

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



02-394711-07-01

436

BOEKER
KARL

TARPENBECKSTR. 125

2000 HAMBURG 20

Schwerpunkt: Krankenpflege

Krankenpflege: Was ist das eigentlich? – Funktionspflege funktioniert nicht – Erinnerungen – Pflege in der Psychiatrie – Aktionsplan – Segensreiche Intensivstation – Krankenpflegeausbildung

Frau und Gesellschaft

Killer-Tampons: Lieber tot als rote Flecken? – Stillen – aber nicht stillhalten

Abrüstung

Gert Bastian: Als gäb' es kein Hiroshima

Gesundheitswesen

DG-Interview mit IG-Metall-Vorstandsmitglied K.-H. Janzen zur Sozialpolitik

5/81

der kommentar

Vom ärztlichen Hilfsberuf zur eigenverantwortlichen Krankenpflege

von Annette Schwarzenau

Seit Jahren fordert die ÖTV die Anhebung der Planstellen in der Krankenpflege. In vielen Reden und Artikeln wurde zu Recht auf die Unverantwortlichkeit von Sparmaßnahmen gerade in diesem Bereich hingewiesen, die unsozialen Folgen der durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz bedingten Kostenverschiebung auf die Krankenkassenversicherten wurde dargestellt und verurteilt.

Nur – verändert wurde dadurch wenig.

Im Laufe der Zeit haben die Krankenpflegekräfte sich mehr oder weniger daran gewöhnt, eine mangelhafte Pflege zu praktizieren. Sie sind abgestumpft und nehmen den Zustand, den sie im Krankenhaus antreffen, entweder so hin wie er ist, oder sie verlassen nach gewisser immer kürzer werdender Zeit fluchtartig die Krankenhäuser.

Oftmals sind gerade diejenigen, die aus dem Beruf gehen, die Engagiertesten gewesen. Sie sind diejenigen, die noch wahrnehmen, daß die Patientenversorgung oft unmenschlich ist, daß die Strukturen in den Krankenhäusern für das Pflegepersonal bevormundend und unterdrückend sind. Solche Krankenschwestern scheiterten mit Veränderungs-/Verbesserungsvorschlägen meist schon bei ihren eigenen Kollegen, und erst recht im ärztlichen Bereich.

Es hat nach meiner Meinung keinen Sinn, die berechtigte Forderung nach mehr Personal zu verabsolutieren.

Solange wir das Selbstverständnis der Krankenpflege, die Arbeitsstrukturen, die Arbeitsabläufe in den Krankenhäusern nicht verändern, solange wird die Fluchtbewegung aus der Krankenpflege anhalten, solange werden Leasingfirmen im Bereich der Krankenpflege noch weiter auf eine große Marktlücke stoßen.

Seitdem Anfang der 70er Jahre die viel diskutierte Aufwertung der Krankenpflege damit endete, die Krankenschwester in erster Linie als Assistentin des Arztes zu sehen, die Gewerkschaften in dessen Folge bessere Eingruppierungen für Funktionspflegebereiche durchsetzten (was die ÖTV inzwischen korrigieren will), die Schwerpunkte in der Krankenpflege – Aus-, Fort- und Weiterbildung auf diese Rolle des Pflegeberufes ausgerichtet wurde – und folgerichtig Ärzten mit ihrem bekanntermaßen naturwissenschaftlichen Medizinverständnis die Zielsetzung auch in der Krankenpflege überlassen wurde, seitdem wir also eine absolute Fremdbestimmung in der Krankenpflege zugelassen haben, geht es sowohl den Patienten als auch den Pflegenden immer schlechter.

Es hat überhaupt keinen Sinn zu jammern und zu schimpfen, sondern wir Pflegekräfte müssen endlich anfangen eigene Schwerpunkte der Krankenpflege zu setzen und daraus Aus-, Fort- und Weiterbildungsinhalte abzuleiten.



Krankenpflege heißt:

Hilfestellung bei physischen und psychischen Nöten eines Menschen.

Betreuung und Begleitung eines Patienten bis zu seiner Genesung oder seinem Tod.

Wir sollten uns also nicht in **erster** Linie für die Arbeit in Verbindung mit der oft zweifelhaften Latte von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur Verfügung stellen, sondern wir wollen und müssen den Hauptteil unserer Arbeitszeit damit verbringen, dem Patienten in der Phase seiner Erkrankung Erleichterung und Beistand zu geben.

Das bedeutet, daß wir uns von unserem bisherigen Mißbrauch werden durch Ärzte und Verwaltung lösen müssen, daß wir erkennen und durchsetzen, daß die Stationen, die Krankenpflege der eigentliche Mittelpunkt des Krankenhauses sind, und es nicht länger zulassen, daß alle anderen Bereiche ständig und oft willkürlich in die Pflege, in die Stationen hineindirigieren.

Erst nach einem Emanzipationsprozeß, den das Krankenpflegepersonal nach jahrzehntelanger Unterdrückung (vom Mutterhaus bis zu den Ärzten) durchmachen muß, wird es möglich sein, **gleichberechtigt** mit den anderen Berufsgruppen für die Verbesserung der Krankenversorgung zu kämpfen.

Gewerkschaftlicher Kampf kann sich nicht darauf beschränken, mehr Geld, mehr Planstellen zu fordern, gewerkschaftlicher Kampf im Gesundheitswesen bedeutet nicht zuletzt, in die Strukturen, in die Inhalte des Berufes gestaltend einzugreifen.

Gewerkschaftlicher Kampf kann auch nicht bedeuten, verbissen um den Erhalt jedes bestehenden Arbeitsplatzes zu kämpfen, sondern für unseren Bereich bedeutet das, auch für die Verhinderung von Krankheiten zu kämpfen, für die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten zu kämpfen.

Bei einer von uns angestrebten Verwirklichung einer guten Vorsorgemedizin, bei einem gut ausgebauten ambulanten Versorgungssystem (gemeindenähe Psychiatrie, Sozialstationen, Hauskrankenpflege), werden konsequenterweise Krankenhausbetten und damit Arbeitsplätze im Krankenhaus abgebaut werden. Und das ist gut und richtig so. Dafür werden neue Arbeitsplätze (ohne Schichtdienst!) im Vorsorge- und ambulanten Bereich entstehen.

Um die Situation in der Krankenpflege wirklich zu verbessern, müssen wir anfangen, uns von überkommenen Denkschemata sowohl im Krankenhausinternen als auch im gewerkschaftlichen Bereich zu lösen.

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 Skrobles (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:** Gunar 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 Redaktion dar. Die Redaktion bittet die Leser um Mitarbeit, kann aber für unverlangt eingesandte Manuskripte keine Haftung übernehmen.

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

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

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint zweimonatlich bei:

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

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

Vertrieb:

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für Nr. 5/81: 14. 10. 1981, Auflage 4.500.

Graphik: Christian Paulsen

Lay-out: Peter Walger, Ulli Raupp, Edi Erken, Gunar Stempel, Gregor Weinrich

Titelbild: Paul Glaser

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

JSSN: Nr. 0172-7091



Krankenpflege verkümmert zu bloßer Verwaltung des Mangels, zu braver Erfüllung ärztlicher Anordnung. Gibt es da überhaupt noch Platz für ein eigenständiges Berufsbild? Die Formel des Weltbundes der Krankenpflege hört sich gut an. Krankenpflege ist: „Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen und Leiden zu lindern.“

Unser Schwerpunkt ab Seite 8.



Der Krankenpflegeschüler soll die Bedingungen seiner Arbeit kennen, jedoch nicht erkennen. Dies dient unter anderem der Erhaltung der Hierarchie. Ein eindringliches Plädoyer für einen neuen emanzipatorischen Ansatz in der Krankenpflegeausbildung von Beate Knittel auf Seite 19.



Essential drugs – eine Auflistung von etwa 240 unbedingt notwendigen Medikamenten durch die Weltgesundheitsorganisation könnte Kernbestand einer Positivliste auch für die Bundesrepublik werden – in Anbetracht von etwa 60000 angebotenen Arzneimitteln in unserem Land ein wirksamer Beitrag zur Kostendämpfung. Gegen derartige Tendenzen läuft die Pharmaindustrie Amok. Seite 38.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE

Inhaltsverzeichnis: **5/81**

Kommentar

von Annette Schwarzenau

Schwerpunkt:

Krankenpflege

Krankenpflege: Was ist das eigentlich?	8
Alltag: Funktionspflege funktioniert nicht	10
Erinnerungen.	12
Pflege in der Psychiatrie oder Mut zum Konflikt	15
Aktionsplan zur Veränderung der Krankenpflegeinhalte.	16
Segensreiche Intensivstation.	18
Krankenpflegeausbildung braucht einen neuen qualitativen Ansatz.	19

Abrüstung

Als gäb es kein Hiroshima – DG-Kommentar von Gert Bastian	5
---	---

Internationales

Patientenbeteiligung und offene Medizin – ein Famulaturbericht aus Wales	22
--	----

Frau und Gesellschaft

Killer-Tampons: Lieber tot als rote Flecken?	25
Stillen – aber nicht stillhalten	26

Demokratie und Gesundheitswesen

Caritas-Klinik Datteln: Beispiellose Jagd auf Gewerkschafter	28
Zutrittsrecht im Krankenhaus – die Besserwisser von Karlsruhe	29

Gesundheitsversorgung

DG-Interview mit K.-H. Janzen, Vorstandsmitglied der IG Metell, zu aktuellen Fragen der Sozialpolitik	34
Der Sozialstaat muß bleiben – DG-Kommentar	36

Pharma- und Geräteindustrie

Essential drugs: WHO-Liste Kernbestand einer Positivliste	38
Greiser-Geister	39

Dokumente

Zur Situation des Pflegepersonals am Bürger-Hospital Stuttgart	I
Der nationale Gesundheitsdienst in Großbritannien	III
Die gesundheitliche Situation und medizinische Versorgung der ausländischen Frauen in der Bundesrepublik Deutschland	V

Rubriken

Leserbriefe	2
Aktuelles	4
Termine/Verschiedenes	7
Kongreßbericht	30
Buchkritik	32
Kultur und Subkultur	40

Wir möchten alle Leser auf die Beilage des J. Cromm-Verlages zum Buch: „Krankheit und Soziale Lage“ besonders hinweisen.

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

Leser-Briefe

Bitte um Hilfe

Zivildienstüberwachungsverweigerung.

