarten werden unterbrochen
5. Die Wasserqualität der stehenden Gewässer verschlechtert sich.

Hinzu kommt, daß viele Menschen umgesiedelt werden müssen, so beispielsweise 500 000 Menschen im Mekong-Delta, wenn die vorgesehenen Staudämme in Angriff genommen werden. Beim Bau des Assuan-Staudammes waren es 100 000 Bauern gewesen, die entwurzelt wurden.

Sauberes Wasser und ausreichende sanitäre Einrichtungen für alle – das ist das hohe Ziel, daß sich die UN-Wasserkonferenz 1977 bis zum Jahre 1990 gesetzt hatte. Mindestens 140 Mrd. US-Dollar würden die Investitionen betragen. Das Ziel scheint noch in weiter Ferne zu liegen.

Fortsetzung in DG 4/81:
Die Wasserprognosen und Trinkwassersituation in den Industrienationen



Der Bayernvertrag

Sparen auf Kosten der Gesundheit oder wirksame Maßnahme zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen?

Von Rolf Kaiser

In DG 1/79 wurde bereits die spezifische Problematik des sog. Bayernvertrages aufgegriffen. Der im Sommer 1979 auf Initiative der RVO-Kassen Bayerns zustandegekommene Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern hat die kassenärztliche Gesamtvergütung zum Hauptgegenstand. Abweichend von den Empfehlungen der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen wird ein andersartiger Weg beschritten, um eine Kostendämpfung zu erzielen. Der wichtigste Punkt: Die Obergrenze der jährlichen Steigerung des kassenärztlichen Gesamthonorars soll 6 % im Landesdurchschnitt betragen.

Die Brisanz dieses Vertrages liegt nicht in den marginalen Abweichungen von den Empfehlungen der KA, sondern in den Regelungen, die der Vertrag für den Fall vorsieht, daß die vereinbarte Steigerungsrate für die kassenärztliche Gesamtvergütung (6 % gegenüber dem Vergleichsquartal des Vorjahres) um mehr als 10 % (= 6,6 %) überschritten wird.

Dann nämlich müßten sich die Vertragspartner auf „Maßnahmen zur Kostendämpfung“ einigen, es sei denn – und das ist der springende Punkt –, daß diese Überhöhung der Gesamtvergütung wettgemacht würde durch:

1. weniger Krankenhauseinweisungen
2. geringere Arzneimittelkosten
3. geringere Inanspruchnahme physikalischer Leistungen (Bäder, Massagen, etc.)
4. weniger Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (AU)

Das bedeutet im Klartext: Die Ärzte haben es selbst in der Hand, ein größeres Honorar als 6,6 % im Durchschnitt zu erzielen, wenn sie gleichzeitig, aufgrund kassenärztlicher Maßnahmen, Versorgungseinrichtungen und Dienstleistungen außerhalb der eigenen Praxis weniger in Anspruch nehmen.

Auf einer Pressekonferenz vom 14. 8. 80 zogen KVB und Kassen eine erste Bilanz über das erste Jahr Laufzeit „Bayernvertrag“.

1. Krankenhaushfälle:

Rückgang 1979 zu 1978

- absolut in 1,4 %
- je 100 Mitglieder um 2,7 %

(Zum Vergleich: zwischen 1975 und 78 hatte sich die Zahl der Krankenhaushfälle absolut um insgesamt 20,7 % erhöht!)

2. Arzneimittel:

Die Steigerungsrate für Arzneikosten fiel von 9,7 % (1978:77) auf 7,8 % (1979:78) und 1,89 % (1. Halbjahr 1980: 1. Halbjahr 1979), Grund: absoluter Rückgang der Anzahl kassenärztlicher Verordnungen.

3. Physikalische Leistungen:

In den Vorjahren Steigerungsraten bis 17,5 %. Nach BV-Abschluß deutlich langsamere Steigerungsrate und in einzelnen Regionen Bayerns sogar absoluter Rückgang.

4. Arbeitsunfähigkeit:

1978 im Vergleich zum Vorjahr: Anstieg der AU-Fälle um 15,3 %. 1979 im Vergleich zum Vorjahr: Anstieg der AU-Fälle um 1,2 %! Im ersten Halbjahr 80 ist in einigen AOK-Bezirken ein absoluter Rückgang der AU-Fälle zu registrieren.

5. Kassenärztliche Gesamtvergütung:

Es liegen noch keine endgültigen Zahlen vor. Es wird aber erwartet, daß die Steigerungsrate um die 6 % liegen wird.

Unter Berücksichtigung der genannten Fakten scheint der Bayernvertrag den erhofften Erfolg gebracht zu haben, nämlich: Einsparungen gegenüber der erwarteten Kostenentwicklung auf allen Gebieten, den

Bereich der ambulanten Praxis ausgenommen.

Hat der Bayernvertrag aber tatsächlich eine dauernde Senkung der Kosten im Gesundheitswesen bewirkt?

Dazu folgende Anmerkungen:

zu den oben genannten Punkten:

1. Die Krankenhäuser werden bei konstantem Bettenangebot den Rückgang der Einweisungen durch Erhöhung der Pflegesätze kompensieren, die wiederum von den Kassen finanziert werden.

2. Trotz des absoluten Rückgangs an Verordnungen steigen die entsprechenden Ausgaben; denn im gleichen Zeitraum sind die Preise der Pharmaindustrie gestiegen:

Kosten je Rezept + 8,43 %

Kosten je Arznei + 10,84 %

3. Es zeichnet sich die Entwicklung ab, daß die Inhaber paramedizinischer Einrichtungen (Bäder, Bestrahlungen, Massagen und Krankengymnastik) in ihrer wirtschaftlichen Existenz gefährdet sind. Zugleich bedeutet es natürlich einen Verlust an Versorgungsqualität im Gesundheitssektor.

4. Der Rückgang der AU-Schreibungen kommt in erster Linie den Arbeitgebern zugute. Die Kassen zahlen Krankengeld bekanntlich erst nach 6 Wochen.

5. Da damit zu rechnen ist, daß die Steigerung um 6 % liegen wird, tritt der sog. „Überprüfungsfall“ gar nicht erst ein. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayern ist somit der Pflicht enthoben, den Kassen Vorschläge darüber unterbreiten zu müssen, wie im kassenärztlichen Versorgungsbereich kostendämpfende Maßnahmen eingeführt und durchgesetzt werden könnten.

Allerdings können erst Analysen des Bayernvertrages hinsichtlich seiner Wirkungsweise und des erwarteten kostendämpfenden Effektes endgültige und befriedigende Resultate liefern. Beispielsweise müssen regionale Unterschiede berücksichtigt werden. Im Großraum München, der etwa ein Drittel der Ärzteschaft Bayerns umfaßt, hat der Vertrag die geringsten Auswirkungen gezeigt. Dieser Konkurrenzdruck unter den niedergelassenen Ärzten zwingt diese dazu, durch die Beibehaltung gewohnter Behandlungs- und Verordnungsweisen die Patienten „bei der Stange zu halten“. Es werden daher auch mehr Krankenhauseinweisungen als Überweisungen an Kollegen der Basisversorgung, Allgemeinärzte und Internisten vorgenommen. Ein Patient kehrt vom Krankenhaus eher in die einweisende Praxis zurück, als von einem niedergelassenen Kollegen, der vielleicht eine attraktivere und technisch besser ausgerüstete Praxis unterhält.

In diesem Punkt könnte sich der BV als Bumerang erweisen, denn der gewünschte kostendämpfende Effekt könnte sich ins Gegenteil verkehren. Durch die Auslastung und Neuanschaffung medizinisch-technischer Geräte mit zusätzlichem Personalbedarf werden mehr und kostspieligere ärztliche Leistungen im ambulanten

Sektor anfallen. Durch den Rückgang von Krankenhauseinweisungen kann es zu Änderungen im Krankenhausbedarfsplan, mithin zu Entlassungen und Streichungen auch von ärztlichen Planstellen kommen, so daß der Konkurrenzdruck unter den niedergelassenen Ärzten noch zunehmen wird. Mehr Ärzte können nur durch noch mehr ärztliche Leistungen ihre Praxis rentabel halten. Die dann anfallenden Kosten im ambulanten Sektor könnten die Einsparungen im stationären Bereich mehr als wettmachen.

Diese Betrachtungen müssen natürlich noch spekulativ bleiben. Es bleibt fraglich, ob die Kostendämpfung Resultat des Bayernvertrages ist, oder ob nach einer Periode kräftiger Zuwachsraten im stationären Bereich hier nunmehr ein gewisser Sättigungsgrad erreicht ist. So ließe sich erklären, daß einerseits die Erhöhung der Gesamtvergütung bei „nur“ 6% liegen wird und andererseits dennoch die Anzahl der Krankenhauseinweisungen, AU-Schreibungen, Arzneimittelverordnungen etc. zurückgegangen ist.

Ein angestrebtes Ziel der Vertragspartner ist jedoch eindeutig erreicht; die Stärkung der Selbstverwaltungsorgane im Gesundheitswesen, der Krankenkassen und der Kassenz ärztlichen Vereinigung. Durch Förderung und Ausweitung des ambulanten Sektors haben staatliche Eingriffs- und Steuerungsmöglichkeiten an Wirksamkeit eingebüßt.

Sicher aber stellt diese Stärkung der Selbstverwaltungsorgane keinen Wert an sich dar. Sie hätte doch nur dann einen Sinn, wenn daraus eine wirksame und zugleich kostensparende Gesundheitssicherung resultieren würde. Der Kampf gegen ökonomische Zwänge übersteigt jedoch die Einflußmöglichkeit dieser Institutionen und kann nur im Rahmen gesamtgesellschaftlicher Steuerungsmöglichkeiten stattfinden. Als ein Zeichen der Schwäche der niedergelassenen Ärzteschaft und ihrer standespolitischen Sprecher kann die von ihnen immer wieder angeführte Selbstbeteiligungsdiskussion angesehen werden. Sie beinhaltet Ablenkung und Fernhalten reformerischer Kritik an der Standespolitik und einen bequemen Weg zur Verlagerung der Krankheitskosten und Risiken auf das Individuum unter Aufweichung des Prinzips der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten.

Sollte sich erweisen, daß der kranke Mensch durch die Auswirkungen des Bayernvertrages gesundheitlichen Schaden erleidet, dadurch, daß er zu spät ins Krankenhaus eingeliefert wird und durch unzulängliche Diagnostik im ambulanten Sektor Krankheiten nicht erkannt bzw. verschleppt werden sollte dies ein schlüssig nachweisbarer Effekt des Bayernvertrages sein, wäre er politisch und medizinisch nicht mehr zu verantworten. ■

Selbstdarstellung der Vereinigung demokratische Zahnmedizin e.V.

Seit 1979 gibt es die Vereinigung demokratische Zahnmedizin als offiziellen Verein, eingetragen beim Amtsgericht Marburg. Hervorgegangen ist sie aus der Studentenbewegung der 60er Jahre, als sich fortschrittliche Kräfte herauskristallisierten, die den Versuch unternahmen, die Zahnmedizin aus ihrer Versenkung als reine Fachwissenschaft herauszuholen, um sie in einen gesellschaftsbezogenen Blickwinkel zu stellen. In der Fachschaftsarbeit konnten sich die fortschrittlichen und demokratischen Kräfte zunehmend durchsetzen, sie bestimmten an vielen Universitätskliniken die Richtlinien studentischer Aktivitäten. War bis ins Jahr 1968 hinein die überregionale und halbjährlich stattfindende Fachverbandstagung der Zahnmedizinstudenten noch eine völlig unpolitische Institution gewesen, so sollte sich dieses im Gefolge der Studentenbewegung mit einer zeitlichen Verzögerung ändern. Es gab eine Reihe von Initiativen, die insgesamt eher unbedarften Zahn-



mediziner zu politisieren mit dem ersten Versuch der Herausgabe einer Zeitschrift, die „zahnmediziner-arbeitspapiere“. Damit sollte die Zielrichtung auf eine gesellschaftlich orientierte Zahnheilkunde gelenkt werden, die die Patientenbedürfnisse in den Mittelpunkt einer objektiven Analyse stellte und nicht die privatwirtschaftliche Profitorientierung des niedergelassenen Zahnarztes. Parallel dazu wurden weitgehend reformistische Studienreformprojekte diskutiert, zeitweise konnten diese Vorstellungen sogar beim Bundesverband Deutscher Zahnärzte, der reaktionären Standesführung, eingebracht werden. Sehr frühzeitig wurden „alternative“ Versorgungsmodelle ambulanter Berufsausübung entwickelt. Daraus entstand das Konzept der zahnmedizinischen Gruppenpraxis, ein eher idealistisches Modell mit gruppenspezifischer Theoriebildung. Man versprach sich damals davon neben größerer Unabhängigkeit gegenüber äußeren Einflüssen auch eine innere Veränderung der Praxisbeteiligten, die der zahnmedizinischen Versorgung allgemein zugute kommen sollte. Nach diesem Konzept entstanden im Laufe der Jahre eine Reihe von größeren und kleineren zahnmedizinischen Gruppenpraxen in der gesamten BRD und Westberlin. Hauptsächliches Zentrum dieser Gruppenbildungen war Marburg, später Tübingen und zuletzt Westberlin, gleichzeitig aktivste Zentren der Fachschaftsarbeit.

War die Zahl der politisch aktiven Zahnmediziner insgesamt ohnehin schon gering gewesen, so kam es naturgemäß nach Beendigung des Studiums zum Bruch kontinuierlicher politischer Arbeit. Die fortschrittlichen und demokratischen Kräfte verstreuten sich erst einmal in alle Himmelsrichtungen, hinzu kamen berufliche Schwierigkeiten, Praxisgründungen, Identitätsschwierigkeiten mit einem Beruf, der kaum die Prävention kennt, usw. Die Fachschaften an den Universitätszahnkliniken drifteten indes im Zuge der allgemeinen Rechtsentwicklung, der verschärften Schul- und Studienbedingungen und der Angst vor Repression wieder ins reaktionäre Lager ab oder stellten ihre Arbeit ganz ein.

Provoziert durch den frustrierenden Arbeitsalltag in der täglichen Praxis als Kassenzahnarzt, an der Universitätszahnklinik mit allen Widersprüchlichkeiten und der Einsicht in die Notwendigkeit der Aufarbeitung der gesundheitspolitischen Problematik innerhalb der Zahnheilkunde reaktivierten sich 1977 im Raum Marburg – Gießen einige fortschrittliche Zahnärzte. Sie gründeten eine Initiativgruppe, die den Aufbau einer bundesweiten Organisationsform in Angriff nahm. Daraus wurde dann nach heftigen und turbulenten Diskussionen mit dem gesamten linken Spektrum oder denen, die sich dafür hielten, die bundesweite Vereinigung demokratische Zahnmedizin, Organisation aller zahnmedizinischen Berufe.