Wir, die Selbstorganisation der Zivildienstleistenden (SöDZL) in Bonn, führen z.Zt. eine Aktion zur Zivildienstüberwachungsverweigerung durch. Wir wollen während der Friedenswoche eine Informationsveranstaltung durchführen und dazu eine Broschüre zur zivilen „V-Fall“-Vorbereitung erarbeiten. Dazu fehlen uns aber noch Informationen und Fakten. Bitte umgehend senden an:

Matthias Brinkmann
Rhodosstraße 21
5300 Bonn 2

MEDIZYNISCHES...

Liebe Freunde,
Ihr bittet Eure Leser um Mitarbeit. Ich habe es versucht und sende Euch hiermit einen kleinen Beitrag.

Martin Ruhmüller
Oberkurs-Krankenpflegeschool
Niederrhein in Wesel

... im Augenbereich binnen weniger Sekunden heftiges Brennen, Schmerzen, Tränenfluß und eine Bindehautentzündung. Die Nase läuft. Man muß husten. Die Zunge brennt. Hinterm Brustbein spürt man heftige Schmerzen, das damit verbundene Angstgefühl wiederum verstärkt die Gesamtwirkung. Der Betroffene unterdrückt wegen der Schmerzen in der Brust die Atmung, gerät in Atemnot. Die Beschwerden klingen nach fünf bis 15 Minuten wieder ab, die Bindehautentzündung wird nach einer halben Stunde schwächer." (NRZ, 25. 7. 1981)

Frage: Was könnte die Ursache für die beschriebenen Symptome sein, welche Krankheit vermuten Sie?

1. Ursachen:

- a) Nikotin-Abusus
- b) CO₂-Intoxikation
- c) Koronarsklerose
- d) Chlorbenzylidenmaldoinitril
- e) Propoxyperokainhydrochlorid

2. Krankheit:

- a) Demonstranten-Krankheit oder Morbus Grüne Minna
- b) Angina-pectoris
- c) irgendwelche Neurosen oder Psychosen
- d) Nikotinvergiftung
- e) Herzinfarkt

Hilfestellung bei der Suche nach der Ursache:
„Todesfälle durch... unter irregulären Bedingungen sind bekannt. Langzeitschäden, die unter anderem zum Verlust des Augenlichts führten, sind genauso nachgewiesen wie Hautschäden und Allergien. Zudem gibt es ernst zu nehmende Hinweise auf kreberregende Auswirkungen". NRZ, 25. 7. 1981

(Auflösung nächste Seite)

PHARMAWERBUNG

Moxalactam und die Krefelder Chirurgie

Hallo liebe Freunde,

ich wende mich heute an Euch wegen der Verwendung eines „obskuren Medikaments“ in der Chirurgischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten in Krefeld.

Es handelt sich um ein Präparat namens „MOXALACTAM“. Dies soll ein Cephalosporin-Antibiotikum sein. Das Zeug ist zur klinischen Prüfung bestimmt und daher wohl nicht als Medikament zugelassen. Es gibt keine „Waschzettel“, so daß Schwestern und Pfleger nicht wissen, um was es sich handelt. Noch weniger wissen es die Patienten. Wie mir ein Bekannter sagte, der Apotheker ist, mußte der Patient zu jeder einzelnen Verordnung seine schriftliche Zustimmung geben. Davon kann jedoch keine Rede sein.

Ich habe mich bemüht, in unverfänglichen Gesprächen mit Ärzten herauszubekommen, um welche Zusammensetzung es sich handelt, habe aber keine oder nur ausweichende Antworten erhalten. Einige Assistenten konnten mir überhaupt nichts dazu sagen. Außerdem hieß es: „Willst du dir von jedem Patienten eine schriftliche Zustimmung holen? Das ist ja noch mehr Papierkrieg!“

Mich interessiert nun, wie die Rechtslage ist. Ich habe den Eindruck, daß sich die Pharma-Industrie (hier: Eli Lilly GmbH, Gießen) an einzelne Oberärzte oder die Klinikdirektion gewendet hat, um ihr Präparat an Unwissenden testen zu lassen. Schließlich wird es nicht über die hauseigene Apotheke geliefert. Ob Gelder an einzelne Personen fließen, weiß ich nicht.

Vielleicht wißt Ihr mehr über diese Vorgänge.

Name ist der Red. bekannt.

Das Präparat „Moxalactam“ ist keineswegs obskur. Es handelt sich hierbei um Lemoxatam, ein Cephalosporin der sogenannten 4. Generation, was u. a. in einem ausführlicheren Artikel über Fortschritte auf dem Gebiet der Antibiotika bereits im Ärzteblatt Nr. 30 vom 27. 7. 1981 beschrieben wird. Aufgrund dieses Tatbestandes ist das Verhalten der Ärzte auf Deiner Abteilung allerdings als sehr obskur zu bezeichnen. Da Moxalactam zugelassen ist, müssen die klinischen Prüfungen abgeschlossen sein. Was kann es also mit der zur Schau getragenen Unwissenheit bei euch auf sich haben? Im Ärzteblatt heißt es zu Moxalactam u. a.:

„Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie hat in ihren Empfehlungen zur klinischen Antibiotikatherapie... Stellung genommen. Sie vertritt die Meinung, daß aufgrund der derzeitigen Resistenzsituation auch heute noch die bisherigen Cephalosporine Cefalothin (bei Staphylokokken) sowie Präparate der sog. „Cefazolin-Gruppe“ (also der zweiten Generation) bei den meisten Patienten kostengünstig und mit ausreichender Sicherheit eingesetzt werden können. Die besonderen Indikationen für die neuen Cephalosporine... liegen dagegen bei im Krankenhaus, vorwiegend auf Intensivstationen, erworbenen Infektionen durch mehrfach resistente Erreger.“

Diese neuen Antibiotika sind in der Tat sauteuer. Das Verhalten Eurer Ärzte legt den Verdacht nahe, daß die Firma Eli-Lilly nach bekanntem Muster sogenannte „klinische Prüfungen“ oder „Feldstudien“ bei Euch veranstaltet, die hauptsächlich dem Zwecke dienen, ein superteures Präparat einzuführen. In der Regel erhalten die Assistenten für die Anwendung des Präparates bei einem Patienten und die Ausfüllung eines Fragebogens über den Verlauf etwa 100 bis 300 DM pro Patient. Oberärzte und Chefs gehen sicherlich auch nicht leer aus. Die Verschwiegenheit hat Methodel

Die Red.

Novalgin

Liebe Leute,

von April – Juni '81 habe ich ein Krankenpflegepraktikum in einer hiesigen kleinen Klinik für Chirurgie und Geburtshilfe gemacht (ca. 60 Betten). Ich mache zur Zeit eine Heilpraktikerausbildung und wollte mal sehen, wie das so ist im Krankenhaus. Der Umgang mit Medikamenten hat mich sehr verwundert. Als der Novalgin-(Metamizol) Artikel erschien, war ich schockiert: hier ist das Mittel der Wahl, es wird ohne Anordnung von Schwestern gegeben in fast jedem Fall, wenn eine Patientin über Schmerzen klagt. Auch die anderen Präparate (Buscopan, Baralgin) waren für die Schwestern frei verfügbar. Es gab einen Unterschied zwischen jungen Schwestern, die z.B. bei Fieber ohne weiteres sofort nach Novalgin griffen, während ältere Schwestern zunächst Wadenwickel machten. Dieser Unterschied in der Pflege war auch in anderen Bereichen sichtbar (die älteren Schwestern sprachen mehr mit Patienten/innen, kümmerten sich mehr um „Persönliches“, erfüllten mehr Wünsche, z. B. nach Mineralwasser, Essenssonderwünsche usw.).

Ich nahm den Artikel mit. Die Schwestern, die davon Kenntnis nahmen (er war am übernächsten Tag verschwunden), waren jetzt meist etwas zurückhaltender mit diesen Mitteln, wußten aber keine Alternative. Die Stationschwester nahm sich nicht die Zeit, den Artikel zu lesen! Als ich sie darauf ansprach, sagte sie: „Tja, was sollen wir sonst nehmen?“

Dann kam die Fernsehsendung. Es gab daraufhin ein Gespräch der drei Ärzte mit der OP-Schwester; Ergebnis: Wir haben damit immer gute Erfolge erzielt, es ist nie was passiert, es gibt keine Alternative (vor allem wohl für die krampflösende Komponente nicht), wir benutzen das weiter.

Nun also wird das Zeug weitergegeben, mit ärztlicher Rückendeckung. Ich habe den aufgeschlosseneren Schwestern versprochen, bei Euch um Alternativen anzufragen. Ob sie sich dann durchsetzen können, ist angesichts des über 70jährigen Chefs und Eigentümers fraglich. Trotzdem will ich's versuchen. Solltet Ihr Rat wissen, bitte ich um baldige Antwort.

Euch vielen Dank und gute Gesundheit.

Klaus W.

Lieber Klaus,

vielen Dank für Deinen Erfahrungsbericht über den leichtfertigen Umgang mit Novalgin. Wir glauben, daß Deine Eindrücke durchaus beispielhaft sind und werden – Dein Einverständnis vorausgesetzt – Deinen Brief als Leserbrief abdrucken. Nun fragst Du uns konkret um Rat, um „aufgeschlossenen Schwestern“ Alternativen anbieten zu können. Ich will dies aus meiner bisherigen Erfahrung heraus kurz versuchen:

Metamizol wird hauptsächlich eingesetzt als Schmerzmittel und als fiebersenkendes Mittel. Hier steckt der Pharmamarkt in der BRD voll von Alternativen, die wichtigsten sind Acetylsalicylsäure und Phenacetinabkömmlinge (u.a. Paracetamol). Nicht daß diese Mittel ohne Nebenwirkungen wären. Diese sind jedoch abhängig von der Dosis. Je mehr man nimmt, desto mehr Nebenwirkungen werden wahrscheinlich. Beim Metamizol kann eine Spritze schon zu viel sein. Der Bericht von Ingeborg Simon über die Sonderstellung beim Bundesgesundheitsamt in DG 4/81 bringt dazu wichtiges Zahlenmaterial.

Nun wird über die schmerzstillende und fiebersenkende Wirkung hinaus zurecht die krampflösende Wirkung des Metamizols gerühmt. Das einzige metamizolhaltige Präparat in Norwegen zum Beispiel hatte als Einsatzgebiet Koliken in den Gallenwegen und ableitenden Harnwegen. Die Firma (Sandoz) zog dieses Mittel 1980 freiwillig vom Markt. Nach anfänglichen Protesten der Ärzte fanden diese auch Alternativen. Sie benutzen heute Skopolamin-derivate wie z. B. das Buscopan (ohne „comp“) oder Atropin. Im Lehrbuch „Praktische Pharmakologie“ von Saller u.a. wird Atropin als einziges krampflösendes Mittel aufgeführt. Die möglichen Nebenwirkungen auf den Kreislauf machen ein genaues Dosieren durch den Arzt notwendig. Also kein Zuckerstückchen für die Kitteltasche zum beliebigen Verzehr. Aber das sollten Medikamente ja auch nicht sein.

Über das Schicksal von Metamizol muß nun das Bundesgesundheitsamt entscheiden. Der Ausgang dieser Risiko-/Nutzen Abwägung ist völlig offen. Die Beschränkung der Verkehrsfähigkeit durch Einführung der Rezeptpflicht ist wahrscheinlich. Für uns ergibt sich jedoch weiterhin die Frage, wieso ein Mittel in der BRD so unentbehrlich erscheint, während andere Länder – wie USA, Großbritannien, die skandinavischen Länder – darauf verzichten können.

Die vermehrte Diskussion über Risiken der Pharmakotherapie hat vielleicht auch die erwünschte Nebenwirkung, daß über nicht-medikamentöse Alternativen nachgedacht wird. Wie Du richtig schreibst, leisten ein Wadenwickel oder ein Ventilator zum Abkühlen oder eine Wärmflasche zur Krampflösung, verbunden mit der dazu notwendigen menschlichen Zuwendung, oft ebensoviel wie eine eilig gesetzte Spritze.

Wir hoffen, Dir damit erst einmal geholfen zu haben.
Viele Grüße

Harald Kamps
für die Redaktion

Werbegeschenke

Zur Vorgeschichte: Etwa Anfang Juli erhielt ich von der Firma Pfizer das erste von 5 oder 6 „antiken chirurgischen Instrumenten“ (metallene Miniaturimitation) zur Sammlung. Mit einem „aufklärendem“ Begleitschreiben.

Durch die Adrema sollte ich mich wohl geschmeichelt fühlen (Dr. med. B. Stünkel, Fachärztin für Innere Medizin; 2 Fragen des zuständigen Pharmavertreters hätten geklärt, daß ich im 2. Jahr der FAusbildung bin und noch keinen Dokortitel habe).

Nachdem der Karton mit dem „antiken Instrument“ ca. 2 Wochen auf meinem Schreibtisch gelegen hatte, entschloß ich mich, ihn nicht einfach im Papierkorb verschwinden zu lassen!

Anbei der Briefwechsel mit Pfizer, gegen eine Veröffentlichung habe ich nichts einzuwenden.

Der 1. Abschnitt des – prompt erfolgten – Antwortschreibens zeigt, wie „souverän“ die Pharmafirma im Augenblick noch reagieren können!

B. Stünkel

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit sende ich Ihr Werbegeschenk 1. aus der Serie Miniaturen antiker medizinischer Instrumente zurück. Ich bin auch nicht an weiteren Sendungen dieser Art interessiert.

Für wissenschaftlich fundiertes Informationsmaterial bin ich jederzeit zugänglich!

Solche Werbegeschenke tragen nicht dazu bei, die Kosten der Pharmakotherapie zu senken.

Stünkel, Assistenzärztin

(ohne Dokortitel und noch nicht Fachärztin für Innere Medizin)



Sehr geehrte Frau Stünkel, vielen Dank für Ihren Brief vom 22. 7. 1981. Leider müssen wir Ihnen mitteilen, daß wir die restlichen 4 Vibravénos-Aussendungen nicht mehr rückgängig machen können und möchten Sie bitten, sie einem interessierten Kollegen weiterzugeben.

Da Sie für wissenschaftlich fundiertes Informationsmaterial zugänglich sind, möchten wir Ihnen Exemplare unserer „Focus“-Serie senden, die Referate bezüglich Infektionskrankheiten und ihre Therapie beinhalten und die eine Art Literaturdienst aus 35 Zeitschriften darstellen.

Außerdem möchten wir darauf hinweisen, daß es sich bei der Vibravénos-Aussendung keineswegs um ein „Werbegeschenk“ handelt, sondern eben um eine wissenschaftlich fundierte Information aus der Geschichte der Medizin; allerdings glauben wir, daß auch wissenschaftliche Information einmal attraktiv gestaltet werden könnte, ohne dabei die Kosten der Pharmakotherapie negativ zu beeinflussen.

Falls Sie irgendwelche speziellen Wünsche bezüglich weiterer wissenschaftlicher Information zu Vibravénos haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Pfizer GmbH Karlsruhe

Bayern-Vertrag

In der Ausgabe 3/81 der Zeitschrift „Demokratisches Gesundheitswesen“ haben Sie ausführlich über den „Bayern-Vertrag“ berichtet und zur Grundlage Ihres Artikels eine Pressekonferenz am 14. August 1980 gemacht. Inzwischen fand am 14. Mai 1981 erneut eine gemeinsame Pressekonferenz der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung sowie der Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Krankenkassenverbände statt. Wir erlauben uns, Ihnen beigelegt die Unterlagen zu dieser Pressekonferenz zu übersenden.

Ohne auf Ihre Ausführungen in DG 3/81 im einzelnen einzugehen, scheint uns ein Hinweis zu Ihrem Artikel unerlässlich. Wenn Sie darin schreiben (vgl. S. 27), „Sollte sich erweisen, daß der kranke Mensch durch die Auswirkungen des Bayern-Vertrages 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 Bayern-Vertrages sein, wäre er politisch und medizinisch nicht mehr zu verantworten“, so hat der Unterzeichner derartige gesundheitspolitische Befürchtungen auf der erwähnten Pressekonferenz eindeutig zerstreut (vgl. S. 5/6 seiner Ausführungen) und darauf hingewiesen, daß solche absurden Behauptungen in der 11-jährigen Praxis des „Bayern-Vertrages“ nicht sichtbar wurden.

Mit freundlichen Grüßen

Der Geschäftsführer

Sitzmann

AOK-Landesverband
der Ortskrankenkassen Bayern

Nachtrag

In der Leserschrift der AOK Bayern (DG 5/81, S. 3) wird die Befürchtung, daß BV könnte durch weniger Krankenhauseinweisungen und durch unzugängliche Diagnostik im ambulanten Sektor dazu führen, daß Krankheiten nicht erkannt bzw. verschleppt werden, als absurd angetan. (Siehe hierzu auch: Pressekonferenz zum BV vom 14. 5. 81, S. 6)

Leider bleibt es lediglich bei dieser Behauptung „ex armilo“; eine gut fundierte Argumentation, die diese Befürchtung gegenstandslos werden ließe, fehlt.

Andererseits wird stolz und kommentarlos die Wirksamkeit des BV gepriesen:

1) Arbeitsunfähigkeitsfälle (pro 100 Mitglieder)

1978: 77 + 12,71 %

1979: 78 + 0,17 %

1980: 79 + 1,57 %

Arbeitsunfähigkeitsstage (pro 100 Mitglieder)

1978: 77 – 4,27 %

1979: 78 + 0,00 %

1980: 79 + 0,73 %

2) Rückgang der Krankenhauseinweisungen

„Der tatsächliche Rückgang der Einweisungszahlen bei den niedergelassenen Kassenärzten (...) läßt sich heute schon von ‚belegärztlichen‘ Bereich her vermuten.“ (a.a.O. S. 12)

Diese Tatsachen verstärken sogar noch die Bedenken, daß die Qualität der medizinischen Versorgung Einbußen erleiden kann.

Die eigentliche Farce des BV läßt sich am sog. „Überprüfungsfall“ (DG 3/81: Bayernvertrag) dokumentieren:

Obwohl die Steigerung der Gesamtvergütung 8,57 % ausmacht – durch die Zahlenmanipulationen bleiben davon 6,95 % übrig – und damit deutlich die Obergrenze von 6 % überschritten ist, unterbleiben die „Maßnahmen zur Kostendämpfung“, wozu sich die BV-Partner verpflichtet hatten. Die lapidare Begründung: „Die kassenärztliche Gesamtvergütung liegt mit 6,95 % zwar über dem „Prüf-Wert“ von 6,6 %. Die Entwicklung der Ausgabenbereiche „Krankenhaus“ und „Heil- und Hilfsmittel“ macht dies jedoch tolerierbar.“ (a.a.O. S. 15) Stattdessen werden Krankenhäuser und der Gesetzgeber als die eigentlichen Kostensteigerungs-Verursacher und -Nutznießer angeprangert.

Leser-Briefe

Psychiatrie

Dürener Suizid-Prozeß

Anfang dieses Jahres wurde Dr. Robert Goepel, der bis September 1980 an der Landesklinik gearbeitet hat, von einem Aachener Gericht wegen fahrlässiger Tötung verurteilt, weil sich eine Patientin in FK I suizidiert hatte. (DG berichtete in Nr. 3/81 – die Red.)

In vielfacher Hinsicht ist dieser Ausgang des Prozesses sehr fragwürdig. Alle, die in der Psychiatrie arbeiten, sind davon betroffen. Es geht darum, ob den psychiatrisch Arbeitenden die Allmacht unterstellt werden kann, einen Suizid auf jeden Fall zu verhindern – noch dazu unter den derzeitigen unzureichenden Behandlungsbedingungen.

Dr. Goepel versucht derzeit, in einer Revision vor dem Bundesgerichtshof eine Aufhebung des Urteils zu erreichen.

Bisher sind ihm etwa 15 000,- DM Unkosten entstanden. Bei negativem Ausgang der Revision werden es mindestens 30 000,- DM.

Der Landschaftsverband als damaliger Arbeitgeber gewährt maximal einen Zuschuß von 7000,- DM!

Die Assistentenkonferenz hat deshalb in den letzten Wochen beschlossen, ein Konto einzurichten, auf welches jeder – auch anonym – Geld spenden kann, der Dr. Goepel bei diesem Prozeß unterstützen will.

Konto: 26920

Aachener Bank in Aachen

BLZ: 39060180

Kontoverwalter: Dr. H. H. Henjes

Verwendungszweck: „Suizidprozeß“

Sollte gespendetes Geld übrigbleiben, ist geplant, in Zusammenarbeit mit der RGSP (Rhein. Gesellschaft für soziale Psychiatrie) einen Fond einzurichten, durch den bei evtl. weiteren Suizidprozessen auch andere Betroffene unterstützt werden können.

i.A. der Ass. Konferenz

Spahn

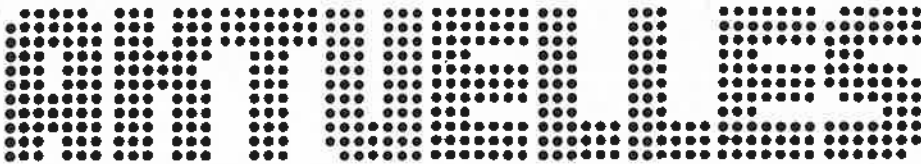
Des Rätsels Lösung

Die richtige Antwort lautet:
1d und 2a!