Die Vereinigung wollte keine ständische Ersatzorganisation werden, sondern alle Berufsgruppen berücksichtigen, ohne die gewerkschaftliche Orientierung der einzelnen zu behindern, eher zu fördern. Zu den Mitgliedern zählen Zahntechniker(-innen), Zahnarzthelferinnen, Zahnärzte(-innen) und Studierende der Zahnheilkunde. Die Aktivitäten der Zahntechniker und Zahnarzthelferinnen blieben bisher gering. Regionale Gruppierungen entstehen oder entstanden in Frankfurt, Köln-Bonn, Hannover, Freiburg und Westberlin. Eine Zeitschrift, „der artikulator“ wird an Interessenten in einer Auflage von 2000–3000 Exemplaren mehrmals jährlich verschickt.

Die Vereinigung will beitragen zur Verwirklichung des elementaren Rechtes auf bestmögliche Gesundheit. Sie betrachtet die Krankheitsverhütung als erste Aufgabe einer sinnvollen Gesundheitsversorgung. Deshalb arbeitet sie, integriert im gesamten gesundheitspolitischen Kampf, mit an der Durchsetzung eines demokratischen Gesundheitswesens, das an den objektiven Bedürfnissen der Bevölkerung orientiert ist. Dieses wird nur zu erreichen sein über das Selbstbestimmungsrecht der Versicherungsgemeinschaft. Die Vereinigung will diejenigen unterstützen, die Ausbildung und Wissenschaft im Bewußtsein gesamtgesellschaftlicher Verantwortung betreiben wollen. Deshalb tritt sie für die Mitbestimmung aller Lohnabhängigen bei der Gestaltung von Staat und Gesellschaft ein. Sie wendet sich gegen politische Repression und Unterdrückung in allen Bereichen. Sie sucht den Dialog und die Zusammenarbeit mit den Organisationen der abhängig Beschäftigten, u.a. den DGB-Gewerkschaften, den gesetzlichen Krankenkassen und den politischen Parteien, die die objektiven Interessen der arbeitenden und lernenden Bevölkerung vertreten.

(Ausführliche Informationen über die Vereinigung demokratische Zahnmedizin e.V. in 3550 Marburg 7, Postfach 53) ■

„Kein Schlachthof für Embryos“

Von Unni Kristiansen-Kamps

Mit diesem und ähnlichen Schlagworten protestierten rund 20 000 Menschen mit einem Schweigemarsch durch die Essener Innenstadt – angeführt von fünf nordrhein-westfälischen Bischöfen; in allen Kirchen der Diözese werden Gebetsstunden abgehalten; die CDU droht mit Verfassungsklage, so wird der geänderte § 218 StGB von Seiten der katholischen Kirche und der Christdemokraten immer weiter ausgehöhlt.

Konkreter Anlaß der Proteste: das geplante Institut für Schwangerschaftskonflikte der Arbeiterwohlfahrt, das in Essen entstehen soll.

Schon seit 1977 arbeitet der Bezirksverband Niederrhein der Arbeiterwohlfahrt mit den Plänen, ein Institut für Schwangerschaftskonflikte zu errichten. Im April 1978 legt eine Arbeitsgruppe, vom Bezirksvorstand eingesetzt, die Konzeption für ein solches Institut vor. Hierüber berichtete DG schon (DG 1/79). Kurz zusammengefaßt sieht die Konzeption folgendermaßen aus:

Es muß eine Einrichtung geschaffen werden, die sowohl den vom Gesetz vorgesehenen Instanzenweg für die Frau menschlich gestaltet, also in einem Haus zusammenfaßt, eine zusätzliche Möglichkeit zum ambulanten Schwangerschaftsabbruch schafft und die vor allem personell und räumlich so ausgestattet wird, daß sie dem Beratungs- und Hilfeanspruch des Gesetzes Rechnung tragen kann. Dies bedeutet unter anderem rechtzeitige Einflußnahme auf mögliche Ursachen späterer Schwangerschaftskonflikte (Sexualerziehung, Familienplanung), Bereitstellung eines ausreichenden Beratungs- und Therapieangebotes (Sexualfragen, Partnerprobleme) sowie Sicherstellung einer evtl. erforderlichen Nachbetreuung nach einem erforderlichen Schwangerschaftsabbruch.

Der Abbruch muß in die Arbeit der Einrichtung einbezogen sein, denn nur hierdurch kann eine Nachbetreuung ausreichend gewährleistet werden, die unbedingt erforderlich ist, um nun ohne Zeitdruck die eigentlichen Probleme in Ruhe gemeinsam mit der Frau aufarbeiten zu können.

Die Vorschläge werden von dem AWO-Bezirksvorstand angenommen und die Errichtung des Institutes für Schwangerschaftskonflikte beschlossen.

„... perfekten Abtreibungsservice mit dem Ruch des Verwerflichen“. (Schlottmann, CDU)

Die Arbeiterwohlfahrt legt eine breite Öffentlichkeitsarbeit an, um möglichst viele Informationen zu geben und dadurch möglichst viel Unterstützung zu bekommen.



Dadurch werden natürlich auch die Gegenstimmen laut, und im August 1978 wird das Institut für Schwangerschaftskonflikte zum ersten Mal öffentlich angegriffen. Der CDU-Landtagsabgeordnete Schlottmann bezeichnet das Institut als „... perfekten Abtreibungsservice mit dem Ruch des Verwerflichen“ (Süddeutsche Zeitung).

Im Oktober 1978 wird dann die Stadt Essen als Standort des Institutes festgelegt, da



Hilfe für Frauen

Institut für Schwangerschaftskonflikte
Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Niederrhein

dort die regionalen, aber auch die überregionalen Bedarfslücken am offensichtlichsten sind, und da es dort, wegen der SPD-Mehrheit im Stadtrat, politisch am einfachsten durchzusetzen ist. Im Januar 1979 stellt die Stadt Essen der Arbeiterwohlfahrt ein geeignetes Gebäude zur Verfügung.

Ab diesem Zeitpunkt werden Verhandlungen, Gespräche und Diskussionen geführt und Anträge gestellt in allen denkbaren Gremien, bei den Ministerien und bei der SPD. Die vorgelegten Pläne finden auch Zustimmung von allen Seiten, zwar hier und dort mit kleineren Einschränkungen, aber die tendenzielle Unterstützung ist offensichtlich. Selbst prominente Politiker wie Ministerpräsident Johannes Rau, Justizministerin Inge Donnep, die in der späteren Auseinandersetzung schwer gegen das Institut schießen, unterstützen das Vorhaben mit ihrer Unterschrift bei einer Unterschriftensammlung.

Die SPD wackelt

Die ersten Zeichen der wackligen Haltung der SPD-Führung kommen vor den Landtagswahlen in NRW 1980 zum Vorschein. Minister Farthmann will die ungeklärten

den Arzt die Möglichkeit, mit der Abtreibung Profit zu machen.

Die AWO läßt sich vertrösten

Die Arbeiterwohlfahrt hat sich immer wieder von der SPD vertrösten und verschaukeln lassen. Gutgläubig ließ sie sich mit dem Argument hinhalten, die SPD wolle Kirchen und Christdemokraten keine Munition liefern für die Europa-, Landtags- und Kommunalwahlen. Als AWO-Chef Paul Saatkamp nach der Landtagswahl 1980, die der SPD in NRW ja die absolute Mehrheit bescherte, vorsichtig nachfragte, vertröstete man ihn mit dem Hinweis auf die Bundestagswahl im Oktober. Doch als auch diese vorüber war, entpuppten sich die ehemaligen Versprechen für das AWO-Modell als hohl.

... SPD lehnt das Institut ab

Am 10. 2. 1981 beschließt die SPD-Fraktion im Landtag mit 38 zu 31 Stimmen, das von der Arbeiterwohlfahrt geplante Institut für Schwangerschaftskonflikte nicht mit Landesmitteln zu fördern. Nach Presseberichten wird die Ablehnung begründet damit, daß in Essen kein Bedarf vorhanden sei und darüber hinaus keine erneute Auseinandersetzung mit der katholischen Kirche riskiert werden solle. Minister Farthmann, der noch 1979 seine Unterstützung

Sturm der Empörung innerhalb der SPD-Reihen

Nach dem Meinungswandel der Düsseldorfer Regierung bricht ein Sturm der Empörung los. Innerhalb der SPD-Reihen gibt es Aufruhr, und es zeigt sich, es ist doch noch möglich, selbst in der SPD, Druck von der Basis auszuüben. Die Jusos des Bezirks Niederrhein schreiben an den Vorstand:

„... Unserer Auffassung nach steht dieser Vorgang beispielhaft für eine Entwicklung, die den Zusammenhalt unserer Partei weit stärker gefährdet, als irgendwelche Äußerungen einzelner unserer Funktionäre und Mandatsträger dies könnten. Wenn Beschlüsse unserer Partei als bedeutungslos zur Seite geschoben werden können, gibt es keinen Sinn mehr, mit Argumenten in der Partei um Mehrheiten zu ringen. ... Als eine zusätzliche Verhöhnung und Lächerlichmachung unserer Arbeit in dieser Partei müssen wir es empfinden, daß in diesem Zusammenhang die Position der katholischen Kirche zur Errichtung des Schwangerschaftskonfliktzentrums von Mitgliedern der Fraktion und der sozialdemokratischen Landesregierung höher bewertet wurde als die Willenskundgebung der Partei, die den betreffenden Personen zu ihren Ämtern und Mandaten verholfen hat.“

Durch die massive Kritik unter Druck gesetzt, muß die SPD-Fraktion am 10. 3. erneut über den Landeszuschuß für das Schwangerschaftskonflikt-Institut beraten, und der Beschluß vom 10. 2. wurde rückgängig gemacht.

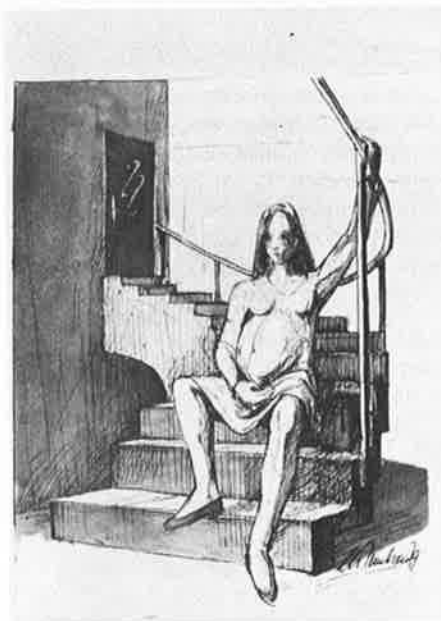
AWO-Mitglieder kommen mit eigenen Beschlüssen nicht klar

In der Mitgliedschaft der Arbeiterwohlfahrt ist auch der Aufruhr zum Teil groß. Aus Protest gegen „die Abtreibungsklinik“ treten Mitglieder aus, Ortsvereine distanzieren sich von dem Vorhaben. Der Bezirksvorstand Niederrhein gibt Flugblätter aus zur Klärung und Dämpfung der Gemüter, wo er versucht, alles zu entschuldigen, statt klar Farbe zu bekennen. Es wird Zeit, daß die Arbeiterwohlfahrt zu ihren grundsätzlichen Positionen steht; nicht versucht, um jeden Preis jedes Mitglied zu behalten. Die Arbeiterwohlfahrt tritt nach wie vor laut Beschlüssen für die Fristenregelung ein, und auf Dauer wird sie sich besser stehen, auf die Mitglieder, die Beschlüsse nicht mittragen können, zu verzichten. Durch ihr angepaßtes Verhalten bieten sowohl die AWO als auch die SPD ihren Gegnern die nötige Munition für ihre Argumentation.

Die AWO muß sich fragen lassen, wo sie eigentlich steht. Ist sie eine Schützenhilfe für die SPD-Politiker oder ist sie als Wohlfahrtsverband Vertreter ihrer Klientel?

Fragen der Finanzierung nicht mehr aufgreifen. Die Arbeiterwohlfahrt läßt sich darauf ein, genau wie sie schon vorher sich darauf eingelassen hat, aus Rücksicht auf die laufenden Verhandlungen an keiner Demonstration teilzunehmen. Bei einer Demonstration für die Errichtung des Instituts, die im September 1979 in Essen stattfand, wozu u. a. die Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratischer Frauen sowie der Bundesvorstand und der Bezirksvorstand der Jusos aufgerufen hatten, untersagt sogar der Bezirksvorstand der SPD den Aufrufen eine Beteiligung an dieser Veranstaltung. Der gleiche Bezirksvorstand hat ein halbes Jahr zuvor schriftlich seine Unterstützung bei der Realisierung des Instituts zugesichert.

Vom ursprünglichen Konzept, einen angestellten Arzt im Institut zu haben, geht die AWO ab. Statt dessen soll ein frei praktizierender Gynäkologe die Praxisräume anmieten. Die Macht der SPD und der daraus resultierende Druck sind groß! Ob der Arzt angestellt oder frei praktizierend ist, der Eingriff bei einem Schwangerschaftsabbruch bleibt der gleiche. So können aber die verantwortlichen Politiker nachher sagen: „Ich wasche meine Hände in Unschuld.“ Durch die Konzeptionsänderung gibt die AWO jetzt einem frei praktizierenden



zugesichert hat, wird jetzt zum Teil unsachlich und sehr polemisch. „Bei einer Sache, wo täglich Container voll blutiger Babyleichen abtransportiert werden, mache ich nicht mit“, droht er.

Ungewollt – doch gewollt?

Erfahrungsbericht einer Sozialarbeiterin aus einer Schwangerschaftskonflikt-Beratungsstelle

Von Else Stoy-Beckers (Sozialarbeiterin)

Als ich im August 1980 meine Arbeit in einer §-218-Beratungsstelle begann, waren die Vorstellungen, was mich dort erwartete, eher diffus. „Frauen helfen“, „Frauen ein Stück aus ihrer Abhängigkeit vom Mann befreien“ – und erst danach das Recht des Kindes, gewollt auf die Welt zu kommen, waren Beweggründe für mich, in einer derartigen Beratungsstelle zu arbeiten.

Damit hatte sich für mich ein „Wunschtraum“ erfüllt, der aufgrund meiner persönlichen Erfahrungen stetig gewachsen war. Als viertes Mädchen von fünf Kindern in einer Arbeiterfamilie aufgewachsen, erst die Abhängigkeit der Mutter und Schwestern von ihren Männern, später – während einer Ausbildung – die Angst und Hilflosigkeit alleingelassener Frauen im Kreißsaal, danach im Studium die Situation von Frauen in einer Obdachlosensiedlung vor Augen, verfestigte sich mein persönlicher Schwerpunkt in der Sozialarbeit. Mir wurde immer stärker bewußt, daß allein die Möglichkeit, ungewollt schwanger zu werden, ein enormer Druck für uns Frauen ist, der mit verhindert, daß wir uns gegenüber den Männern gleichberechtigt verhalten und gleichwertig fühlen können.

Noch immer ist es so, daß die Folgen einer – gewollten und ungewollten – Schwangerschaft weitgehend auf den „Schultern“ der Frauen liegen. Sie müssen mit dem Schwangerschaftsabbruch psychisch fertig werden, sie tragen den größeren, wenn nicht den ganzen Teil der Verantwortung für die Pflege und Erziehung des Kindes. – Mir war klar, daß ich nicht die große Befreiung der Frau erreichen konnte, wenn ich ihr dabei helfe, eine ungewollte Schwangerschaft abbrechen zu lassen bzw. sich bewußt für das Austragen des Kindes zu entscheiden. Jedoch dachte ich mir, daß ich ihr in dieser Situation helfen kann, eine Lösung zu finden, bei der sie selbst entscheidet, welchen Weg sie gehen will, ohne von vornherein von Männern gezwungen zu werden, sich einem Naturereignis – von dem sie überrumpelt wurde – auszuliefern.

Dabei ging ich davon aus, daß die Hauptursachen ungewollter Schwangerschaften in der falschen Anwendung von Verhütungsmitteln oder deren Versagen lagen.

Meine Erfahrungen sehen anders aus. Der größere Teil der Frauen, die in unsere Beratungsstelle kommen, benutzte keine Verhütungsmittel.

Behindert durch tabuisierende Moralvorstellungen, verunsichert von widersprüchlichen Meldungen über Verhütungsmittel in den Medien, enttäuscht von verständnislosen Ärzten, resignierend vor gleichgültigen Partnern, haben sie es irgendwann aufgegeben oder erst gar nicht angefangen, sich mit dem Problem der Schwangerschaftsverhütung auseinanderzusetzen. Sie haben den Gedanken an eine ungewollte Schwangerschaft weggeschoben („Es wird schon nichts passieren“) – häufig, nachdem sie mehrere Jahre verschiedene Verhütungsmittel ausprobiert hatten.



Zu den vordergründigen Ursachen für das Nichtanwenden von Verhütungsmitteln kommt, nach meiner Erkenntnis, eine hintergründige, kaum beweisbare, aber naheliegende Ursache: der größere Teil der Frauen hat die Schwangerschaft *unbewußt* gewollt! Eine gewagte, aber nicht unbegründete These.

Bei vielen Frauen kommt während des Beratungsgesprächs heraus,

- daß sie sich von ihrem Partner vernachlässigt fühlen, (... jetzt wird er auf mich aufmerksam, muß sich um mich kümmern),
- daß die Beziehung in einer Krise steckt, (... jetzt muß er beweisen, ob er zu mir hält oder mich im Stich läßt),
- daß unausgesprochener Kinderwunsch besteht, der aus Vernunftgründen nicht erfüllt wird, (... jetzt stelle ich ihn – und mich – vor vollendete Tatsachen),
- daß sie sich unausgefüllt, überflüssig fühlen, (... jetzt habe ich „was“ zum liebhaben, einen Menschen, der mich braucht).

Es ist falsch, daraus zu schließen: „Die Frauen sind selbst schuld.“ Die meisten von ihnen leben in Partnerbeziehungen, in denen sie – oft auch vor sich selbst unausgesprochen – sehr unglücklich sind. Sie nehmen hin, stecken ein, ertragen und – resignieren. Häufig werden ihnen vage Unbehaglichkeitsgefühle in der Beziehung erst während des Beratungsgesprächs klarer und deutlicher bewußt. Nicht selten erschrecken sie selbst vor den eigenen Erkenntnissen.

Die – nicht bewußt – „gewollte“ Schwangerschaft als Partnerkonfliktlösung erweist sich dann auch meist als Trugschluß. Nach wie vor stehen die Frauen weitgehend allein vor dem Problem. Selten nehmen die Partner an Beratungsgesprächen teil, fühlen sich mitverantwortlich. So erleben wir manchmal, daß Männer im Auto auf ihre Partnerin warten und das Angebot, am Gespräch teilzunehmen, ablehnen.

Für mich war erschreckend, wie das Problem der Empfängnisverhütung verdrängt wird. Erschreckend auch deshalb, weil damit gleichzeitig sichtbar wurde, wie oberflächlich und sprachlos viele Partnerbeziehungen sind.

Die – früher mehr theoretisch erkannte – Notwendigkeit einer umfassenden Beratung mit Möglichkeiten zur langfristigen Partnertherapie hat sich als wichtige Forderung erwiesen, da ein Schwangerschaftskonflikt meist das „I-Tüpfelchen“ eines Partnerkonflikts ist.

Daraus jedoch zu folgern, daß allein Paartherapie die Probleme grundsätzlich und auf Dauer lösen kann, wäre Selbstbetrug. Langfristig sind diese Probleme und das Problem der ungewollt gewollten Schwangerschaft m. E. nur zu lösen, wenn die Abhängigkeit der Frau vom Mann in allen gesellschaftlichen Bereichen abgebaut wird. Denn nur so läßt sich ein partnerschaftliches Verhalten beider Geschlechter zueinander erreichen, das sich auch auf eine Paarbeziehung übertragen läßt.

Geschäft mit dem Dreck

Ein Beispiel aus Bonn

Von Uli Menges

„50 Stationshilfen im Johannes-Hospital gekündigt“, so die Schlagzeile einer Bonner Zeitung im Februar dieses Jahres.

Wie kommt ein 250-Betten-Haus der Regelversorgung dazu, von heute auf morgen einen beträchtlichen Teil seiner Belegschaft auf die Straße zu setzen? Wurde die Bettenzahl reduziert? Hielt auch hier die Automatisierung ihren Einzug? Oder wurde gar der bisherige Tätigkeitsbereich gänzlich gestrichen? Nichts dergleichen!

Zur Vorgeschichte:

Das Johannes-Hospital Bonn, seit Jahrzehnten in der Trägerschaft eines privaten Ordens, wurde vor kurzem aufgrund von Nachwuchsproblemen des Ordens im Stations- und Pflegebereich vom DRK übernommen. Eine der ersten Amtshandlungen der Verwaltung nach der Übernahme war es, den Stationshilfen, die zum Teil seit Jahrzehnten im Reinigungs- und Teeküchenbereich des Krankenhauses beschäftigt waren, die Kündigung ins Haus zu schicken. Dieser gesamte Bereich soll nun von einer privaten Dienstleistungsfirma wahrgenommen werden.

Gefunden im Handelsblatt vom 9. 4. 81

Kündigung bei Krankheit

von Dr. Achim Lepke
Vorsitzender Richter am Landesarbeitsgericht Berlin
5. neubearbeitete Auflage, September 1980, 120 Seiten
gebunden DM 24,50

Ein praxisorientierter Leitfaden für alle, die über den Gesamtkomplex Kündigung bei Krankheit informiert sein müssen: Ob und wann außerordentlich fristlos und ordentlich fristgemäß gekündigt werden kann. Welche Probleme sich an die Mitteilungs- und Nachweispflicht knüpfen. Ob bei gesundheitswidrigem Verhalten des Arbeitnehmers eine Kündigung gerechtfertigt sein kann. Dazu die Fälle der Vergütungsfortzahlung, Urlaubsgewährung, Rückzahlung sogenannter freiwilliger Arbeitsgeberleistungen und Zeugniserteilung.

»Kündigung bei Krankheit« – mittlerweile ein Standardwerk – legt die aktuelle arbeitsrechtliche Literatur und Rechtsprechung aus und stellt sie übersichtlich und leicht verständlich für die Praxis dar.

Zu beziehen über den Buchhandel oder beim

Fachverlag für Wirtschafts- und
Steuerrecht Schäffer GmbH & Co
Hocklendersstraße 33
7000 Stuttgart 1
Telefon (07 11) 24 40 73

**SCHÄFFER
VERLAG**

Damit setzt sich auch hier eine Entwicklung fort, die seit Jahren in vielen Krankenhäusern zu beobachten ist. Große Teile des Dienstleistungsbetriebes, wie Reinigungsarbeiten, technische Wartung und sogar Verwaltungsangelegenheiten, werden nicht mehr vom Krankenhaus selbst betrieben, sondern in die offenen Hände privater Unternehmen gelegt. Begründet wird dies mit geringeren Kosten für den Krankenhausträger. Dabei stehen Zahlen von einer angeblichen Ersparnis von 30–50% im Raum.

Trotz intensiver Recherchen gelang es mir nicht, diese Zahlen auf ihre Stichhaltigkeit zu überprüfen, wie es überhaupt sehr schwierig ist, hinter die Kulissen der Geschäftspraktiken beschriebener Firmen zu schauen.

Eines ist sicher: die Kosten der Reinigungsfirmen werden vom Krankenhaus über den Selbstkostenanteil des Pflegesatzes abgerechnet, d. h. unter „Sachkosten“, die selten von den Kassen beanstandet werden, statt wie bisher unter „Personalkosten“. Wonach sich diese Abrechnung so bemißt, daß unterm Strich für das Krankenhaus 30–50% weniger Kosten herauskommen, ist nicht ersichtlich. Nur ist es in Zeiten allgemeinen Kostendruckes auch im Krankenhaus – Stichwort Kostendämpfung im Gesundheitswesen – für jede Krankenhausverwaltung verlockend, Einsparmöglichkeiten zu nutzen.

So wird denn eine größere „Arbeitseffizienz“ auf dem Rücken der Beschäftigten erzielt. Sind diese doch, obwohl dauernd Beschäftigte am Krankenhaus, nicht Beschäftigte des Krankenhauses und somit ohne jede Möglichkeit einer qualifizierten Interessenvertretung.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist die Situation in Bonn noch offen, da die betroffenen Beschäftigten Klagen vor dem Arbeitsgericht angestrengt haben, nach Meinung der Bonner ÖTV mit guten Aussichten auf den Erfolg der Weiterbeschäftigung. Die ÖTV gewährte übrigens Rechtsschutz, obwohl keine der Betroffenen Mitglied ist.

Festzuhalten bleibt: Auch wenn es in diesem Fall gelingen sollte, den drohenden Rausschmiß aufzuhalten, gilt es für alle Personalvertretungen in den Krankenhäusern, die noch nicht von privaten Reinigungs-Profitnehmern unterwandert sind, den drohenden Anfängen zu wehren. Nur so kann etwas Licht in dieses finstere Geschäft kommen.

Private Reinigungsfirmen – Ausbeutung mit Methode

Die Gründe für die Beschäftigung privater Reinigungsfirmen durch Krankenhäuser und öffentliche Einrichtungen sind offensichtlich: die so entstehenden Kosten lassen sich unter „Sachkosten“ abrechnen und belasten nicht den Personaletat. Daß dabei zu ähnlichen oder gleich hohen Kosten oft schlechtere Leistungen erbracht werden, stört die Zahlenkosmetiker wenig.

Die Folgen für die Beschäftigten sind jedoch in der Regel hart.

- Schlechtere Bezahlung. Die Stundenlöhne liegen fast immer weit unter denen des öffentlichen Dienstes. In Bonn z. B. zahlt eine bekannte Reinigungsfirma 5,08 DM netto pro Stunde! Zusätzliche soziale Leistungen wie Zulagen, Prämien, Sozial- und Erschwerniszulagen fallen meist ganz weg.
- Keine Sozialversicherung. Vielfach werden Beschäftigte eingesetzt, die nur wenige Stunden in der Woche arbeiten. Damit entfallen Beiträge zur Arbeitslosen-, Kranken- und Rentenversicherung. Eingesetzt werden fast ausschließlich Frauen oder Ausländer, z. T. unter gesetzwidrigen Bedingungen ohne Arbeits- oder Aufenthaltserlaubnis.
- Die Mitarbeiter wechseln ständig, damit sind Betriebsrat oder gewerkschaftliche Vertretung nahezu ausgeschlossen. Kündigungsdrohen bei Beschwerden sind an der Tagesordnung.
- Die Arbeiten werden im Akkord ausgeführt, dabei sind die zu reinigenden Flächen oft mehr als 100% höher als im öffentlichen Dienst.
- Aus- und Weiterbildung fehlen ganz, z. B. über Desinfektionsmittel im Krankenhaus. Gesundheitsschutzmaßnahmen sind mangelhaft, Allergien und Ekzeme an den Händen häufig die Folge.
- Bei häufig wechselnden Reinigungskräften ist die Information über die vereinbarten Leistungen und damit das Arbeitsergebnis oft mangelhaft. Ärger und Beschimpfungen an der Tagesordnung.
- Für das Pflegepersonal im Krankenhaus bedeutet der Einsatz privater Firmen oft zusätzliche artfremde Arbeit bei gleichem Personalbestand. Verschmutzungen außerhalb des Arbeitszeitplanes, zerbrochene Infusionsflasche am Nachmittag z. B., müssen selber beseitigt werden.

Wie miserabel sich diese Arbeitsbedingungen auf das Sauberkeitsniveau z. B. im Krankenhaus auswirken, kann jeder bestätigen, der einmal die Umstellung von angestellten Reinigungskräften auf private Firmen erlebt hat.

DKG contra Kassen

DG-Interview mit dem Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft, Prof. Hans-Werner Müller

Personalbedarf und Anhaltszahlen, kein Monat ohne Alarmmeldungen der DKG. Was es mit diesen Meldungen auf sich hat, versuchten wir im folgenden Interview zu erfragen. Das Gespräch führten am 29. 1. 81 Matthias Albrecht und Peter Liebermann für die Redaktion.

Sie haben am 23. Juni 1980 „Maßnahmen zur Verbesserung der Personallage“ vorgelegt; darin ist von Modellrechnungen der DKG die Rede, wonach in den Krankenhäusern ca. 30 000 Pflegekräfte und etwa 20 000 Ärzte fehlen. Worauf stützen sich diese Aussagen?

Wir unterscheiden zwischen den Zahlen, die wir für die Pflegekräfte errechnet haben und den Zahlen für die fehlenden Ärzte. Die Zahlen, die wir der Öffentlichkeit über fehlende Pflegekräfte übergeben haben und über fehlende Stellen, also differenziert, entstammen einer Enquete, die wir im Auftrag der Bundesregierung 1979 vorgelegt haben (vgl. DG 1/80).

Diese 28 000 fehlenden Krankenschwestern und Pfleger sind errechnet auf der Basis der Anhaltszahlen der DKG von 1974 und nicht von 1969. Dadurch kommt es immer wieder zu Mißverständnissen und Behauptungen, diese Zahlen seien nicht richtig. Wir gehen selbstverständlich in unseren Überlegungen von den zuletzt vorgelegten Anhaltszahlen aus. Insofern, glaube ich, können wir uns auf diese Zahlen im Pflegebereich durchaus stützen. Ich habe bisher auch von anderen Verbänden und Institutionen nicht wesentlich andere Zahlen gehört; sie bewegen sich alle etwa um 30 000.