Erklärung: Bei der Ursache handelt es sich um den Reizstoff Chlorbenzyl ... – kurz CS –, der demnächst von der Polizei gegen Demonstranten eingesetzt werden soll (siehe auch Art. 8.2 und Art. 1 Grundgesetz). Der gleiche Reizstoff wurde von den Amerikanern gegen Unterschlüpf der Vietkong eingesetzt. Sie verloren den Krieg ...

Die Erklärung für 2a – Demonstranten-Krankheit – erübrigt sich. Jedoch ist wichtig zu wissen, daß das Gas auch Nichtdemonstranten treffen kann, durch offene Türen und Fenster seinen Weg zu uns findet. Und wenn der Wind sich dreht ...!

P.S.: 1954 verpflichtete sich die Bundesrepublik, keine atomaren, biologischen und chemischen Waffen herzustellen und anzuwenden. Polizei und Politiker sprechen von einer „Anti-Demo-Wunderwaffe“ mit CS-Reizgas: „Ein Stoff, der sehr schnell ins Auge geht“, meint das „Auge des Gesetzes“.



Kurz notiert:

Haftung beim Spritzen

Völlig uneinheitlich geregelt ist die Haftung des Krankenpflegepersonals bei Schäden durch fehlerhafte Injektionen, Infusionen oder Blutabnahmen an den bundesdeutschen Krankenhäusern. Nach diesem Ergebnis der bundesweiten Umfrage fordert die ÖTV die eindeutige Klarstellung, daß der Arzt die alleinige Verantwortung für diese Tätigkeit trägt. „Sind die Krankenträger nicht bereit, unsere Forderungen zu erfüllen, sollte sich das Pflegepersonal weigern, ärztliche Tätigkeiten zu erfüllen.“ (FR, 8. 8. 1981)

Studienplatz-Roulette

Für die etwa 9000 Studienplätze in Human-, Tier- und Zahnmedizin haben sich für das Semester 1981/82 31 100 Bewerber gemeldet. 78% waren an einem freiwilligen Medizintest interessiert. 6000 wurden zu den Tests, die am 12. 8. stattfanden, eingeladen. (Neue, 8. 8. 1981)

Wasser: Sauberer . . . dreckiger . . . sauberer . . . dreckiger . . .

In 20 Jahren bereits droht der Wasserschock. Bis dahin werden die Grundwasservorkommen in vielen Teilen der BRD durch Schadstoffe von Industrie, Landwirtschaft und Haushalten vergiftet sein. Zu diesem Ergebnis kam der Staatssekretär im BuMi für Städtebau und Raumordnung am 13. 8. und forderte unverzügliche Maßnahmen. Gerade 3 Tage zuvor hatte Landwirtschaftsminister Ertl bei der Vorstellung des Wasserwirtschaftsberichtes '80 behauptet, das Wasser sei erheblich sauberer geworden. (Rhein. Post, 14. 8. / FR, 11. 8. 1981)

Asbest: Industrie und Justiz erfolgreich gegen die Wahrheit

Während Asbestzement-Hersteller Fulgurit unwidersprochen in Tageszeitungen mit dem Slogan werben darf: „Fulgurit klärt auf: Keine Gesundheitsgefährdung der Bevölkerung durch Asbestzementbaustoffe“, ließ der Wirtschaftsverband Asbest einer Firma, die für ihre asbestfreien Dichtungen mit einem Werbeflyer zum Thema „Asbest und Gesundheit“ warb, dies mit Hilfe des Hamburger Landgerichts untersagen. Die Rechtsanwälte warfen der Firma vor, sich auf „angebliche, in Wirklichkeit nicht bestehende Gesundheitsgefahren“ zu berufen. Nach Angaben der Berufsgenossenschaft Chemie rangieren Asbesterkrankungen mit gut einem Viertel 1980 an zweiter Stelle der erstmals entschädigten Berufskrankheiten. (FR, 23. 7. 1981)

3804 Reaktor-Störungen in den USA

Kernkraftgegnern blieb es überlassen, den Störfall-Bericht der amtlichen Aufsichtsbehörde der USA zu veröffentlichen. Grund dafür gibt es: Die Fehlerquote hat sich gegenüber dem Vorjahr um 20% erhöht. 57% aller Unfälle beruhten auf Materialfehlern. Bei einem Unfall in Florida sind fast 163 000 Liter radioaktiver Flüssigkeit ausgetreten. Fazit: Jedes Jahr ein Harrisburg, aber geheim! (FR, 28. 7. 1981)

Pharma-Preisstopp – ein Bluff

Während der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie im Handelsblatt gelobt wird (Der Preisappell tat seine Wirkung), legt die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucher Zahlen vor: „... kosten Erzeugnisse der Firma Madaus bis zu 30% mehr als im Vorjahr.“ Bayer-Aushänge-Präparat „Aspirin“: „In diesem Jahr sind bis zu 29% je nach Packung mehr zu zahlen.“ Schering hatte mit dem „Stabilitätsversprechen“ (besser: Versprecher, die Red.) zugleich Preiserhöhungen angekündigt, da der Aufruf des Pharmaverbandes für einen Preisstopp „zu spät“ gekommen sei. Schering ist, wie auch Bayer und Madaus, durch Top-Manager im Pharmaverband vertreten. (Neue, 3. 6. 1981)

Schutzbund für Psychiatriepatienten

Um Patienten in psychiatrischen Kliniken die individuelle Hilfe geben zu können, die ihnen von Gesetzes wegen vorenthalten wird, haben Politiker, Juristen und Publizisten einen Schutzbund für Untergebrachte in Nervenkliniken gegründet. Sie wollen insbesondere Rechtsanwälte und Gutachter vermitteln und auf Einzelschicksale aufmerksam machen sowie auf die Gesetzgebung politisch Einfluß nehmen. Adresse: Franz-Josef-Str. 14, 8000 München 40, Tel. (089) 39 20 04 (FR, 1. 7. 1981)

Statt 60 nur noch 48 Wochenstunden?

Im noch nicht veröffentlichten Entwurf eines Arbeitsschutzgesetzes soll die wöchentliche Höchstarbeitszeit auf 48 Stunden gesenkt werden.

Damit wird z. T. den jahrelangen Forderungen der Gewerkschaften Rechnung getragen, die eine grundsätzliche Änderung der Arbeitszeitordnung, die noch aus der Zeit des Faschismus (1938) stammt, verlangen.

Arbeitsminister Ehrenberg will in einem Entwurf die Höchstarbeitszeit und den Arbeitsschutz neu regeln. Bei den Gewerbeaufsichtsämtern sollen danach paritätisch besetzte Arbeitsschutz-Beiräte gebildet werden. Der einzelne Beschäftigte soll ein Beschwerde- und Leistungsverweigerungsrecht erhalten.

Das neue Arbeitsschutzgesetz soll für alle Arbeiter und Angestellten gelten und die Arbeitsschutzvorschriften aus der Gewerbeordnung von 1891 ablösen. Offensichtlich hält man im „Modell Deutschland“ den Schutz der Arbeitskraft für so dringend, daß man das Gesetz erst nach den haushaltspolitischen Kabinettsberatungen Anfang September 1981 vorlegen will.

Warum sollte man sich auch jetzt beeilen: Die Gewerbeordnung hat doch fast 100 Jahre treu und brav „gedient“, daß man das faschistische Arbeitszeitordnung immerhin 43 Jahre.

Änderungen des Arbeitsförderungsgesetzes (AFG):

Wenn die von der Bundesregierung geplanten Änderungen des AFG verwirklicht werden, dann ergibt sich daraus eine massive Verschlechterung der Fortbildungsmöglichkeiten für das Krankenpflegepersonal.

Wer bisher die Ausbildung zur Stationsleitung, Unterrichtsschwester oder Pflegedienstleitung beginnen wollte, konnte beim Arbeitsamt einen Antrag stellen und bekam ca. 58% seines letzten Gehaltes als Förderung.

Nachdem 1976 die Arbeitsförderung von 80% auf 58% gekürzt wurden, ist jetzt eine weitere Kürzung geplant, außerdem wird das Unterhaltsgeld nur als Darlehen gewährt werden, d.h. das Geld muß ähnlich wie Bafög zurückgezahlt werden. Wer bisher 80% bekam, soll in Zukunft nur noch 68% bzw. 75% bekommen wenn er Kinder hat.

Wer kann sich als Krankenschwester schon die enorme finanzielle Belastung leisten?

Geplant ist weiter die Zugangsvoraussetzungen für die Teilnahme zu verschärfen und Ansprüche auf Zuschüsse für Unterkunft und Verpflegung zu beschränken.

Sollten die einsparenden Änderungen des Arbeitsförderungsgesetzes verwirklicht werden, so wird sich nur noch eine Elite diese Zusatzausbildungen leisten können!

Liste demokratischer Ärzte wählen!

Auch in Westfalen-Lippe kandidiert zu den Ärztekammerwahlen im Oktober dieses Jahres eine „Liste demokratischer Ärzte“. Ähnlich wie die Kollegen oppositioneller Listen in Hessen und Nordrhein will man sich in der Kammerarbeit für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Krankenhaus durch Abbau von Überstunden und Bereitschaftsdiensten einsetzen, außerdem den Kollegen helfen, die während der Weiterbildungsphase durch ihre Chefs daran gehindert werden, in der vorgesehenen Zeit den Katalog zu erfüllen. Immer wichtiger werden die Facharztprüfungen; in Westfalen-Lippe bestehen schon Wartezeiten von über einem halben Jahr. Es

mehren sich die Klagen über Prüfungswillkür. Weitere Punkte sind u. a. die Verbesserung des Westfälischen Ärzteblattes, die Forderung nach Fortbildung ohne die Gelder der Pharmaindustrie.

Als Spitzenkandidaten Regierungsbezirke Arnsberg und Münster wurden gewählt:

Arnsberg: Detlev Uhlenbrock, Knappschaftskrh. Hamm; Ernst Kühn, Allgemeinarzt; Claus Busch, Städt. Kliniken, Dortmund; Inge Zeller, Betriebsärztin.

Münster: Jürgen Gebauer, Knappschaft Bottrop; Carla Missek, Uniklinik Münster; Helmut Koch, Uniklinik Münster; Hubert Drepper, Hautklinik Hornheide.