Bei den Ärzten haben wir keine genau berechneten Zahlen. Hier geht es um Hochrechnungen, wobei wir uns hier mit anderen Verbänden abgestimmt haben. Daher meine große Überraschung, als plötzlich der Marburger Bund im Herbst 1980 von diesen Zahlen abwich bzw. unsere Zahlen als falsch bezeichnete.

Die von Ihnen vorgelegten Zahlen über fehlende Pflegekräfte und Ärzte sind in der Öffentlichkeit – so auch in dieser Zeitschrift – vielfach in Frage gestellt worden, zuletzt vom Bundesverband der Ortskrankenkassen. Niemand kann offensichtlich mit Sicherheit sagen, ob seine Zahlen begründet sind. Sie haben nun den Krankenhäusern empfohlen, nicht besetzte Planstellen bei den Arbeitsämtern zu melden. Kann es hier bei einer Empfehlung bleiben? Oder müssen hier nicht härtere Maßnahmen eingesetzt werden?

Von unserer Seite konnte nicht mehr unternommen werden als die Empfehlung an die Träger der Krankenhäuser auszusprechen, in Zukunft alle freiwerdenden Stellen den Arbeitsämtern zu melden. Ich verspreche mir, daß auf der Basis der Empfehlung so verfahren wird, weil ich von den Trägerverbänden – kommunalem Träger, Caritas, Diakonie usw. – weiß, daß sie entsprechend auf ihre Krankenhäuser einwirken werden.

Ich halte es für sehr wichtig, daß in Zukunft alle Stellen im Krankenhaus – insbesondere im pflegerischen Bereich und bei den Ärzten – gemeldet werden, weil diese Zahlen von immer größerer Bedeutung sein werden. Die gemeldeten Stellen werden für die Transparenz der Gesamtsituation von größter Bedeutung sein. Ich glaube allerdings, daß wir auf diese Weise nicht allzuviel Erfolg haben werden, freigewordene Stellen in größerem Umfang zu besetzen.

Wie sieht der aktuelle Stand der Verhandlungen mit den Krankenkassen über die Neufassung der Anhaltszahlen aus?

Sie wissen, wir verhandeln schon eine ganze Zeit; es besteht aber schon seit langem kein Anlaß zu besonderem Optimismus. Wir haben uns deshalb auch verschiedentlich an die Gesundheitsministerkonferenz gewandt und haben erklärt, daß wir der Meinung sind, es mußte bald politisch etwas geschehen und man dürfe nicht die Verhandlungen zwischen den Kassen und uns abwarten. Wir hatten auf diesem Gebiet keinen Erfolg, auch im Dezember 1980 nicht, als die Gesundheitsministerkonferenz nochmals auf die laufenden Verhandlungen hingewiesen hat. Selbstverständlich wollen wir zu einem Abschluß mit den Krankenkassen kommen, aber offensichtlich ist die Interessenlage zwischen uns und den Krankenkassen als Kostenträger so unterschiedlich, daß es im Moment noch ziemlich aussichtslos erscheint, zu einer Übereinkunft zu kommen. Auf der anderen Seite wissen auch die Kassen, daß sich die Angelegenheit nur begrenzt noch hinziehen läßt. Wir haben deshalb Gespräche nicht nur auf der Ebene der Verwaltungen, sondern auch zwischen den Vorständen vorgesehen, um

hier baldmöglichst zu einem Übereinkommen zu gelangen. Ich kann beim besten Willen nicht voraussehen, wie ein solcher Abschluß aussehen wird, der in jedem Falle nur ein Kompromiß sein kann.

Wird die Funktion der Anhaltszahlen bei den jetzigen Verhandlungen auch neu bestimmt?

Wir haben seit den Anhaltszahlen 1969 dagegen gekämpft, da diese Zahlen anders verwandt wurden als tatsächlich als „Anhaltszahlen“.

Ich gebe zu, das ist vor Ort oft nicht geschehen. Man war offensichtlich froh, daß man Zahlen hatte und hat sie dann schematisch angewandt. Das war falsch. Falsch von seiten der Krankenhäuser, falsch von seiten der Krankenkassen. Wir als die Herausgeber der Anhaltszahlen 1969 und 1974 haben nie daran gedacht, daß sie schematisch angewandt werden sollen. Bei den jetzigen Verhandlungen soll die Möglichkeit der schematischen Anwendung noch weiter verringert werden. Wir gehen von einer Formel aus, die natürlich noch entsprechend gefüttert werden muß: Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit, Arbeitszeitaufwand usw. Aber was besonders zu Buche schlagen muß, ist die individuelle Situation des Krankenhauses.

Wird es denn bei der berüchtigten Zeitvorgabe von 101 Pflegeminuten pro Patient pro Tag bleiben?

Die Erhöhung dieser Ziffer wird nach meiner Erfahrung die größte Schwierigkeit machen bei dem Kompromiß mit den Krankenkassen. Wir haben hier verbesserte Zahlen als Vorschläge gegenüber den Kassen eingebracht, sowohl im pflegerischen wie im ärztlichen Bereich.

Erheblichen Ärger machen immer wieder die 15% Ausfallzeiten, die jetzt verwendet werden, da die wirklichen Ausfallzeiten erheblich höher liegen. Was wird sich hier tun?

Ich kann hier nichts voraussagen. Es ist durchaus möglich, daß hier auch individueller – auf das einzelne Krankenhaus bezogen – verfahren wird.

Sie haben sich im Dezemberheft Ihrer Zeitschrift „das Krankenhaus“ sehr engagiert für die Öffnung des Krankenhauses zur ambulanten Behandlung ausgesprochen. Welche Überlegungen steckten hinter diesen Äußerungen und welche konkreten Pläne gibt es von Ihrer Seite?

Die Pläne, vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus, im Rahmen einer institutionalisierten Ambulanz durchzuführen, sind keineswegs neu. Ich bestreite ausdrücklich, daß diese Idee etwa geboren wurde als Reaktion auf die erweiterte Möglichkeit ambulanten Operierens auf Kosten der bisherigen Aufgaben der Krankenhäuser. Wir haben uns schon vor Jahren damit befaßt und haben hier auch positive Beschlüsse im Rahmen unserer Gremien vorliegen. Wir sind aber damit bisher nicht weitergekommen. Die Gründe dafür sind sehr verschiedener Art: ein Grund ist die sehr schlechte Personalsituation im stationären Bereich. Der Ausbau der vorstationären Diagnostik macht aber zusätzliches

möglich, soviel stationär wie nötig.“ Befürchten Sie, daß sich Vorgänge wiederholen können wie 1975, als nach Aufrufen von Standesführern (Muschalik und Sewering) ein starker Rückgang der Krankenhauseinweisungen zu verzeichnen war?

Gegen den Ruf „Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig!“ ist überhaupt nichts einzuwenden; dieses Motto hat es ja schon immer gegeben. Nur, wenn das jetzt so lautstark wiederholt wird, dann besteht die Befürchtung, daß wiederum wie vor 5 Jahren ein einschneidender Rückgang in der Belegung der Krankenhäuser eintritt. Doch schließlich werden die niedergelassenen Ärzte in kurzer Zeit erkennen müssen, daß sie die Verantwortung, die ihnen hier auferlegt wird, auf die Dauer doch nicht tragen können. Sie werden dann ihre Einweisungspraxis wieder ändern bzw. wieder so handhaben wie vorher. Die Gefahr besteht darin, daß dieser Zeitraum so lang sein wird, daß man womöglich von Länderseite aus Konsequenzen zieht und die Betten stilllegt, die

Wenn wir feststellen, daß dadurch Diagnostik oder Therapie verbessert werden wie durch die Computertomographie im diagnostischen Bereich, so bin ich der Meinung, sollten wir froh darüber sein und sie nicht wieder wegwünschen. Aber ich habe nicht feststellen können, daß bei uns durch diese Entwicklung bisher Arbeitsplätze eingespart wurden, im Gegenteil, es mußte doch qualifiziertes Personal zusätzlich eingestellt werden.

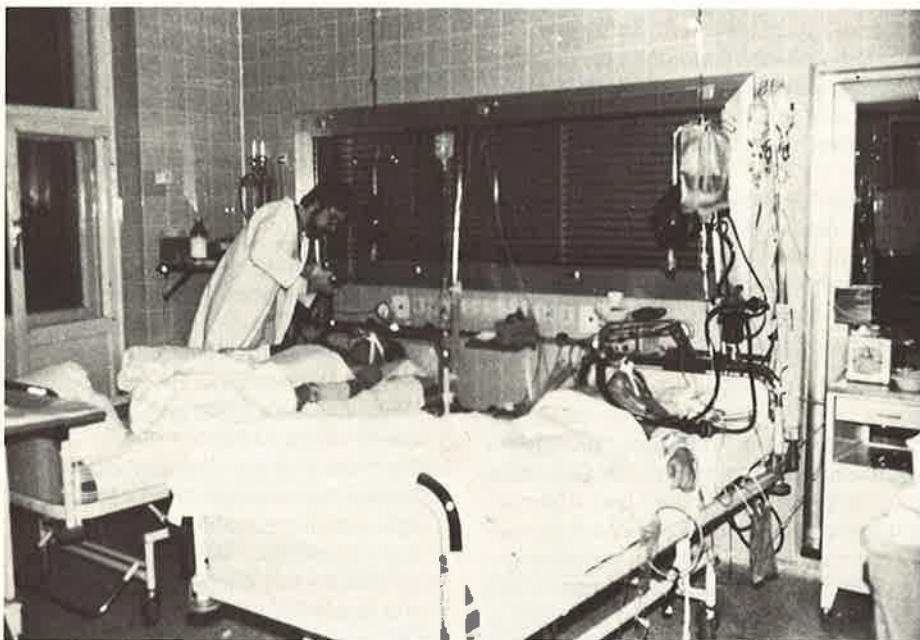
Geräte zu entwickeln und anzuschaffen, um in erster Linie dadurch Personal einzusparen, halte ich in dem sehr sensiblen Krankenhausbereich für völlig falsch. Deshalb wende ich mich auch gegen ein extremes Vorgehen bei Rationalisierungsmaßnahmen. Ich glaube, daß wir an der Grenze dessen angekommen sind, wo Apparaturen den Menschen im Krankenhaus ersetzen können.

Sie haben vor einiger Zeit den Vorschlag geäußert, Zivildienstleistende, die im Krankenhaus arbeiten, eine Ausbildung als Krankenpflegehelfer machen zu lassen und diese Ausbildung auf eine spätere Pflegeausbildung anzurechnen. Sollen damit nicht nur billige Arbeitskräfte gefunden werden?

Unsere Bedenken zur aktuellen Personalsituation sind, daß wegen der schwer zu besetzenden Stellen durch qualifiziertes Pflegepersonal zwangsläufig auf schlechter ausgebildetes Personal – und damit auch billigeres – zurückgegriffen wird. Das ist nicht im Sinne der Krankenhausträger und kann nur als eine Notlösung betrachtet werden.

Der Vorschlag, Zivildienstleistenden die Möglichkeit zu geben, den Krankenpflegeberuf auch nach Ableistung ihrer Zeit weiter auszuüben, ist von uns mit Sicherheit nicht unter dem Aspekt gemacht worden, damit billigere Arbeitskräfte zu bekommen, sondern vielmehr aus der Überlegung, daß es sich hierbei doch um bereits für diesen Beruf motivierte Leute handelt, die freiwillig in ein Krankenhaus gegangen sind. Im einzelnen lautet der Vorschlag so, daß zunächst eine Krankenpflegehelferausbildung absolviert werden könnte und, wenn der Betreffende sich für den Pflegeberuf entscheidet, er die Möglichkeit bekommen würde, das staatliche Krankenpflegeexamen abzulegen, unter Anrechnung der Zeit, die er als Zivildienstpflichtiger vorher abgeleistet hat. Selbstverständlich müßte ihm auch die Möglichkeit gegeben werden, am theoretischen Unterricht teilzunehmen. Es ist mir völlig klar, daß diese Vorschläge Gesetzesänderungen notwendig machen, damit sie sich in der Praxis auswirken können.

Vielen Dank für dieses Gespräch. ■



Personal erforderlich. Es war auch sehr schwierig, einzelne Krankenhäuser zu Modellversuchen zu gewinnen. Wenn nunmehr behauptet wird, man könne einen erheblichen Teil der Operationen in die Praxis verlegen und damit 5 Milliarden DM sparen, dann sollen damit auch Betten eingespart werden. Denn nur dadurch könnten Einsparungen im stationären Bereich erzielt werden. Geht es aber nur darum, dann kann durch die vorstationäre Diagnostik und die nachstationäre Behandlung sehr viel mehr an Betten eingespart werden. Bei einem Einsparen von Betten könnte freiwerdendes Personal im ambulanten Bereich eingesetzt werden.

Als Antwort auf Ihre Vorstellungen las man im Deutschen Ärzteblatt als „Kampfmotto: Soviel ambulant wie

dann nach kurzer Zeit wieder benötigt werden.

In vielen Krankenhäusern werden in zunehmendem Maße aufwendige technische Apparaturen wie z. B. Computertomographen oder automatische elektronische Überwachungseinrichtungen auf Intensivstationen oder sogar auf Allgemeinstationen eingesetzt. Sehen Sie hier Gefahren, daß dadurch Arbeitsplätze im Krankenhaus wegrationalisiert werden und die Betreuung des Patienten zu kurz kommt?

Ich sehe keine Gefahr, daß durch eine solche Entwicklung Arbeitsplätze gefährdet werden. Einerseits erkennen wir, daß die Medizintechnik sich enorm entwickelt hat.

Äthiopien: Ein vielversprechendes Gesundheitskonzept

Von Matthias Richter

Seit Absetzung von Kaiser Haile Selassie im September 1974 dringen nur selten und spärlich Informationen über die Entwicklung Äthiopiens in unsere Tagespresse. Kurze Meldungen über die kriegerischen Auseinandersetzungen in Eritrea und im Ogaden sind alles, was wir erfahren. Die bemerkenswerte innere Entwicklung der äthiopischen Gesellschaft, die unter Führung durch den „Provisorischen Militärischen Verwaltungsrat (DERG)“ den Sprung aus der mittelalterlichen Feudalordnung in den revolutionären Sozialstaat versucht, wird uns weitgehend vorenthalten. Zum besseren Verständnis des neuen Äthiopiens lohnt es sich deswegen, einen Blick auf das Gesundheitswesen und das gesundheitspolitische Konzept des neuen Äthiopiens zu werfen.

Äthiopien, ca. 5mal so groß wie die Bundesrepublik, liegt an geostrategisch bedeutsamer Stelle am Horn von Afrika. Drei unterschiedliche Klimazonen prägen das Leben der Bevölkerung. Riesige Tieflandsteppen und -wüsten im Osten, das Hochplateau mit relativ mildem und günstigem Klima und die Hochgebirgsregion. 95% der Bevölkerung lebt von Landwirtschaft mit einem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen von 192 DM pro Jahr.

Bis 1973 konnten nur 9% der Männer und 2% der Frauen lesen und schreiben. Nur 11% aller Äthiopier leben in größeren Städten. Die meisten Behausungen auf dem Lande bestehen aus primitiven Hütten ohne Wasser, Licht oder Latrinen. Bevorzugt wohnen die Äthiopier in weit voneinander entfernt liegenden Einzelgehöften. Über 50% dieser Ansiedlungen sind nur zu Fuß oder mit Eseln erreichbar.

Periodisch auftretende Hungersnöte bedrohen die Bevölkerung. 1973 versuchte die Regierung Haile Selassie das Massensterben vor der Weltöffentlichkeit zu verbergen. Hunderttausende kamen ums Leben, weil die internationalen Hilfsmaßnahmen zu spät eingeleitet wurden. Der Protest der Bevölkerung, vor allem der Schüler, Studenten, Lehrer und Taxifahrer gegen diese Politik, führte schließlich zum revolutionären Umsturz unter Führung des Militärs.

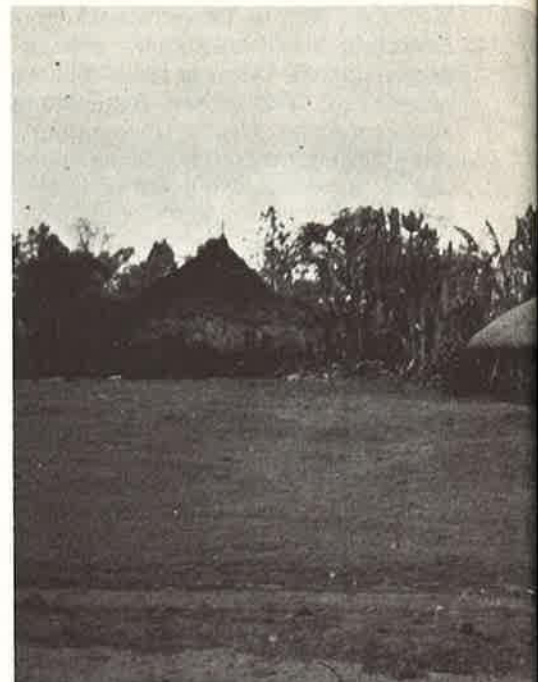
Das Gesundheitswesen vor der Revolution:

Trotz der relativ langen Geschichte der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in Äthiopien (1909 wurde bereits das erste Krankenhaus in Addis Abeba gebaut), blieb der Großteil der Bevölkerung unversorgt. Nur etwa 15% der Äthiopier konnten die 84 bis 1974 gebauten Krankenhäuser erreichen. 60% aller Ärzte arbeiteten in den Städten Addis Abeba und Asmara, obwohl dort nur 5% der Bevölkerung lebte.



Black Lion Hospital in Addis: Sinnbild eines fragwürdigen, überzogenen kurativen Medizinkonzeptes

Ein unter der alten Regierung erstellter Gesundheitsplan sah zwar die Errichtung von 4000 Sanitätsposten und 400 Gesundheitszentren vor. Bis 1974 waren jedoch nur ein Bruchteil davon in Betrieb genommen. Dabei ist seit Jahrzehnten offensichtlich, daß nur durch eine Verbreitung von basismedizinischen Einrichtungen die gesundheitlichen Probleme Äthiopiens zu bewältigen sind. 80% aller Erkrankungen sind nämlich sozial und klimatisch bedingte Infektions- und Tropenkrankheiten (Wurmerkrankungen, Amöbiasis, Typhus, Gastroenteritiden, Geschlechtskrankheiten, Lepra, Malaria, TB, Bilharziose, Leishmaniose, Rückfallfieber, Trachom etc.). Die meisten dieser Erkrankungen werden durch Fehl- und Mangelernährung erschwert. Infizierte Wasserstellen, ungenügende oder nicht vorhandene Latrinen und die allgemein armseligen Lebensverhältnisse sorgen für die ständige Verbreitung der Infektionskrankheiten. Die durchschnittliche Lebenserwartung betrug in Äthiopien unter diesen Bedingungen bisher 44 Jahre. Auch die sogenannten spezialisierten Gesundheitsdienste, die in den 50er Jahren zur Bekämpfung von Malaria, Tuberkulose, Lepra, Pocken, Trachom und



Ländliche Szene aus Sidamo

Geschlechtskrankheiten unter Aufbietung erheblicher personeller und materieller Mittel eingerichtet wurden, konnten keine nachhaltige Verringerung der Krankheitshäufigkeiten erreichen. Ausnahme bilden lediglich die Pocken, die im Rahmen weltweiter Impfkampagnen auch in Äthiopien (allerdings später als in vergleichbaren anderen Ländern) ausgerottet wurden.

Die Kritik an der bisherigen Gesundheitsversorgung wurde von der neuen Regierung folgendermaßen zusammengefaßt:

- 85% der äthiopischen Bevölkerung erhielt nicht einmal eine minimale Gesundheitsbetreuung. Die verfügbaren Gesundheitseinrichtungen waren eher kurativ als präventiv.
- Die Verteilung der Gesundheitseinrichtungen zugunsten der Städte benachteiligte die Landbevölkerung.
- Das Verhältnis von Einwohner/Gesundheitseinrichtung bzw. -personal war eines der schlechtesten der Welt.
- Die verschiedenen Ebenen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Basisseinrichtungen und spezialisierte Gesundheitsdienste) arbeiteten ohne gemeinsames Konzept und ohne Koordination.

Die heutige Gesundheitspolitik

In Anlehnung an die Grundprinzipien der „Nationaldemokratischen Revolution“, nämlich dem Selbst-Vertrauen und der Selbstständigkeit, wurden folgende gesundheitspolitische Grundsätze formuliert:

- Betonung der Präventivmedizin und der Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung.
- Betonung und Verbesserung der Versorgung der ländlichen Bereiche, um die breiten Massen der Bevölkerung zu erreichen.



- Annäherung an die Massen sowohl durch Entwicklung und Anwendung einer adäquaten Technologie als auch durch Einführung der vollen Mitbestimmung und Kontrolle der Gesundheitsarbeit durch die Bevölkerung.

Organisation:

Seit 1976 wurden als organisatorische Grundlage für die Selbstverwaltung und Mitbestimmung der Bevölkerung sogenannte „Kebeles“ geschaffen. Sämtliche Fragen des kommunalen Lebens werden in diesen Stadtviertel- bzw. Landkomitees diskutiert und entschieden. Eine ihrer wichtigsten Aufgaben ist z. B. die Durchführung der Alphabetisierungskampagne. Auch für die medizinische Grundversorgung sind die Kebeles verantwortlich. Der *Kebelegesundheitsdienst* soll pragmatisch, einfach und realistisch die Gesundheitsprobleme der Bewohner lösen. Er soll Unterricht geben in Fragen der persönlichen und öffentlichen Hygiene, soll die Mutter-und-Kindbetreuung übernehmen, Infektionskrankheiten kontrollieren und Erste Hilfe leisten in medizinischen und chirurgischen Fällen. Der *Kebelegesundheitsarbeiter* wird von den Bewohnern aus ihrer Mitte gewählt. Er erhält eine 4monatige Ausbildung und wird durch die Kebele bezahlt.

Mehrere Kebeles bilden als nächsthöheres Komitee eine *Woreda*. Dies entspricht im Gesundheitswesen der Einrichtung eines Sanitätspostens, der von besser ausgebildeten Schwestern, Pflegern und Helfern betreut wird. Ihre Aufgabe ist die Koordination der präventivmedizinischen Maßnahmen, die kurative Behandlung der schwierigeren Fälle und die Ausbildung und Betreuung der Kebelegesundheitsarbeiter.

Übergeordnet sollen diese Woreda-Sanitätsposten auf Landkreisebene (*Awraja*) von kleinen Krankenhäusern versorgt wer-

den, in denen auch Ärzte arbeiten und in denen eine stationäre Behandlung in beschränktem Umfang möglich ist. Als oberste Versorgungsstufe ist außerdem in jeder der 14 Provinzen mindestens ein größeres Krankenhaus für die Behandlung der Schwerstkranken und für die Leitung der gesamten Gesundheitsmaßnahmen zuständig.

Die Einrichtungen der früheren „spezialisierten Gesundheitsdienste“ wurden voll in die neue Organisationsstruktur integriert.

Ausbildung:

Die Ausbildung im Gesundheitssektor war früher durch drei Hauptprobleme gekennzeichnet:

- Die Zahl der Schulen und Fakultäten war zu gering.
- Die Lehrinhalte waren nicht den Erfordernissen Äthiopiens angepaßt, sondern nach dem Standard westlicher Industrienationen ausgerichtet.
- Es gab keine Möglichkeit der regelmäßigen Weiterbildung insbesondere für die Schwestern, Pfleger und Ärzte, die auf dem Lande arbeiteten.

Aus diesem Grunde wurden und werden neue Lehrpläne und Ausbildungsgänge ausgearbeitet. Dabei sollen die konkreten Gesundheitsprobleme Äthiopiens berücksichtigt werden, die Ausbildung soll kürzer und effektiver werden, wobei die Bevölkerung die Gesundheitsarbeiter für die verschiedenen Ausbildungsgänge selbst auswählen soll.

Als konkrete Maßnahmen wurden zunächst die Ausbildungszeiten der Ärzte und Schwestern um 2 bzw. 1 Jahr verkürzt. Die Ausbildungskapazität in den medizinischen Schulen in Addis und in Gondar wurden auf je 100 Studenten pro Jahr erhöht. Da der Bedarf dennoch bei weitem

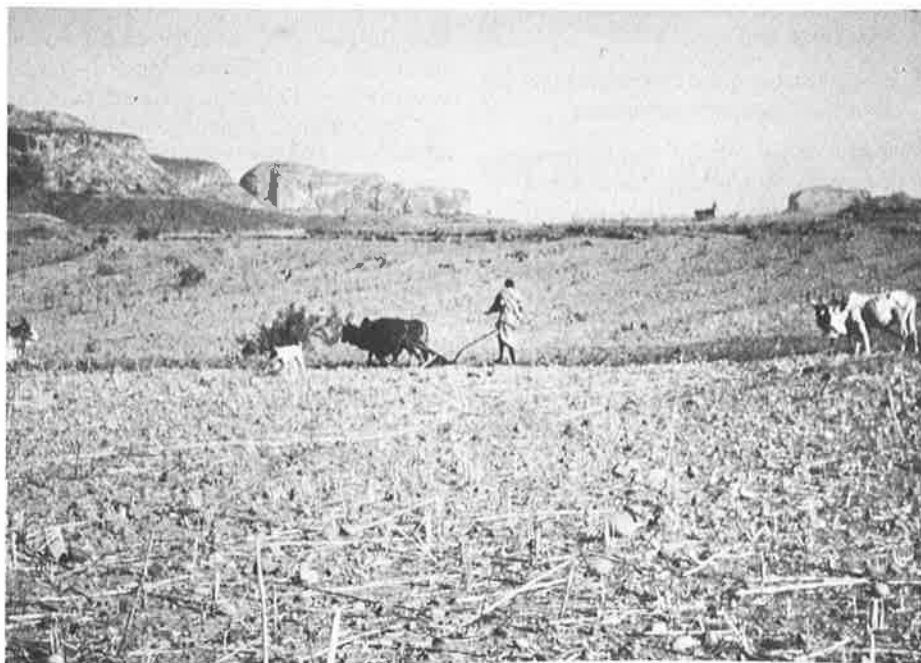
nicht gedeckt werden kann, studieren über 300 Äthiopier Medizin im Ausland und weitere Auslandsstipendien sollen vergeben werden, allerdings mit der Verpflichtung zur Rückkehr nach Äthiopien.

Dürregebiete und Kriegszustand

Bei der Beurteilung der Verwirklichung der gesundheitspolitischen Ziele muß man bedenken, mit welchen Schwierigkeiten der Gesundheitssektor derzeit immer noch belastet ist. Äthiopien befindet sich vor allem in Eritrea und den angrenzenden Provinzen im Kriegszustand. Trotz internationaler Hilfsaktionen ist die Lebensgrundlage der in den Dürregebieten lebenden Bevölkerung von Wollo und Tigre immer noch nicht gesichert. Durch Massenumsiedlungen versucht man z. Z. Hunderttausende von Menschen aus Wollo und Tigre in den Südpunkten Harrarge, Bale und Sidamo neu anzusiedeln. Erfolg oder Mißerfolg dieser Aktion läßt sich noch nicht abschätzen.

Rolle der BRD?

Festzuhalten bleibt, daß in Äthiopien ein vielversprechendes, an der Basis- und Präventivmedizin orientiertes gesundheitspolitisches Konzept entwickelt wurde, das unsere Anerkennung und Unterstützung verdient. Um so bedauerlicher ist es, daß aus politischem Kalkül die Kapitalhilfe der BRD seit dem Umsturz im Jahre 1974 eingefroren wurde und auch 1981 die letzte Zusage der Bundesrepublik für finanzielle Zusammenarbeit weniger als die Hälfte der letzten Zusage für Kaiser Haile Selassie betrug (10 Mio DM – Vergleich: Ägypten 250 Mio DM, Somalia 40 Mio DM). ■



Ländliche Szene aus Wollo

buch *Kritik* buch

Klaus-Dieter Thomann: Alfons Fischer (1873—1936) und die Badische Gesellschaft für Soziale Hygiene.

Pahl-Rugenstein-Verlag 1980,
365 Seiten;

In der Reihe Hochschulschriften ist K.-D. Thomanns Dissertation über das sozialhygienische Lebenswerk eines bedeutenden, zu Unrecht fast vergessenen Arztes, Alfons Fischer, erschienen. Fischer war niemals hauptberuflich im öffentlichen Gesundheitsdienst oder als Hochschullehrer tätig. Im Gegensatz zu Alfred Grotjahn, seinem bekannteren Zeitgenossen und Fachkollegen, dem ersten Ordinarius für Soziale Hygiene in Deutschland, entwickelte er seine sozialhygienischen Anschauungen, Programme und Perspektiven unmittelbar aus der ärztlichen Praxis als niedergelassener Arzt heraus, entfaltete eine umfangreiche publizistische Tätigkeit in seiner Freizeit und betätigte sich als unermüdlicher ehrenamtlicher Organisator fortschrittlicher gesundheitspolitischer Einrichtungen.

Inhaltliche Schwerpunkte in seiner Tätigkeit zur Sicherung der Gesundheit der unterprivilegierten Bevölkerungsschichten waren nach Thomann:

1. die systematische Erforschung des Zusammenhangs von sozialer Lage und Krankheit,
2. eine reformerische Gesundheitspolitik zur Beseitigung der größten sozialen Mißstände und
3. die Erforschung der Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens.