Als gäb' es kein Hiroshima

von Gert Bastian

Ein ebenso kluger wie kritischer Analytiker des Zeitgeschehens hat den 6. August 1945, den Tag, an dem mit Hiroshima zum ersten Mal eine Großstadt durch die Detonation einer Atombombe vom Erdboden getilgt wurde, als die eigentliche Zeitwende in der Geschichte der Menschheit bezeichnet.

Zeitwende deshalb, weil der seit jeher im Bewußtsein individueller Bedrohtheit lebende Mensch erst von jenem Tag an mit der Frucht leben muß, auch als Spezies ausgelöscht zu werden.

So einleuchtend diese Bewertung ist, das grundsätzlich Neue und unvorstellbar Fürchterliche an der Gefährdung durch Nuklearwaffen scheint die Mächtigen nicht sonderlich zu beeindrucken. Denn die schreckliche Warnung, die von den Hunderttausenden von Toten in Hiroshima und Nagasaki, von den heute noch über 300 000 qualvoll dahinsiechenden Opfern dieser Verbrechen an der Menschheit ausgeht, ist ungehört verhallt. 36 Jahre danach ist unsere Welt dem atomaren Untergang näher als je zuvor!

Das ist freilich nicht das Ergebnis eines unabwendbaren, schicksalhaften Zwanges, der die Menschheit einem vorgezeichneten Ende entgegengeführt würde. Es ist die Folge einfallsloser, von Arroganz und Ignoranz gekennzeichneter Politik nicht allein der Supermächte, sondern auch ihrer Verbündeten, die ja keineswegs alles ihnen mögliche getan haben, das nukleare Wettrüsten beenden zu helfen oder ihm wenigstens durch Verweigerung jeder Mitwirkung engere Grenzen zu setzen.

Auch die Bundesrepublik Deutschland hat es leider unterlassen, ihren beträchtlichen Einfluß im nordatlantischen Bündnis für den Abbau jener Bedrohungshysterie geltend zu machen, die zu stets neuen Rüstungsimpulsen geführt hat. Indem sie zuerst auf eine angeblich friedensbedrohende Lücke im System der ohnehin fragwürdigen nuklearen Abschreckung hinwies, die sich mit der Modernisierung des sowjetischen Mittelstreckenpotentials gegenüber Westeuropa aufgetan haben soll, hat sich die Bundesregierung sogar als Impulsgeber betätigt.

Ihr anschließendes Votum vom 12.12.1979 für eine als „Nachrüstung“ ausgegebene Stationierung neuartiger nuklearer Mittelstreckenwaffen der USA in Europa, vorwiegend bei uns, macht sie vollends mitschuldig an einer Rüstungsentwicklung, die nichts Gutes erwarten läßt.

Mit eben dieser Entwicklung hat sich vom 22.-24.4.1981 in Groningen eine von

Gert Bastian, 2-Sterne-General der Bundeswehr, seit April 1956 in dieser tätig, sorgte durch sein engagiertes Eintreten für Frieden und Abrüstung wiederholt für Schlagzeilen. Im Januar 1980 reichte der 57jährige General seinem Vorgesetzten, Verteidigungsminister Hans Apel, sein Rücktrittsgesuch ein. Als Hauptgrund führte er den Rüstungsgrad und die atomare Aufrüstung der Bundeswehr an. Seit diesem Zeitpunkt kritisiert und bekämpft er in der Öffentlichkeit den sogenannten Nato-Doppelbeschluß. Als Mitinitiator und Erstunterzeichner des Krefelder Appells hat er wesentlichen Anteil an dem Entstehen einer breiten Friedensbewegung in der Bundesrepublik. Erstmals wird auch eine größere Zahl Mediziner Gert Bastian auf dem „Medizinischen Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges“ am 19./20. September in Hamburg als Referenten zum Thema „Nachrüstung“ kennenlernen.

Foto: Scholz

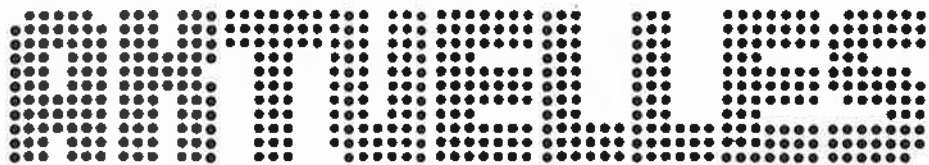


Amerikanern und Niederländern einberufene Konferenz beschäftigt und dabei vor allem die Frage untersucht, ob ein nuklearer Krieg in Europa wahrscheinlicher werden wird.

Das Ergebnis ließ an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig. Übereinstimmend wurde die Auffassung vertreten, daß der eingeschlagene Rüstungskurs die Gefahr in sich birgt, Mitteleuropa in die Rolle eines nuklearen Schießplatzes der Supermächte zu verweisen. So sagte der ehemalige CIA-Direktor Dr. Scoville warnend, Pershing 2 und Cruise Missiles in Europa würden den Frieden nicht sicherer machen, sondern die Kriegsgefahr erhöhen. Und der Leiter des amerikanischen „Center for Defense Information“, Admiral Laroque, führte u. a. aus, daß in den USA die Vorstellung Boden gewinnen würde, ein nuklearer Krieg würde unvermeidbar näherücken, könne aber in Zukunft auf Europa beschränkt werden.

Seitdem haben die Erklärungen des amerikanischen Abrüstungsbeauftragten, Rostow, die beschlossene Aufstellung von Pershing-2-Systemen in unserem Land könne überhaupt nicht mehr Gegenstand von Verhandlungen sein, endgültig Klarheit geschaffen. Die Klarheit nämlich, daß es sich bei der Stationierung landgestützter Mittelstreckenwaffen der USA in Europa eben nicht um eine „Nachrüstung“, sondern um das Ergebnis von einschneidenden Veränderungen im nuklearen Kriegführungsdenken der westlichen Supermacht handelt, als dessen Instrumente diese Waffen ebenso unverzichtbar sind wie die zur Produktion freigegebenen Neutronenwaffen.

Grund genug, sich mit ganzer Kraft dieser für Europa tödlichen Entwicklung entgegenzustemmen und einer Politik die Gefolgschaft aufzukündigen, die nicht begreifen will, daß allein nukleare Abrüstung, nicht nukleare Abschreckung an der Katastrophe vorbeiführen kann.



Zweites Kosten- dämpfungsgesetz:

Ausweitung der Selbstbeteiligung

Am 14. August legte Arbeitsminister Ehrenberg den Entwurf zum 2. Kosten-
dämpfungsgesetz vor. Wichtigste Begründung: „Die bisher vorliegenden Daten zur Ausgabenentwicklung im Jahre 1981 zeigen, daß sich die Ausgabenexpansion mit erheblich über dem Grundlohnanstieg liegenden Zuwachsraten ungebrochen fortgesetzt. Ohne zusätzliche Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung ist zu befürchten, daß der durchschnittliche Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung Anfang 1982 um weitere 0,5 Prozentpunkte ansteigen wird.“ (Begründung S. 1) Im einzelnen sieht der Entwurf vor:

- Erhöhung der Selbstbeteiligung pro Rezept von 2 auf 4 DM;
- neue Brillen bei gleichbleibender Sehfähigkeit alle 3, statt alle 2 Jahre;
- bei zahnärztlichen Leistungen erstattet die Krankenkasse nur noch 60 %, 40 % müssen zusätzlich aufgebracht werden;
- Kuren nur noch alle 3 Jahre und nach Begutachtung durch den Vertrauensarzt;
- die Ausgaben für Kuren dürfen 1982 und 1983 die Ausgaben von 1980 nicht überschreiten;
- Fahrtkostenerstattung nur ab 5 DM und in jedem Fall 5 DM Selbstbeteiligung;
- Krankenhauskosten bei Entbindungen werden nur noch 6 Tage getragen (bisher 10);
- nur 1 Krankenschein pro Quartal für den Versicherten;
- Ausweitung des Arzneimittelhöchstbetrages auf Massagen, Bäder;
- Bagatellearzneimittel dürfen nicht auf Kosten der Kassen verordnet werden und werden durch Rechtsverordnung vom Arbeitsministerium festgelegt;
- Erschwerung des Betriffs von Schwerbehinderten zur gesetzlichen Kasse;
- Apotheken sollen Preise auf Packungen schreiben, damit das „Kostenbewußtsein des Versicherten gestärkt“ wird;
- Festlegung eines Arzneimittelhöchstbetrages für Krankenhäuser;
- finanzielle Anreize zum Abbau von weiteren „50.000 bis 70.000 nicht bedarfsnotwendigen Krankenhausbetten“;
- Krankenhauspflegesätze dürfen 1981 und 1982 „nicht stärker steigen als die durchschnittliche Grundlohnsumme der beteiligten Krankenkassen“ (§ 10 des Referentenentwurfes).

Erste Einschätzung: massive zusätzliche Kostenbelastung für die Sozialversicherten und Leistungsver schlechterungen, keinerlei Strukturverbesserungen. Das Scheitern der bisherigen Kostendämpfungspolitik wird mit der gleichen Methode fortgesetzt.

Die drei chilenischen Ärzte wieder frei

In DG 4/81 hatten wir von der Verhaftung dreier chilenischer Ärzte durch die Geheimpolizei CNI berichtet. Massive internationale Proteste gegen die willkürlichen Festnahmen bewirkten, daß die drei Ärzte nach 56 Tagen Haft wieder entlassen werden mußten. Unter anderem war eine amerikanische Ärztedelegation wegen dieser Festnahmen nach Chile gereist, die „Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokraten im Gesundheitswesen“ hatte sich für die sofortige Freilassung eingesetzt, ÖTV-Gewerkschaftsgliederungen hatten Protesttelegramme an den chilenischen Innenminister geschickt.



Dr. Almeyda nach Haftentlassung

Eine Woche nach seiner Freilassung hat Dr. Almeyda wieder seine Arbeitsplätze in der Privatpraxis, der Poliklinik der jüdischen Gemeinde und der Poliklinik der Vicaria de la Solidaridad eingenommen. Sicherlich ist seine Freilassung ein Erfolg der internationalen Solidarität, aber solche Vorfälle in Chile werden immer wieder vorkommen. So muß Dr. Almeyda mit der überall in Chile publizierten Verleumdung als „Terroristen“ leben, die von CNI und Presse ohne jeglichen Beweis und ohne Gerichtsurteil in Umlauf gesetzt worden war. Der „Erfolg“ einer von ihm angestregten Klage gegen CNI und Presse läßt sich unter dem Pinochet-Regime vorhersagen.

Kinderklinik Gelsenkirchen: Jetzt Arbeitsgerichts- verfahren

In DG 4/81 berichteten wir, daß drei Assistenzärzten während ihrer Probezeit an der Städtischen Kinderklinik Gelsenkirchen wegen

gewerkschaftlicher Betätigung gekündigt worden war.