Thomann stützt sich auf eine bemerkenswert günstige Quellenlage, denn Alfons Fischer hinterließ einen wohlgeordneten Nachlaß, der bisher noch nicht ausgewertet war. Dieser Nachlaß, der sich im Senckenbergischen Institut für Geschichte der Medizin der Universität Frankfurt am Main befindet, stand Thomann für seine Arbeit zur Verfügung.

In Thomanns Arbeit tritt Alfons Fischer hervor als ein engagierter Philanthrop mit scharfem Blick für die Klassenunterschiede, als Vorkämpfer des Rechts auf Gesundheit für die gesamte Bevölkerung. Nach seiner Auffassung sollte die Aufgabe des Staates darin bestehen, „daß nicht nur die Heilung der Krankheiten, sondern in erster Linie die Erhaltung der Gesundheit von dem Besitzer eines Kapitals unabhängig

Klaus-Dieter Thomann

Alfons Fischer (1873–1936)
und die Badische Gesellschaft
für soziale Hygiene

Pahl-Rugenstein
Hochschulschriften 54

sind.“ Als Kern seiner gesundheitspolitischen Veränderungsforderungen ist die Verstaatlichung des Ärzteswesens zu sehen, die er für einen Schlüssel zur Eröffnung eines in seinem Sinne sozialen und humanen Gesundheitswesens hielt. Thomann schildert Fischers unermüdlichen Einsatz für die Mutterschaftsversicherung, die Reichswochenhilfe, die obligatorische Familienversicherung, seine zentrale Rolle als Initiator und führende Persönlichkeit der „Badischen Gesellschaft für Soziale Hygiene“. In der Arbeit wird deutlich, daß Alfons Fischer gegen geradezu unglaubliche Vorurteile und Klassenbarrieren zu kämpfen hatte, daß er in der Art eines Sisyphus mit seinen Ideen und Plänen mühselig vorrückte und Serien von Niederlagen erlitt. Er scheiterte bei dem Versuch, Hochschulinstitute für Soziale Hygiene durchzusetzen, er scheiterte bei dem Versuch der Bildung eines Reichsgesundheitsparlaments, er scheiterte auch bei vielen Bestrebungen der von ihm gegründeten „Badischen Gesellschaft für Soziale Hygiene“.

Wenn er Bilanz zog, mußte er nicht selten erkennen: „Hier hat wieder einmal eine gesetzgebende Körperschaft die Gelegenheit, einen dringend notwendigen sozialhygienischen Fortschritt herbeizuführen, vorübergehen lassen.“ Große Hoffnungen setzte Fischer in die November-Revolution, von der er hoffte, daß aus ihr ein „neuer Volksstaat“ entstehen würde, in dem er seine gesundheitspolitischen Zielsetzungen verwirklicht sehen würde. Kurz nach dem Sturz der Monarchie schrieb Fischer: „Die Sozialhygieniker dürfen hoffen, daß den Forderungen, die sie seit Jahren und Jahrzehnten gestellt haben, in Zukunft mehr Verständnis als bisher entgegengebracht wird. Ist doch eine der wichtigsten gesundheitlichen Maßnahmen, der 8-Stunden-Tag, sogleich nach dem Umsturz eingeführt worden.“ Die Arbeit bietet einen dokumentarischen Überblick darüber, wie sich Fischers weitgesteckte Ziele in der Weimarer Republik nur zum geringen Teil erfüllten und wie er unter der Machtübernahme des Faschismus zu seinem Lebensende unter immer stärkeren Druck restaurativer Zwänge geriet. 1935 erhielt er Schreibverbot durch die Reichsschrifttumskammer. Der Faschismus schritt über ihn hinweg, „unbekümmert um das Gewinsel einer trügerischen Humanität“.

K.-D. Thomanns Arbeit ist von hohem dokumentarischem Wert, eine wichtige Quelle auch für die heutigen Perspektiven humaner und sozialer Gesundheitssicherung.

Hans Mausbach

Dr. med. Mabuse

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 inwahr basisdemokratisches Zeitschriftenprojekt, das auf weite 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 Ungrenzen 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
Forderabsch. 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 180 171
2400 Lübeck 16

Die Nr. 2 / 81 ist erschienen und bringt u.a.:
Gen-Technologie / Fluglärm / Aufruf zum Gesundheitstag 1981 / Krebs: Falsche Hoffnung und traurige Realität / Das Gesundheitswesen in El Salvador und Nicaragua / Plutoniumverseuchung / Irland-H-Block / 2 Buchbesprechungen / Kurzmeldungen / Kleinanzeigen, ne Menge Leserbriefe ... und v.a.m.

buch *Kritik* buch

Körperbehinderte

Cloerkes: Einstellungen und Verhalten gegenüber Körperbehinderten, Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin, 2. Auflage, 575 Seiten, Paperback DM 44,-

Cloerkes versucht mit seinem Buch eine Bestandsaufnahme von 403 (meist amerikanischen) Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der „Soziologie der Behinderten“ vorzunehmen. Gleichzeitig fordert er die BRD auf, die amerikanischen Ergebnisse zu überdenken und eventuell Konsequenzen zu ziehen.

Das Buch gliedert sich in einen theoretischen und empirischen Teil. Im ersten erfolgen Begriffsbestimmungen von z. B. Körperbehinderung, Stigma, Vorurteil usw. Dann macht er mit den verschiedenen Erklärungsversuchen der Einstellungen gegenüber Körperbehinderten bekannt: dem psychoanalytischen, psychologischen, sozialpsychologischen und soziologisch orientierten Ansätzen. Er erklärt z. B. die Schuldangst, die Krankenrolle, den Vorurteils-Ansatz. Alle Aussagen werden vielfach belegt mit zahlreichen Literaturangaben.

Im zweiten Teil führt er viele empirische Untersuchungen über Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber physisch abweichenden Personen an. Neben Definition der Begriffe zeigt er die Schwierigkeit der Forschung auf diesem Sektor. Eine eindeutige Stellungnahme gegenüber Behinderten ist nicht möglich: „Immerhin gibt es Anhaltspunkte dafür, daß bei offen verbalisierten Einstellungen dem Forscher gegenüber eine positivere soziale Reaktion vorgetäuscht wird als es bei der Erfassung tatsächlichen Verhaltens der Fall wäre.“ (S. 165)

Die Art der Behinderung ist sehr wichtig für die soziale Reaktion, ebenso die Sichtbarkeit und das Ausmaß der Funktionminderung.

Interessant ist, daß „wir es (aufgrund der Untersuchungen) mit einer relativ starren und offenbar grundlegenden Einstellung zu tun haben. Ein ganz entscheidendes Kriterium dürfte die Verletzung sozio-kulturell bedingter Standards durch die behinderte Person sein“ (S. 254). In den nächsten Kapiteln geht es auf diese kulturelle Bedingtheit von Einstellungen und deren Entstehung ein.

Bei der zusammenfassenden Kritik der angeführten Untersuchungen weist Cloerkes auf die teilweise erheblichen methodischen Schwächen hin und macht Verbesserungsvorschläge. Es liegen weit weniger Untersuchungen über Verhalten gegenüber Körperbehinderten vor, als über die Einstellungen. Cloerkes zeigt deutlich die Tendenz der Kontaktvermeidung, führt eine Reihe typischer sozialer Reaktionen auf (Anstarrten, taktlose Fragen, Witze, Mitleid...) und weist auf die Schwierigkeit der sozialen Integration physisch abweichender Personen hin.

In dem Kapitel „Zusammenfassung und Ausblick“ zeigt Cloerkes noch einmal kurz und klar die wichtigsten Ergebnisse. Er meint, daß auf dem Gebiet der „Entstigmatisierung“ geforscht werden müsse und leitet die Arbeitsschwerpunkte aus seiner Bestandsaufnahme ab

(Grundhaltung, Leistungsprinzip, irrationale und affektive Verhaltensweisen, Kontaktvermeidungstendenz). All dies geht aber nur in Zusammenarbeit mit den Behinderten, deren Stärkung der Handlungskompetenzen ein erster Schritt zur Normalisierung der unnatürlichen Begegnung wäre.

Dies Buch ist wissenschaftlich geschrieben und nicht einfach zu lesen, doch sehr interessant. Es fordert auf, entsprechende Literatur selbst nachzulesen und zeigt das breite Spektrum der Ursachen, Bedingungen und Ausprägungen von Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Körperbehinderten. Konsequenzen aus diesen Ergebnissen muß der Leser selbst ziehen.

Ich kann es jedem empfehlen, den die Problematik betrifft, der sein Wissen vertiefen will und etwas Energie zum Durchkauen (Text) hat.

Ulla Funke



Joni Eareckson, Joni, 240 Seiten, 14. Auflage 1980, Joni, der nächste Schritt, 225 Seiten, 2. Auflage 1979, Verlag Schulte + Gerth, Asslar

Auf dem Buchumschlag steht, dies sei „der erschütternde Bericht über Kampf und Sieg einer durch Unfall gelähmten jungen Frau“.

Joni Eareckson beschreibt in diesem Buch anschaulich und emotional ihren Unfall, die Folgen und Auswirkungen. Anfangs nahm sie an, daß die Querschnittslähmung eine Strafe Gottes für vorehelichen Geschlechtsverkehr war und gelangt im Laufe des Buches zu der Überzeugung, daß der Unfall eine Prüfung Gottes sei. Manchmal spricht sie von ihrer Behinderung auch so, daß es wie eine Art Lob Gottes klingt. Das Buch enthält sehr viele Psalmen, Bibelsprüche und

christliche Äußerungen. Es erscheint schon fast scheinheilig und beherbergt die Gefahr, beim Leser ein schlechtes Gewissen für seine eventuell vorhandene Gesundheit hervorzurufen. Joni hat blindes Gottvertrauen, fügt sich in ihr Schicksal, zeigt keine eigene Verantwortung und Selbständigkeit. Sicherlich ist es eine furchtbare Erfahrung, gelähmt zu werden und ein großer Erfolg, im Rollstuhl sitzend mit dem Mund Bilder zu malen. Doch vermißt man jegliche Selbstkritik – jedes Ereignis wird als Fügung Gottes dankbar hingenommen. Kein Wort über die Verbesserung der Lage der Behinderten oder Vorsorge oder Möglichkeiten der Rehabilitation, über die Vermeidung von weiteren Folgen. Nichts über die Haltung und Reaktionen der Umwelt auf die veränderte Lage einer Behinderten.

Ich kann das Buch nicht weiterempfehlen, da es an der Realität und den Problemen der Behinderten vorbeigeht und das Sendungsbewußtsein Jonis etwas zu dick aufgetragen ist. Diese Kritik gilt auch für das zweite Buch Jonis: „Der nächste Schritt“.

Ulla Funke

Kinderarbeit in der Bundesrepublik und im Deutschen Reich

Eine Bestandsaufnahme über Ausmaß und Folgen der Beschäftigung von Kindern und über den gesetzlichen Kinderarbeitsschutz. Mit zahlreichen Dokumenten und einer Unterrichtseinheit. Verlag Die Arbeitswelt, Berlin, 1980, 176 Seiten, 14,80 DM

Elke Stark-von der Haar Heinrich von der Haar

Wer bisher glaubte, Kinderarbeit sei in der Hauptsache ein Problem der „Dritten Welt“ und in hochentwickelten Industriestaaten vollkommen inaktuell, der wird sich nun umstellen müssen. Denn die Dokumente und Beispiele, die in dieser umfassenden Studie zusammengetragen worden sind, lassen sich nicht einfach vom Tisch wischen. Zwar läßt sich die heutige Kinderarbeit auch nicht annähernd mit den bitteren Zeiten frühkapitalistischer Ausbeutung vergleichen. Dennoch ist das Ausmaß der heutigen Kinderarbeit so bedeutend, daß man sie nicht einfach durch den Vergleich mit unendlich viel schlimmeren Zeiten als Randproblem abtun kann. Zudem wird man wohl mit Recht an einen „modernen Sozialstaat“ andere Maßstäbe anlegen dürfen als an Kaiserreich oder gar NS-Diktatur.

buch *Kritik* buch

Elke Stark-von der Haar
Heinrich von der Haar

KINDERARBEIT



in der
BUNDESREPUBLIK
und im Deutschen Reich

Eine Bestandsaufnahme über Ausmaß und
Folgen der Beschäftigung von Kindern
und über den gesetzlichen Kinderschutz
Mit zahlreichen Dokumenten und einer
Unterrichtseinheit

Verlag Die Arbeitswelt

So kann man es unmöglich hinnehmen, daß trotz verschärfter Arbeitsschutzbestimmungen immer noch über 300 000 Kinder in der Bundesrepublik für Lohn arbeiten. Die Gewerkschaften bemühen sich seit langem um ein vollständiges Verbot der Kindererwerbstätigkeit. Bislang aber wurde durch zahlreiche Ausnahmegenehmigungen entweder dieses Verbot sowieso durchlöchert, oder es wurde wegen fehlender Kontrolle immer wieder unterlaufen.

Als Ursachen für diesen eher zunehmenden Anteil der Kinderarbeit nennen die Autoren auf Unternehmerseite

- Interesse an besonders hohem Gewinn und
 - Interesse an zeitweiligen Aushilfskräften.
- Bei Kindern und Eltern sind die Ursachen entsprechend anders gelagert:
- geringes Familieneinkommen
 - zu wenig oder kein Taschengeld
 - „Probearbeit“ für einen Ausbildungsplatz.

Zur Rechtfertigung für die Kinderarbeit wird daneben nicht selten angeführt, daß Kinderarbeit auch eine erzieherische Funktion haben könne. Das wird nicht bestritten. Aber in den meisten Fällen bleibt das pure Ideologie, weil die Arbeit nicht nach erzieherischen Zielen organisiert wird, sondern nach Profitgesichtspunkten.

Helmut Copack

Umweltprobleme durch Asbest:

Das Umweltbundesamt hat folgenden Band herausgegeben:

Luftqualitätskriterien „Umweltbelastungen durch Asbest und andere faserförmige Feinstäube“, Berichte 7/1980 des Umweltbundesamtes, Erich Schmidt Verlag, Berlin-W 1980.

Eine Besprechung dieses Bandes erfolgt in der nächsten Ausgabe.

Arbeitsmedizin

Böhme, Hans (Hg.): Arbeitsgestaltung und Arbeitsschutz, insbesondere Dienstplangestaltung im Krankenhaus – Recht und Wirklichkeit, Lempp-Verlag, Schwäbisch Gmünd, 2. Auflage, 1981, 266 S., 33,- DM

Keine fachjuristische Abhandlung, sondern eine Aufarbeitung ausgewählter Probleme der Arbeitsbedingungen im Pflegebereich durch Betroffene ist dieses nun in einer 2., erweiterten Auflage erschienene Buch.

Der Herausgeber, Rechtsanwalt H. Böhme, Dozent im Fach Rechtskunde an der Krankenpflegehochschule des DGB-Fortbildungswerkes Stuttgart, hat wieder eine Reihe von Abschlußarbeiten des Kursus „Pflegedienstleitung“ in diese Ausgabe aufgenommen, und die Ausgabe dabei um den Schwerpunkt „Dienstplangestaltung“ ergänzt.