Juristisch steht die Auseinandersetzung vor dem ersten arbeitsgerichtlichen Kammertermin. Im Gürtetermin hatte das Gericht von der Beklagten, der Stadt Gelsenkirchen, verlangt, die Gründe für die drei Entlassungen anzugeben. Dieser Auflage ist die Beklagte unter Murren und Protesten nachgekommen. Dabei wurden die alten, z. T. längst widerlegten Vorwürfe etwas ausgeschmückt wieder neu aufgewärmt (vgl. DG 4/81). Demgegenüber halten die Kläger daran fest, daß ihr gewerkschaftliches Engagement der ausschlaggebende Kündigungsgrund gewesen war.

In der Zwischenzeit wurde ein Offener Brief von der „Initiative zur Wiedereinstellung der 3 Ärzte“ an den Gelsenkirchener Oberstadtdirektor Meya geschickt, um auf die Mißstände hinzuweisen, die eine Klinikbetriebsleitung bewußt und über Monate in Kauf nimmt, um drei gewerkschaftlich aktive Kollegen loszuwerden. Die Initiative hatte sich aus den Reihen der ÖTV-Abteilung Gesundheitswesen in Gelsenkirchen gebildet, nachdem den drei Kollegen trotz mehrfachen Nachhakens die Unterstützung der ÖTV Kreisverwaltung Gelsenkirchen versagt worden war.

DG wird weiter berichten.

Der 1. Kammertermin findet am Freitag, dem 25. September 1981, um 8.45 Uhr, im Arbeitsgericht Gelsenkirchen, Ahstr. 22, Saal 514, statt.

Kontaktanschrift:
„Initiative zur Wiedereinstellung der drei Ärzte“
c/o Lothar Montzka
Horster Str. 174
4390 Gladbeck

● Krank, weil arbeitslos

LONDON (dpa). – Menschen in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit sind gesundheitlich erheblich stärker gefährdet als ihre sozial besser gestellten Mitbürger. Zu diesem Schluß kam der britische Wissenschaftler Malcolm Colledge jetzt nach dem Studium von mehr als 200.000 Krankengeschichten im von Arbeitslosigkeit besonders stark betroffenen Mittelengland. Er stellte fest, daß in Regionen mit hoher und chronischer Arbeitslosigkeit frühzeitige Todesfälle durch Herzkrankheiten um 50 Prozent häufiger waren, als in sozial „sichereren“ Gebieten. Todesfälle durch Bronchitis und Lungenerkrankungen waren doppelt und Lungenkrebs sogar dreimal so häufig.

Selbsthilfegruppen im Aufwind!

Im Zuge der Diskussion um die Kostenexplosion im Gesundheitswesen geraten Laiensysteme wie Selbsthilfegruppen immer mehr in den Mittelpunkt öffentlichen Interesses.

Im Rahmen des Programms „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ kündigte Forschungsminister von Bülow Untersuchungen über die Verbreitung und Belastbarkeit der Laienhilfe an.

In den interdisziplinär zusammengesetzten Teams sollen folgende Fragen geklärt werden:

- In welchem Umfang gibt es das vielfach erst zu aktivierende Laienpotential?
- Welche Aufgaben bieten den bevorzugten Gegenstand der Selbsthilfe?
- Welchen materiellen und immateriellen Voraussetzungen benötigt die Selbsthilfe? In welchem Umfang können durch staatliche Leistungen günstige Bedingungen geschaffen werden?
- Welche Formen der Kooperation zwischen Laien und professionellen Hilfen erweisen sich als tragfähig?
- Welche rechtlichen und organisatorischen Schranken bestehen für eine Zusammenarbeit?

Zum Frieden – was kann die Wissenschaft beitragen?

Zu diesem Thema beschloß der Akademische Senat der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin für das Wintersemester 1981/82 einstimmig die Einrichtung einer Ringveranstaltung.

Die Veranstaltungen werden mit der Friedenswoche Anfang November beginnen und 14tägig in Zusammenarbeit mit den anderen Berliner Hochschulen stattfinden.

Mit der Einrichtung der Ringveranstaltung hat sich die FHSS einer Initiative der GEW Berlin zum Thema FRIEDEN angeschlossen. Es ist beabsichtigt, im Sommersemester 1982 in einer hochschulübergreifenden Folgeveranstaltung zu diesem wichtigen Thema weiter zu arbeiten.

Verschiedenes

Multiple Choice in der Krankenpflegeprüfung

Nachdem zentrale Multiple-Choice-Prüfungen bei den Medizinerinnen eingeführt wurden, macht sich dieses Unwesen auch in der Krankenpflege immer breiter.

So wurden im Regierungsbezirk Köln, als einem der letzten in NRW, für dieses Jahr zentrale Multiple-Choice-Prüfungen durchgeführt. Abgesehen von der wissenschaftlichen Unsinnigkeit dieser Prüfungsart kommt noch hinzu, daß es in der Krankenpflege keine verbindlichen Lernziele gibt. Nur eine Mindeststundenzahl der einzelnen Fächer ist laut Krankenpflegegesetz vorgeschrieben, die Inhalte liegen im Ermessen der jeweiligen Krankenpflegeschule. Dies bedeutet, daß Fragen zu Themengebieten gestellt werden können, die im Unterricht nicht behandelt wurden, und deshalb nicht beantwortet werden können.

Daß mit diesem Verfahren eine Verbesserung der Ausbildung erreicht wird, ist wohl nicht zu erwarten.

Physikum: Studentenaktionen zeigen Wirkung

Nach den heftigen Auseinandersetzungen um die Durchfallquote beim letzten Physikum (DG 3/81) wurde das Problem nun „gelöst“. Die Hauptforderung der Studenten nach Wiedereinführung der 18%-Gleitklausel, d. h., das Physikum gilt auch dann als bestanden, wenn man bei der Beantwortung der Fragen nicht unter 18% der im Bundesdurchschnitt richtig beantworteten Fragen liegt, wurde stattgegeben; allerdings versehen mit dem Huberschen Anker: 50% der Fragen müssen trotzdem richtig sein, denn die „Qualität“ der Prüfung soll gewahrt werden. Der Antrag Hamburgs im Bundesrat, diesen Anker fallenzulassen, fand leider keine Mehrheit. Gleichzeitig wurde beschlossen, den Durchgefallenen, sofern sie Kurse im klinischen Abschnitt erfolgreich besucht haben, diese anzuerkennen – „im Interesse einer rationellen Auslastung der in der Klinik vorgehaltenen Ausbildungskapazität“ (aus der Antragsbegründung). Weiterhin soll bis zur nächsten Änderung der Approbationsordnung die Bestehensregel nochmal überprüft werden. Regulierung des „Medizinerberges“ ist halt eine schwierige Angelegenheit.

Kleinanzeigen

Da wir uns finanziell etwas auf die Hinterbeine setzen müssen, wollen wir für Kleinanzeigen auch ein (relativ) kleines Entgelt kassieren. Kleinanzeigen bis 5 Zeilen (etwa 120 Anschläge) sollen einen Fünfer kosten. Bis 10 Zeilen 10 DM etc. ... Am einfachsten steckt ihr euren Anzeigentext zusammen mit dem Geldschein – oder Briefmarken – in einen Umschlag und sendet diese an: **DG-Anzeigen, U. Raupp, Spyckstr. 61, 4190 Kleve.** Bei mindestens 3000 Lesern lohnt sich das schon!

Allgemeinmediziner

somatisch ausgebildet, sucht fortgeschrittenen psychosomatisch orientierten Allgemeinmediziner oder Internisten zur gemeinsamen Niederlassung ab 1982 in Köln, Stadtrand oder Umgebung. Zuschriften bitte an die Anzeigenverwaltung unter Chiffre: USch

Orthopädie

Gesundheitszentrum Riedstadt, Freiherr-vom-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt 1, sucht ab Sommer 1982 für bestehende Praxis Facharzt für Orthopädie.

Pflegeberuf

Suche nach meiner Entlassung aus dem hessischen Justizvollzug gegen Ende dieses Jahres Beschäftigung in einem Pflegeberuf (anzulehnender/auszubildender Kranken- oder Altenpfleger oder Pflegehelfer) oder anverwandtem Beruf. Wer kann mir zumindest mit einem guten Ratschlag oder Hinweis weiterhelfen, womöglich Geeignetes vermitteln? Bin übrigens 24 Jahre jung und von sympathischem Wesen und humaner Gesinnung. **Norbert Krügel, Marienburgstr. 74, 6100 Darmstadt 13**

Arbeitsmaterial zur Dritten Welt

Revolution ist Gesundheit

Das neue Gesundheitswesen in Nicaragua

medico international

Revolution ist Gesundheit

Die Broschüre von Medico International kann gegen die Einsendung von 5 DM (Überweisung: Konto 2402, Stadtparkasse Frankfurt) bestellt werden. Adresse: Medico International e.V., Homburger Landstr. 455, 6000 Frankfurt.

Termine

24./25. 9. 1981, Heidelberg: **Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin**
Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin, Im Neuenheimer Feld 368, 6900 Heidelberg 1

1. 10. 1981, Hannover: **4. Sicherheitsfachtagung Krankenhaus**
Auskunft: Dipl.-Ing. G. Seetzen, Beauftragter für Unfallverhütung und Immissionsschutz der MHI, Karl-Wiechert-Allee 9, 3000 Hannover 61

6.–10. 10. 1981, Düsseldorf: **17. Deutscher Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin**
Auskunft: Bundesarbeitsgemeinschaft für Arbeitssicherheit (BASi), Stresemannstr. 43, 4000 Düsseldorf 1

25. 10. 1981, Landesklinik Viersen-Süchteln: **Integration von psychisch Kranken – Auflösung der Großkrankenhäuser – was bedeutet das aus gewerkschaftlicher Sicht?** Seminar für ÖTV-Mitglieder an den Rheinischen Landeskliniken.