Ausgehend von einem Modell eines Mensch-Arbeit-Systems, dessen jeweilige Pole „Mensch“ und „Arbeit“ entweder über eine Anpassung des Menschen an die Arbeit oder über eine Anpassung der Arbeit an den Menschen vermittelt werden können, werden verschiedene Aspekte der Arbeitsgestaltung im Krankenhaus in Einzelbeiträgen abgehandelt.

Arbeitsorganisation, Arbeitsschutz und andere Bestandteile der Arbeitsbedingungen werden anhand ihrer rechtlichen Grundlagen dargestellt und diese jeweils mit der Krankenhauswirklichkeit verglichen.

Ergebnis: Vorschriften und Regelungen, die juristisch in das Mensch-Arbeit-System eingreifen, werden entweder oftmals nicht eingehalten oder sie sind teilweise ungenügend.

Neben Darstellungen über Theorie und Praxis von Unfallverhütungsvorschriften im Krankenhaus, Regelungen nach dem Mutterschutzgesetz und der Röntgenverordnung finden sich insgesamt 6 Beiträge zu Arbeitszeitregelungen und Dienstplangestaltungen.

Besonders sei hier der Beitrag von Rechtsanwalt G. Gaßmann zu den unterschiedlichen Arbeitszeitbegriffen im Arbeitsrecht und der Beitrag Böhmes zu ausgewählten Dienstplangestaltungsproblemen erwähnt, der immerhin die für die Praxis wichtige Feststellung trifft, daß der herkömmliche Schaukeldienst rechtlich unzulässig ist. (S.216)

Die stark beispielhaftbezogene Darstellungsweise einzelner Beiträge führt gelegentlich zu einigen Unübersichtlichkeiten und Wiederholungen. Ärgerlich sind Ausmaß und Form der Literaturangaben. Man würde sich einen gesonderten Literaturteil wünschen, der auch Erscheinungsjahr und -ort der zitierten Bücher aufführen sollte.

Jedoch erhebt das Buch keinen wissenschaftlichen Anspruch. Seine Stärke liegt gerade darin, daß hier Autoren ihre Praxiserfahrung haben einbringen können.

Insofern ist zu hoffen, daß dieses Buch entsprechend der Vorstellung des Herausgebers tat-

sächlich zu einem Handbuch der Arbeitsgestaltung für Praktiker im Krankenhaus wird, und zwar nicht nur für „Verantwortliche“ für Arbeitsgestaltung, sondern für die Betroffenen selber.

Thomas Elkeles

Adam Hehn/
Paul-Helmut Lang/
Elke Hansen

aktuell
roro
roro

Mögliche Nebenwirkung Tod

Zeugnis aus dem Inneren
der Pharmaindustrie

«Die große Vergiftung» – Folge 2

Arzneimittel

Hahn/Lang/Hansen: Mögliche Nebenwirkung Tod, rororo aktuell Über einen „ganz gewöhnlichen Arzneimittelskandal“

Ein Buch für die Kitteltasche, ein Leitfaden in Sachen Pharma-Skandal, eine Schrift, die Grundwissen über Manipulationen aus dem Inneren der Pharmaindustrie vermittelt.

Dieses Büchlein liest sich fast wie ein guter Krimi. Anhand eines einzigen, gut bekannten Präparats (Prigenta) werden logisch, klar und detailliert die einzelnen Stationen eines grotesken und traurigen Pharmaverbrechens aufgerollt: Der Tod einer Patientin, die seit Jahren bekannten und verarmten Nebenwirkungen, die Rolle der Pharmavertreter und die Funktion staatlicher Stellen. Der ganze obskure Hintergrund (Gefälligkeitsgutachten, sogenannte wissenschaftliche „Jubelberichte“ etc.) wird ausgeleuchtet und mit zahlreichen Dokumenten belegt.

Von dieser preiswerten Broschüre (DM 5,80) sollte man sich gleich ein paar mehr zulegen: zum Verschenken an die Unverbesserlichen, die noch immer an die lauterer Absichten der Pharma-Konzerne glauben.

Ein Buch, dem man eine große Auflage und starke Verbreitung wünscht, damit sich die kritische Öffentlichkeit vergrößert und die Front gegen die Machenschaften der Pharmamultis verstärkt wird.

F. Richter

In eigener Sache

Auf der letzten Sitzung der Herausgeber wurde der Kreis um sieben weitere, gesundheitspolitisch engagierte Kolleginnen und Kollegen erweitert. Wir stellen die „Neuen“ auf dieser Seite vor. Nach unserer und der Herausgeber Meinung war die Erweiterung längst überfällig. Von Anfang an hatten wir uns einige (gerechtfertigte) Kritik eingehandelt, da der Kreis deutlich akademikerlastig war. Wo blieb da unser Anspruch? Der dauerhafte Leser des Impressums wird bemerkt haben, daß zwischen Nr. 2/80 und 3/80 die Akademikertitel weggefallen sind. Natürlich konnte diese Formalie nicht alles sein. Neben einer aktiven Beteiligung an der inhaltlichen Gestaltung ist die wesentliche Aufgabe der Herausgeber, für die Zeitschrift politisch geradzustehen; d. h. nicht, daß sie mit jedem Artikel einverstanden sind, aber doch, daß sie die grundsätzlichen Aussagen der Zeitschrift mitunterstützen. In diesem Sinne haben sich alle Beteiligten bemüht, Kolleginnen und Kollegen für die Mitarbeit zu gewinnen, die sich für demokratische Alternativen zum herrschenden Gesundheitsbetrieb starkmachen, andererseits auch einen möglichst breiten Ausschnitt aus der fortschrittlichen Gesundheitsdiskussion darstellen.

(Die Red.)

Wolfgang Münster

Wolfgang Münster ist 33 Jahre alt. Nach einigen Jahren Hilfspflegertätigkeit an Allgemeinkrankenhäusern ist er seit 13 Jahren in der Psychiatrie beschäftigt. Seit 1972 examinierter Pfleger mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung ein Jahr später. Von 1968 bis 1973 hat er alle Bereiche im LKH Düsseldorf kennengelernt. Danach arbeitete er im LKH Mönchengladbach-Rheydt hauptsächlich im ambulanten Bereich – Krisenintervention, Hausbesuche, Teestubenarbeit etc. Seit 1978

ist er Pflegedienstleiter im Fachkrankenhaus für Suchtkranke in Langenberg und Leiter eines Altenpflegeheimes beim gleichen Träger. Seit 13 Jahren ist Wolfgang Münster in der ÖTV, seit 10 Jahren in der DGSP (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie) tätig – seit 1980 im Bundesvorstand.



Christina Pötter

Christina Pötter ist 29 Jahre alt. Während ihrer Ausbildung zur Krankenschwester an der Uniklinik in Marburg arbeitete sie im Arbeitskreis Kritische Medizin, einem Zusammenschluß von Gewerkschaftern zur Diskussion von Ausbildungs- und Berufsfragen, mit. In dieser Zeit trat sie auch der ÖTV bei. Nach dem Staatsexamen war sie zunächst in verschiedenen Bereichen der Inneren Medizin tätig, wurde dann Unterrichtsassistentin an der DRK-Krankenpflegeschule. 1975 trat sie aus dem DRK aus und arbeitete ab 1976 auf einer Intensivstation an der Uniklinik Gießen. Hier wurde sie auch in den Vertrauensleute-Vorstand der Kliniken gewählt. Nach ihrer Teilnahme an einem Pflegedienstleiter-Lehrgang beim Fortbildungswerk des DGB war sie



Unterrichtsschwester und stellvertretende Pflegedienstleiterin im Kreiskrankenhaus Lich. Ihre Bewerbung um die freigewordene Leiterstelle wurde wegen ihrer Aktivitäten im VVN – Bund der Antifaschisten – abgelehnt. Jetzt ist sie Lehrkraft am Fortbildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen des Berufsfortbildungswerkes des DGB in Frankfurt.

Annette Schwarzenau

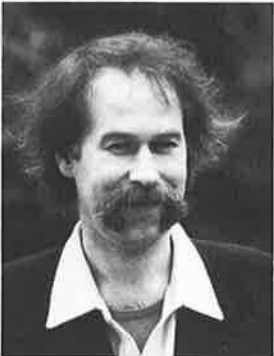
Seit 1968 ist Annette Schwarzenau als examinierte Schwester im Pflegeberuf tätig, seit 13 Jahren lebt und arbeitet sie in West-Berlin. 1971 wurde sie in den Abteilungsvorstand Krankenpflegedienst der ÖTV gewählt. Von 1973 bis 1980 war sie Personalratsvorsitzende im Krankenhausbetrieb Wilmsdorf. Einen Arbeitsschwerpunkt bildete hier der Kampf gegen die Sparpolitik. In dieser Zeit wurden in West-Berlin 2500 Betten „abgebaut“ (7500 sollen folgen). Im Frühjahr 1980 trat sie von dem Vorsitz (und der Freistellung) zurück um wieder in das Berufsleben zu finden. Sie arbeitet seitdem als Stationschwester auf einer Station für 53 (!) geriatrische Patientinnen. Durch den Einsatz von ÖTV und Personalrat ist es hier gelungen, die Planstellen für die Geriatrie um 30% zu erhöhen. Um überzeugend für mehr Planstellen – und damit mehr Pflege – eintreten zu können, hält sie es für besonders wichtig, die Grundpflege, zu der auch die psychosoziale Betreuung gehört, in den Mittelpunkt des Pflegeberufes zu stellen und die Arbeitsinhalte klar zu definieren.



Alf Trojan

Jahrgang 1944. Hat 1965 mit dem Medizinstudium begonnen und ein Jahr nach dem Staatsexamen, 1971, promoviert. 4 Jahre später schloß er auch sein Zweitstudium in Soziologie mit Promotion ab. Er war dann zunächst als wissenschaftlicher Assistent für Medizinische Soziologie am Uni-Krankenhaus Hamburg tätig. Nach einer medizinisch-soziologischen Zusatzausbildung an der Universität London wurde er 1979 zum Privatdozenten ernannt.

Alf Trojan sieht seine Arbeitsschwerpunkte in psychiatrischer Soziologie (Basisversorgung, Versorgung chronisch Kranker), und in der Erforschung der Medikation und Alkoholfabhängigkeit. Seit Herbst 1979 ist er an einem Forschungsprojekt über Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen beteiligt.



Harald Skrobles

Harald ist 41 und selbständiger Apotheker am Gesundheitszentrum Riedstadt. Nach vielen enttäuschenden Erfahrungen in Handel und Industrie sieht er hier eine sinnvolle Aufgabe, da im Gesundheitszentrum eine gleichberechtigte Kooperation mit Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen möglich ist. Offenheit in finanziellen Fragen und die Einkommensbegrenzung im Zentrum machen für ihn gesundheitspolitische Aktivität ohne Profit-Hintergedanken möglich: z. B. glaubhaft

Aufklärung über Nutzen und Gefahren der Pharmakotherapie. Dabei stehen auch Handlungsanweisungen zur Verhaltensänderung im Vordergrund, für die keine Medikamente benötigt werden. Ein wesentliches Ziel des Zentrums ist es, Zusammenhänge zwischen Wohnen, Arbeiten, Freizeitmöglichkeiten und bestimmten Beschwerden der Bevölkerung herauszuarbeiten und mit den Betroffenen für politische Veränderungen einzutreten.



Barbara Wille

Barbara Wille ist 36 Jahre alt und hatte eine Buchhändlerlehre abgeschlossen, ehe sie 1972 die Krankenschwesterausbildung an der Uni Marburg begann. Während der Ausbildung war sie am Aufbau einer Schülerverwaltung beteiligt und zuletzt Schulsprecherin. Wegen Einstellungsstopp wurde sie nach dem Examen nicht übernommen. Seit 1976 arbeitete sie als Stationschwester in der Inneren der Uniklinik Göttingen. Als sie 1979 beim DRK kündigte und in den öffentlichen Dienst übernommen werden wollte, versuchte die Landesregierung gegen sie ein Berufsverbot durchzusetzen, wegen ihrer aktiven Arbeit in der DKP. Eine große Solidarität und entsprechende Gerichtsurteile verhinderten dies. Heute ist sie Mitglied des Gesamtpersonalrates der Uni Göttingen und in die ÖTV-Vertrauensleuteleitung der Klinik gewählt. Die Schwerpunkte ihrer Arbeit sieht sie in einer Behebung des Personalmangels als wichtigste Voraussetzung für eine humane Krankenpflege.



Brigitte Kluthe

Geboren am „Tag der Arbeit“ im Jahr 1945, hat Brigitte Kluthe während ihres Studiums in Frankfurt über Wohnheimkontakte den SDS (Sozialistischen Deutschen Studentenbund) kennengelernt. Während des Studiums arbeitete sie in der Fachschaftsvertretung und im Studentenparlament mit. In der Medizinalassistentenzeit schloß sie sich der „Basisgruppe Medizin“ in Frankfurt an, einer Arbeitsgruppe aus Studenten, Krankenschwestern und Ärzten, die sich z.B. mit der Entwicklung eines fortschrittlichen Gesundheits- und Krankheitsbegriffes beschäftigte. Später hat sie diese Aktivitäten im Rahmen einer ÖTV-Gruppe fortgesetzt. Während ihrer Assistenzarztzeit in der „Inneren“ am Dreieichkrankenhaus Langen (sog. erste Hessenklinik) war sie von 1971-77 als



ÖTV-Mitglied im Personalrat. 1973 beteiligte sie sich mit einem Beitrag über das „Modell Hessenklinik“ am Marburger Kongreß „Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt“. Seit 1976 hat Brigitte Kluthe sich mit Alternativen in der ambulanten Versorgung intensiver beschäftigt. Seit 1978, nach einer internistischen Oberarztzeit im Kreiskrankenhaus Seligenstadt, ist sie heute als Internistin im Gesundheitszentrum Riedstadt tätig.

In eigener Sache



HEREIN ZUM GESUNDHEITSTAG 1981

GESUNDHEITSTAG FORUM DER DISKUSSION

Neben dem individuellen und praxisbezogenen Erfahrungsaustausch sucht der GESUNDHEITSTAG 1981 die offene und kontroverse Diskussion um eine gesundheitspolitische Neuorientierung. Die folgenden Fragen sollen Themen ansprechen und Schwerpunkte setzen:

- ★ **Das Persönliche ist politisch.** Dieser Leitspruch der Frauenbewegung spiegelt die Widersprüchlichkeit zwischen individueller Emanzipation und gesellschaftlicher Veränderung, die auch die Gesundheitsbewegung zentral beschäftigt: Wie politisch ist das Persönliche?
- ★ **Wo können sich Positionen und sozialpolitische Veränderungskräfte der Gewerkschaften und der Selbsthilfegruppen ergänzen und wo geraten sie in Gegensatz zueinander?**
- ★ **Wie können Patienten und Gesundheitsarbeiter ihre Interessen besser vertreten?**
Welche Möglichkeiten eröffnen die Gewerkschaften?
Welche Bedeutung haben Bürgerinitiativen und Netzwerke?
- ★ **Wo und wie verändern Selbsthilfegruppen das bestehende Gesundheitssystem?**
Wo liegen ihre Möglichkeiten und Grenzen?
Wo laufen sie Gefahr als Alibi für Kostendämpfungsmaßnahmen mißbraucht zu werden?
- ★ **Welche Bedeutung kommt dem Laiensystem (Volksmedizin), der Familie (kleine soziale Netze) und dem professionellen Versorgungsbereich (institutionalisiertes Gesundheitswesen) für die Gesundheitssicherung und die Krankheitsbewältigung zu?**
- ★ **Welche konkreten Schritte und welche politischen Ziele stellen sich der Gesundheitsbewegung?**

AUFRUF ZUR BETEILIGUNG AM GESUNDHEITSTAG 1981

Der zweite Gesundheitstag ist wie der erste kein Kongress im herkömmlichen Sinne: Sein Gelingen hängt von der Mitarbeit und Unterstützung vieler Einzeller und Gruppen in der gesamten Bundesrepublik ab.

Redaktion und Herausgeber sind dabei, den Beitrag von DG am Gesundheitstag 1981 vorzubereiten. Selbstverständlich rufen wir alle unsere Leser zu einer aktiven Teilnahme auf. Wir hoffen, viele von denen, die wir 1980 in Berlin kennenlernen, in Hamburg wiederzutreffen. Wir werden dort zu einem Leserforum einladen, um uns allen Fragen, Anregungen und Hinweisen zu stellen.

Dem Krankenpflegebereich muß ein größerer Stellenwert eingeräumt werden. Wir werden je eine Veranstaltung zur ambulanten und zur stationären Krankenpflege, sowie zum Problem der Öffentlichkeitsarbeit am Krankenhaus anmelden.

Nicht nur die Kritik von vielen Schwestern und Pflegern am Berliner Gesundheitstag, im Veranstaltungsangebot ziemlich stiefmütterlich behandelt worden zu sein, hat uns dazu veranlaßt, hier einen Schwerpunkt zu setzen. Anregungen aus unserer Leserschaft und die Hoffnung, hier eine Plattform für ein stärkeres Engagement der ÖTV von Anfang an zu bieten, sind ebenfalls Gründe gewesen.

Weitere Veranstaltungen wird DG zu folgenden Themen vorbereiten und anmelden

- Gesundheitspolitik und Abrüstung
- Patientenbeiräte und Selbsthilfegruppen
- Selbsthilfegruppen in der Dritten Welt
- 10 Jahre Reform und Gegenreform in der Gesundheitspolitik und die Aufgaben der progressiven Kräfte im Gesundheitsbereich für die nächste Zukunft.

Eine ausführliche Darstellung der einzelnen Themen werden wir in den nächsten Nummern von DG vornehmen.

Worauf sich mancher aus der Redaktion und hoffentlich auch mancher unserer Leser sicher freuen wird: unser Zeichner, Graphiker und Wieselersfinder Christian Paulsen bereitet eine kleine Ausstellung für den Gesundheitstag vor.

Zum Schluß noch ein Hinweis zum neuen Papier:

Es hat viele Diskussionen gegeben. Die einen wollten direkt auf Umweltschutzpapier drucken lassen. Viel zu teuer, sagten andere. Das ist richtig, aber die Alternative muß ja nun nicht Hochglanz sein, hieß es von wieder anderen (wohlgerneht, innerhalb der Redaktion).

Die letzte Meinung mauserte sich zur Mehrheitsfraktion. Die Alternativen setzten sich durch. Die Geburt war schwer. Froh sind wir jedoch (fast) alle. Den Geruch des Feinen, des städtisch-bestecklichen sind wir mit dem Glanz wohl los. Am Inhalt wird sich nichts ändern. Und daß die Bilder nicht nennenswert an Qualität verlieren, hoffen wir.

Merke: Auch Alternative sind nur Menschen und hängen manchmal am Formalen – oder wagt es?

(Wohlgerneht, innerhalb der Redaktion).

Die letzte Meinung mauserte sich zur Mehrheitsfraktion. Die Alternativen setzten sich durch. Die Geburt war schwer. Froh sind wir jedoch (fast) alle. Den Geruch des Feinen, des städtisch-bestecklichen sind wir mit dem Glanz wohl los. Am Inhalt wird sich nichts ändern. Und daß die Bilder nicht nennenswert an Qualität verlieren, hoffen wir.

Merke: Auch Alternative sind nur Menschen und hängen manchmal am Formalen – oder wagt es?



**Sonderkonto
GESUNDHEITSTAG 1981
Postscheckamt Hamburg
Nr.: 75 65 - 204**

KOORDINATION und KONTAKTADRESSE

Büro GESUNDHEITSTAG 1981
Neubertstr. 24
2000 Hamburg 76

Mo. bis Fr. 10.00 – 14.00 Uhr
040 / 250 07 95

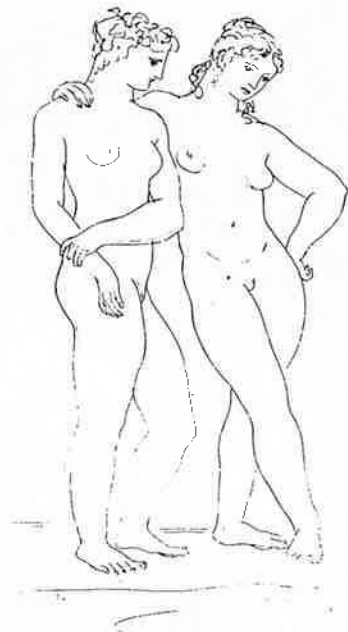
KOSTEN — KOSTEN — KOSTEN —

Der pauschale Teilnehmerbeitrag für fünf Veranstaltungstage beträgt 20,- DM. Zusätzliche Spenden von besser verdienenden Teilnehmern werden zur Unkostendeckung gebraucht!
Das kulturelle Rahmenprogramm (Theater, Film etc.) verlangt Eintritt zum Selbstkostenpreis zusätzlich.
Das kommentierte Programmbuch des Gesundheitstages, das im August 1981 erscheint, kostet 6,- DM plus 1,50 DM Versand, wenn es zugeschickt werden soll.
Bei Vorüberweisung von 30,- DM und mehr auf das Sonderkonto des Gesundheitstages wird das Programm und der Teilnehmerbutton automatisch zugeschickt.

Ein „deutscher“ Künstler

Arno Brekers neue Liebhaber

„Der deutsche Arzt“ – so kühn und etwas herrisch betitelt ist das offizielle Organ des Hartmannbundes, dieser großen, einflussreichen bundesdeutschen Ärzteorganisation. Und in der Tat ist so einiges „deutsch“ in dieser Zeitung. In einer ganzseitigen Ankündigung (vgl. das unten abgebildete Faksimile) in der Nr. 20 vom 25. Oktober 1980 wirbt die modische Erfindung „Hartmannbund-Galerie“ für den Kauf von Original-Radierungen. Nicht beliebigen Radierungen aber, sondern für die eines Arno Breker. Von den dort abgebildeten freundlichen nackten Damen heißt es in der Ankündigung: „Mit sicherer und zugleich zarter Strichführung hat der Künstler den menschlichen Körper sinnbildlich für die Komposition, die an die Gestaltungskraft der Antike erinnert, eingesetzt.“ Ja, das kann er, der Arno Breker. Und das schon seit langer Zeit. Leider reicht der Platz an dieser Stelle nicht, um einige Kostproben dafür zu liefern.



Zur Würdigung dieses vortrefflichen Künstlers sei ein biographischer Text zitiert, dessen Entstehungszeit uns schwer zu erraten ist: „Jede neue Weltanschauung hat in einer neuen Wertung des Menschen ... ihren Ausgangspunkt. Ihr höchster Ausdruck ist daher auf künstlerischem Gebiet das Streben nach einem körperlichen wie geistig verstandenen rassistischen Schönheitsideal. Arno Breker ist es gelungen, in seinen Werken dieser neuen politischen Idee der Würde des Menschen Gestalt und Form zu geben ... Die politische Idee hat ihn in seinen monumentalen, symbolischen Gestaltungen zu einem neuen plastischen Stil geführt.“ (Zitiert nach: Die Bildenden Künste im Dritten Reich. Eine Dokumentation von Joseph Wulf, Sigbert Mohn Verlag, 1963, S. 252)

Und in einer Bilderläuterung (von 1963, nicht von '33 oder '43) heißt es: „Bekannt wurde Arno Breker ... durch seine Kolossalstatuen

heroischer Männer, mit denen er z.B. die Neue Reichskanzlei und die Tribüne des Zeppelinfeldes ausstattete ... Für diese ‚Helden‘ reichten nicht einmal die nordischsten SS-Leute aus. Er arbeitete daher oft nicht nach dem lebenden Modell, sondern ließ sich von Anatomen beraten.“

Man sieht: Der Traditionslinien gibt es gleich mehrere. Und das, auch wenn Breker vom Kolossal zum wenig Abstand genommen und das verfänglich Politische merklich in den Hintergrund gerückt hat.

Die bundesdeutschen Ärzte jedenfalls können die Breker-Radierungen „aufgrund der guten Kontakte, die die Hartmannbund-Galerie zu Arno Breker hat, ... auf Velin-d'Arches-Papier und in einer Auflagenhöhe von nur jeweils 200 Exemplaren zu dem außergewöhnlichen Preis von 450,—DM je Radierung“ erwerben. Na denn, man zugriff, meine Herren.

(aus: Die Tat)

Heft 4/81: Redaktionsschluß 11. 6. 1981

Neue Wege der psychosozialen Versorgung

- Alternativen von „Betroffenen“
- Chancen der Psychiatriereform
- Situation von psychisch Kranken im Allgemeinkrankenhaus u.a.m.

Heft 5/81: Redaktionsschluß 13. 8. 1981

Änderung: Situation in der Krankenpflege

- Berufsbild der Krankenpflege
- Gruppenpflege, Grundpflege, Gemeindegewerke, Pflege in der Psychiatrie u.a.m.

Bitte ausschneiden und senden an:

Pahl-Rugenstein Verlag

Gottesweg 54
5000 Köln 51

Ich abonniere ab Heft _____ die Zweimonatszeitschrift DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN (zum Heftpreis von 3,50 DM zuzüglich 0,50 DM Versandkosten)

Ich möchte Kommanditist werden. Bitte senden Sie mir ausführlichere Informationen.

Ich möchte Ihre Zeitschrift weiterverbreiten. Bitte senden Sie mir weitere _____ Exemplare des Werbefaltblattes. Bitte senden Sie mir ab Heft _____ weitere _____ Exemplare jeder Ausgabe zum Weiterverkauf in Kommission.

— nicht Zutreffendes bitte streichen

Bitte senden Sie auch ein Probeheft an folgende Adresse:

Absender:

Datum:

(Bitte mit Telefon und Beruf)

(Unterschrift)

Spenden erbeten auf Konten:

DG — Gesellschaft zur Herausgabe gesundheitspolitischer Schriften mbH, Münster

Bank für Gemeinwirtschaft Münster:
10102947 (BLZ 40010111)
Postscheckamt Dortmund:
24962465 (BLZ 44010046)

DM 4,- Mai/Juni 81

Q 2961 F

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



Schwerpunkt: Arbeitsmedizin

Kulturreport: großes Betriebsklima – Interview mit H. Reuter vom IGBB – Bundesverband – Vorschau: neue Artikel im Heft 3/81 – Arbeitsmedizin: auch Sie!

Frau und Gesellschaft

Kein Schicksal: An Krebs – Erfahrungen aus der Schwangerschaftsberatung

Pharmazie- und Geräteindustrie

Der Newsletter – und mehr

Umwelt und Gesundheit

Probleme der Vernetzung

Dokumente

Thema: Die Arbeitsmedizin – Eine veränderte Nachschau für Arbeitsmediziner

3/81

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

Die **Fotos** zum Schwerpunktthema dieser Zeitschrift sind der Ausstellung «Arbeit und Leben im Aachener Steinkohlenrevier» entnommen. Die von der Arbeiterfotografie-Gruppe aus Aachen gestaltete Ausstellung ist vom 18. August bis 4. Oktober '81 im Deutschen Bergbaumuseum Bochum zu sehen. In einer Kritik der Deutschen Volkszeitung heißt es:

„Arbeit und Leben im Aachener Steinkohlenrevier“ ist ein Zyklus von 150 Fotografien der Arbeiterfotografie-Gruppe Aachen, in seiner Konzeption und Geschlossenheit bisher einmalig in der Bundesrepublik. Schon auf dem VDS-Festival in Mainz vom Juni '80 hat eine kleine Auswahl dieser Bilder Aufsehen erregt. Sie zerteilen einfach und direkt den Schleier, den Massenmedien und Kunstbetrieb über das wirkliche Leben legen, um es täglich neu zur arbeitsfernen Freizeitwelt umzulügen. Hier öffnet das Objektiv sich einmal dem Alltag einer Arbeiterstadt, ohne den größten Teil des Lebens der meisten Menschen verschämt wegzulassen: ihre Arbeit.“



Die erste Nummer der **Zeitschrift** «Arbeiterfotografie» ist mittlerweile eine Rarität. In der «Arbeiterfotografie» wird engagierte Fotografie vorgestellt und diskutiert. Die Zeitschrift vermittelt

ARBEITERFOTOGRAFIE

Der Hamburger Gruppe - Ausgabe Nr. 1, November 1971



technische und gestalterische Anregungen für eine wirkungsvolle Fotoarbeit. Das nächste Heft erscheint am 15. Juni -



Der **Verband Arbeiterfotografie e.V.** ist am 4. 11. '78 in Essen gegründet worden. An Gewerkschaften orientiert arbeiten wir in vielen Städten mit allen fortschrittlichen Gruppen und Kräften zusammen.

Auf dem «Festival der Jugend» am 19./20. 6. '81. in Dortmund wird von den Arbeiterfotografen ein riesiger **Fotoflohmarkt** veranstaltet. Hier kann jeder Festivalbesucher kostenlos alles, was mit Fotografie zu tun hat, verkaufen, tauschen oder kaufen. Zum Festival haben wir auch einen

Fotowettbewerb zum Thema «Gestatten, wir sind die Jugend!» ausgeschrieben. Mitmachen kann jeder, ohne Altersbegrenzung. Format der Bilder: 18x24-30x40 cm, s/w oder Farbe. Tolle Preise, Ausstellung in Dortmund, Einsendeschluß: 1. Juni 81. Soviel im Telegrammstil, nähere Informationen und Einsendungen:

Arbeiterfotografie e. V.
Lothringer Straße 4
2800 Bremen 1