Auskunft: ÖTV-Bezirksverwaltung NRW I, W. Kühle, Fr.-Ebert-Str. 34–38, 4000 Düsseldorf 1, Tel. (0211) 38 10 20

Ende Oktober 1981, Heidelberg: **Informationsveranstaltung für Selbsthilfe-Gruppen – Frauen nach Krebs**

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

5.–7. 11. 1981, Osnabrück: **Prävention und Sprachbehinderung**
Auskunft: Arbeiterwohlfahrt, Bezirk Weser-Ems, Klingenbergstr. 73, 2900 Oldenburg

11.–14. 11. 1981, Aachen: **Jahreshauptversammlung der Bundesvereinigung Für Geistigbehinderte e.V.** Thema: Die Bedeutung des Wohnens für den geistig behinderten Menschen aus anthropologischer Sicht und aus der Sicht der Eltern
Auskunft: Dr. B. Conrads, Raiffeisenstr. 18, 3550 Marburg 7

18.–20. November 1981, Marburg: **BdWi-Kongreß: „Umweltwissenschaft – Umweltpolitik“**
Kontakt: Helga Koppel, BdWi-Geschäftsstelle, Postfach 1162, 3550 Marburg 1

24. 3. 1982 – 26. 3. 1982, München, Universität: **Leben, Lernen, Arbeiten in der Gemeinschaft; Ambulante Pflege- und Hilfsdienste zur Eingliederung Langzeitkranker und Behinderter**
Veranstalter: Vereinigung Integrationsförderung e.V. (VIF), Tel. (089) 59 19 34

Aufruf

zur Demonstration und Kundgebung am 10.10. in Bonn

Gegen die atomare Bedrohung gemeinsam vorgehen – Für Abrüstung und Entspannung in Europa

Unter anderen rufen auf: **Aktion Sühnezeichen Friedensdienste e.V. / Bürgerinitiativen für Frieden und Abrüstung / Demokratische Fraueninitiativen / DFG-VK / Juso-Bundesvorstand / SJD – Die Falken / Bundesverband Bürgerinitiativen Umweltschutz / Deutsche Kommunistische Partei / Jungdemokraten Bonn – und viele weitere regionale und überregionale kirchliche, politische und gemeinnützige Organisationen.**

Koordination und Kontakt: Aktionsgemeinschaft Dienst für den Frieden, Blücherstr. 14, 5300 Bonn 1, Tel. (0288) 22 91 92

19.–20. 9. 1981, Hamburg: **„Die Überlebenden werden die Toten benelden“ – Medizinischer Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges.** Auditorium Maximum der Universität, Grindelallee. Kontakt, Anmeldung, Programm: Wolfgang Kratzke, Lindenstr. 29, 2000 Hamburg 1

Die Formel des Weltbundes der Krankenpflege hört sich gut an:

Krankenpflege ist:

„Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen und Leiden zu lindern.“

Aber wie muß ich dann konkret handeln?

Betrachtungen aus ambulanter Sicht von Jürgen Rave



Foto: Paul Glaser

Aktivitätsdefizite lassen sich in folgenden Anteilen darstellen:

1. Grundpflege
2. Behandlungspflege
3. Hauswirtschaftliche Versorgung
4. Kommunikation und Wahrnehmung
5. Beobachtung, Überwachung, Betreuung
6. Selbsthilfe (Förderung)

1. Grundpflege

Hier geht es um die alltägliche (und daher sehr wichtige) persönliche Versorgung, also um Körperpflege im umfassenden Sinn. Jemanden waschen, kämmen, die Zähne putzen, die Hand reichen, in den Arm nehmen, streicheln, Hilfe beim Stuhlgang, beim Wasserlassen, Aufstehen/Zubettgehen, Darreichung von Essen und Trinken. All dies sind Verrichtungen, bei denen Abhängigkeitsgefühle, Vertrauen, Angst vor Tabuverletzungen, Sympathie und Antipathie eine Rolle spielen. Mit „gesundem Menschenverstand“ allein wird man solche Situationen nicht optimal angehen können. Für die Grundpflege brauchen wir in der ambulanten Krankenpflege schon eine gute Ausbildung im psychosozialen Bereich.

Ein Abhängigkeitsgefühl entsteht für den Patienten in der Situation: Pfleger X kommt jeden Tag und kennt jeden Handgriff. Was passiert, wenn Pfleger X Urlaub hat? Es ist gar nicht so einfach, einem Patienten zu

vermitteln, daß die Kollegen auch umgänglich und vertrauenswürdig sind. Vertrauen zur Grundpflege kann dadurch geschmälert werden, daß die Pflegepersonen ständig wechseln. Ein Tabu wird verletzt, wenn ein Pfleger eine Frau versorgen muß. Die etwas jovialen Aussagen wie: „Der ist ja Pfleger und wird Ihnen schon nichts wegucken“, können bei Patienten konkret Angst auslösen.

Daß Sympathie und Antipathie eine Rolle in der Begegnung mit dem Patienten spielen, werden wohl nur hoffnungslose Ignoranten leugnen.

2. Behandlungspflege

Hier geht es um die meist vom Arzt verordneten Behandlungen, die für den Patienten meist nicht alltägliche Vorgänge sind und denen er manchmal mit ängstlichen Gefühlen begegnet.

Jemandem eine Spritze/Medikamente geben, Puls/Blutdruck messen, Verbände anlegen, Dekubitus behandeln, Klistier verabreichen, Massagen/Entspannungsübungen durchführen; jemanden beruhigen, trösten, Freizeit gestalten.

Diese Behandlungen erfordern immer wieder Erklärungen. Die Patienten und deren Angehörige fordern ständig Informationen über die Behandlung, die uns manchmal auch überfordern.

Ich glaube, daß es zunächst wichtig ist, auch hier den Krankheitsbegriff in Frage zu stellen. Das soll bedeuten, nicht durch Überdenken zu einem neuen oder endgültigen Begriff zu kommen, sondern bei jeder Hilfeleistung sich am Patienten und seinem Wohlbefinden zu orientieren und nicht an einer Gesundheitsformel (Norm) orientiert zu sein.

Also wird Krankenpflege gefordert, wenn subjektiv Hilfe verlangt wird. Es kann in der ambulanten Krankenpflege eigentlich nur der Wunsch bzw. die Anforderung des Patienten sein, die einen Kontakt bewirkt. Die Anordnung des Arztes ist hier ein formaler Akt.

Doch: Was ist meine Hilfe?

In einer Untersuchung des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit zu Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger, wird der Begriff Aktivitätsdefizit gebraucht. Trotz der Nüchternheit (oder gerade deswegen) dieses Begriffes erscheint er mir geeignet zu sein, unsere Tätigkeit ein wenig festzulegen. Demnach ist es Krankenpflege, wenn ich ein Aktivitätsdefizit ergänze, also das Defizit ausgleiche. Und es ist Krankenpflege, wenn ich die Aktivität des Patienten soweit fördere, bis kein Defizit mehr besteht. Aktivität ist mit dem Begriff der Selbsthilfe austauschbar.

Eine vieldiskutierte Frage stellt sich auch hier: Bin ich Therapeut, weil ich ja behandle, indem ich eine Spritze gebe, weil ich ja behandle, indem ich wochenlang die Entwicklung eines Dekubitalgeschwürs wesentlich beeinflusse, weil ich ja behandle, indem ich jeden Tag mit Patienten über ihre Ängste und Lebensbedingungen spreche?

Ich meine nein, wir sind keine Therapeuten. Pflegepersonen müssen mit den spontanen Ideen und jedesmal mit anderen Situationen umgehen. Therapeuten haben ein Programm, das im Vordergrund ihrer Bemühungen steht, haben einen viel engeren Rahmen. Therapeuten haben nicht so deutlich das Alltägliche, haben mehr die Ausnahmesituation. Natürlich kann ich mich als Krankenpfleger/Krankenschwester auch Soziotherapeut nennen. Da es aber weder meinem Selbstbewußtsein, noch meinem Geldbeutel etwas bringt, ist es nicht so wichtig!

3. Hauswirtschaftliche Versorgung

heißt in der ambulanten Krankenpflege einen Haushalt weiterführen, damit bei Ausfall eines Familienmitgliedes die Familie ihre Existenzform beibehalten kann. Hauswirtschaftliche Versorgung heißt aber auch: Training von Fähigkeiten für die Haushaltsführung. Die Leistungen sind oft an der Grenze dessen, was Pflegeperso-

nal im allgemeinen bereit ist zu tun. Waschen, kochen, einkaufen, Geld einteilen, Reinigungsarbeiten organisieren und durchführen sind Tätigkeiten, die eigentlich von Familienpflegerinnen geleistet werden sollen. Dieses Berufsbild ist aber noch kaum verbreitet, und es wäre auch zu einfach, unbequeme Arbeiten auf einen anderen Beruf abzuschieben. Es bleibt jedoch offen, ob dieser Bereich überhaupt mit Krankenpflege etwas zu tun hat!

4. Förderung von Kommunikation und Wahrnehmung

bedeutet es, zu ermöglichen, daß der Patient Informationen aufnehmen kann (TV,

5. Beobachtung, Überwachung, Betreuung

Diese Begriffe hören sich schlimm an, zumal wenn sie herausgelöst aus dem stationären Bereich in der ambulanten Krankenpflege wieder auftauchen. Dennoch sind es wichtige Aspekte. Ich kann nicht wochen- und monatelang beobachten, wie jemand seine Körperpflege vernachlässigt, seine Wohnung vernachlässigt, nicht mehr oder kaum noch spricht, ohne mit meinen Kollegen und mit dem Arzt darüber zu sprechen.

Auch über die Kommunikationsmöglichkeiten und -fähigkeiten muß ich gezielte Beobachtungen machen.

7. Förderung von Selbsthilfe und Nachbarschaftshilfe

Mögliche Aktivitätsformen:

Kurse in häuslicher Krankenpflege
Beteiligung an einem Stadtfest
Organisation eines Straßenfestes
Gründung einer Bürgerinitiative
Mitarbeit in Vereinen
Gruppenarbeit mit Angehörigen

Optimal?! Ambulante Krankenpflege findet so viel öffentliches Interesse in der Gemeinde, daß eine Bürgerinitiative bzw. ein Trägerverein die Pflegeeinrichtung unterhält.

Diese Aktivitätsformen hören sich so an,

Krankenpflege

Was ist das eigentlich?

Radio, Zeitung und andere Medien), daß der Patient lernt, sich sicherer zu fühlen und zu behaupten (z.B. im Umgang mit Behörden).

Zuhören ist wohl die wichtigste Kommunikationsregel gegenüber dem Patienten, denn es aktiviert den Patienten, wenn er sich äußert (auch nonverbal). Über „Zuhören“ sind einige, wie ich meine wichtige Fakten in „Psychiatrische Krankenpflege“ von M. Rave-Schwank/C. Winter v. Lersner ausgeführt. Selbstverständlich fördere ich auch Kommunikation, wenn ich Nachbarschaftshilfe aufbaue oder Selbsthilfe initiiere.

Kommunikation muß in ambulanter pflegerischer Tätigkeit auch im Team stattfinden. Präzise Information und Austausch von Anregungen und Meinungen, also offene Kommunikation verhindert, daß einzelne Pflegepersonen ihre Fähigkeiten und Kenntnisse aneinander vorbei verpulvern. Würde letzteres geschehen, würden wir den Patienten verwirren und dadurch schwer belasten.

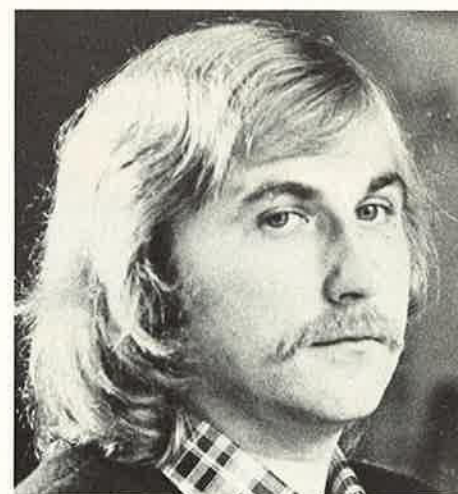
Teamarbeit darf keine Möglichkeit, sondern muß Pflicht sein. Kommunikation und Metakommunikation müssen feste Bestandteile im Zeitplan sein.

Ich denke, daß es wichtig ist, wie ich mit Beobachtungen umgehe und daß es nicht negativ ist, überhaupt zu beobachten. Ohne Beobachtungen kann ich auch nicht ehrlich mit dem Patienten sprechen. Der Begriff Überwachung hängt mit Beobachtungen eng zusammen, bezieht sich aber eher auf med.-techn. Fragen (z.B. Überwachung einer Infusion).

Der Begriff Betreuung beinhaltet mehr das Dabeisein, also das mit dem Patienten verbringen von Zeit während z.B. der Abwesenheit von Angehörigen. Die Zeit, die ich mit dem Patienten verbringe, sollte eingeteilt, d.h. strukturiert sein.

6. Beratung

Die Beratung bedeutet die Beantwortung von Fragen, welche aus dem Bereich sozialer und gesundheitlicher Versorgung an Pflegepersonal gerichtet werden. Die Beratung findet sowohl im Büro, als auch bei Hausbesuchen statt. Beratung ist aber auch jedes persönliche, vertrauliche Gespräch über Empfindungen und Vorstellungen des Betroffenen.



Jürgen Rave

Foto: Max Hahn

daß man gleich aufbrechen möchte, in der ambulanten Krankenpflege tätig zu sein. Aber machen wir uns nichts vor. Spätestens bei dem Versuch, eine Bürgerinitiative zu gründen, wird es reichlich Interessengruppen geben, die die Dinge anders sehen und auch Autonomie nicht wünschen – wir würden anecken. In der Realität beginnen die Grenzen unserer Möglichkeiten noch viel früher. Das ist nicht anders, als in stationären Bereichen auch. ■

von Barbara Wille
und Ralf Birkenfeld

Immer mehr Schwestern und Pfleger sind nicht mehr in der Lage, die täglichen Belastungen auf den Stationen mit ihren Vorstellungen einer patientenorientierten Krankenpflege in Einklang zu bringen. Verkürzte Verweildauer, daraus resultierende höhere Patientenzahlen, Überstunden und nicht zuletzt

die zunehmende Technisierung im Gesundheitswesen verschärfen die Problematik weiter. Lokale und bundesweite Aktionen, wie z.B. „Humane Krankenpflege“ der Gewerkschaft ÖTV, haben die Probleme des Pflegepersonals in die Öffentlichkeit getragen. Das Universitätsklinikum Göttingen ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit ca. 1200 Betten und ca. 1300 Beschäftigten. Das Klinikum besitzt 880 Betten für die Normalpflege. Pro Station mit 20 Planbetten sind 8 Pflegekräfte beschäftigt. In Planung und Bauausführung ist das Haus für die Gruppenpflege konzipiert.

„Gruppenpflege besteht darin, daß eine Gruppe von verschiedenartig ausgebildeten Pflegepersonen gemeinsam die Planung und Ausführung der umfassenden individuellen Pflege einer Anzahl von Patienten übernimmt. (...) Die Patientenzuteilung innerhalb der Gruppe erfolgt nach dem Ausbildungsgrad und den Kompetenzen der Mitarbeiter und nach dem Zustand der Patienten und ihrem Bedarf an Pflege. Es sollte möglichst darauf geachtet werden, daß die Gruppenmitglieder ganze Patienten pflegen können...“ (Auszug aus: Locher, H. „Der Pflegedienst im Krankenhaus“)

ALLTAG Funktionspflege funktioniert nicht

Anfang 1977 begann der Umzug in das Neue Klinikum. Doch was geschah mit dem ursprünglichen Plan, mit dem Umzug auch ein Wechsel der Pflegekonzeption „Weg von der Funktionspflege – Hin zur Gruppenpflege“ vorzunehmen?

Aufgrund der einsetzenden Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen wurden nur 8 Planstellen für die Normalpflegestationen (20 Betten) gewährt, von Gruppenpflege war keine Rede mehr. Aufgrund dieser Situation war das Pflegepersonal gezwungen, bei dem alten Konzept der Funktionspflege zu bleiben.

Dieses Pflegekonzept entspricht in seiner Aufsplitterung (Verteilung der Einzelarbeiten auf verschiedene Personen) dem Prinzip der industriellen Arbeitsteilung, nicht aber einer patientenorientierten Krankenpflege.

Bezogen auf die einzelne Pflegekraft bedeutet dies, daß sie weiterhin

- nur bestimmte pflegerische Funktionen übernimmt und diese für alle Patienten ausführt;
- keinen Gesamtüberblick über Station und Patienten besitzt;
- mit sich selbst und ihrer Arbeit unzufrieden ist.

Der einzelne Patient

- erhält weiterhin nur Pflege in Einzelelementen;
- empfindet sich weiterhin als „Objekt“ durch die Aufteilung der an ihm auszuführenden Pflegetätigkeiten;
- hat weiterhin keine feste Bezugsperson als Ansprechpartner für seine Sorgen und Wünsche.

Mehr als jede Statistik verdeutlicht folgender Bericht über einen normalen Schichtdienst einer Krankenschwester die Situation des Krankenpflegepersonals.



„Ich komme morgens kurz vor halb sieben zum Frühdienst. Ich arbeite in der Inneren Medizin, 20 Bettenstation. Wir haben zur Zeit 3 schwerstkranke; mehrere bettlägrige und einige Aufstehpatienten.“

Nach der Übergabe der Station durch die Nachtwache, die die Patienten von 4 Uhr an gewaschen hat, schießen wir los. Wir sind heute morgen 2 examinierte Schwestern und eine Schülerin. Meine Kollegin und die Schülerin betten alle 20 Patienten. Ich gehe zu den Patienten, die ihren Urin sammeln müssen, messe den Urin und stelle neue Sammegefäße auf. Danach hole ich die Waage und wiege die Patienten, deren Gewicht täglich kontrolliert werden muß. Während meine Kollegen noch beim Betten sind, verabreiche ich noch schnell Insulinspritzen bei verschiedenen Patienten.

Schon jetzt ist viel Unruhe in den Zimmern durch häufiges Türenöffnen und -schließen, durch Rumgehen und Hantieren entstanden. Es ist kurz nach sieben Uhr, meine Kolleginnen sind jetzt mit den Betten fertig, haben einige z.T. frisch bezogen. Ich nehme nun die Morgenmedikamente und Überwachungsbögen für alle Patienten und gehe noch einmal durch alle Zimmer, um sie auszuteilen. Die Schülerin hat in-

zwischen angefangen, das Frühstück auszuverteilen, die andere Schwester sitzt am Schreibtisch und schreibt die Patientenkurven. Gleichzeitig organisiert sie den Transport der Patienten zu den verschiedenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die für diesen Tag vorgesehen sind.

Ich helfe der Schülerin beim Frühstück ausstellen und füttern einiger Patienten. Zwischendurch klingelt es aus den Patientenzimmern, die Ärzte fangen mit den Blutentnahmen an. Die Schülerin und ich räumen das Frühstücksgeschirr ab, richten die Infusionen und Spritzen für den Tag, nehmen Blut für die Blutzuckerbestimmung ab. In der Zwischenzeit – ca. 8 Uhr – ist unsere Kollegin mit der Kurvenführung fertig, ab 8.30 Uhr frühstücken wir im Stationszimmer. Zwischendurch klingeln die Patienten, das Telefon rappelt, der hausinterne Krankentransport kommt und fragt dies und jenes, die Ärzte kommen ins Stationszimmer, von einem ruhigen Frühstück kann keine Rede sein. Um 9 Uhr beenden wir das Frühstück.

Die Kollegin, die heute die Kurven geführt hat, organisiert weiter den Transport der Patienten, nimmt neue Patienten auf, entläßt Patienten, rennt zum Telefon, das andauernd läutet, begleitet die Ärzte zur Visite, arbeitet die Visite aus und ist damit bis zum Schichtwechsel vollauf beschäftigt.

Die Schülerin geht nach dem Frühstück durch alle Zimmer, um Blutdruck zu mes-

Große Fluktuation beim Pflegepersonal

Frankfurt. 200 Neuzugänge im Pflegebereich konnte das Universitätsklinikum in Frankfurt 1979 verzeichnen. Es mußte auf der anderen Seite aber 220 bis 240 Abgänge hinnehmen. Durch diese Zahlen wird die große Fluktuation deutlich: Gut 20 Prozent des Pflegepersonals wechselt jährlich und es gehen mehr als kommen. Die Klinikleitung rechnet nicht damit, daß sich die Situation in diesem Jahr bessern wird. Der Klinikvorstand ist nun bemüht, eine Ausnahmegenehmigung vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zu erhalten, um ausländische Schwestern und Pfleger, die nicht der Europäischen Gemeinschaft angehören, anwerben zu können.

sen und aufzuräumen. In dieser Zeit ordne ich die Blutproben und schicke sie ins Labor. Danach räume ich die Betten der entlassenen Patienten in die Bettenzentrale, helfe einigen Patienten bei der Entlassung. Anschließend gehe ich mit der Schülerin durch alle Zimmer: Wir machen die Verbände frisch, führen Blasenspülungen und Inhalationen durch. Wir haben keine Zeit, uns lange aufzuhalten. Zwischendurch rennen wir zur Klingel und weisen neue Patienten in die Zimmer ein. Jetzt ist es halb zwölf, schnell die Mittagsmedikamente und das Essen ausverteilen, Patienten füttern. Tabletts wieder einsammeln. Nun kommen die aus der Apotheke bestellten Medikamente. Rasch alles wegräumen, zum

gründlichen Ordnen bleibt keine Zeit. Nochmal zu den verschiedenen Patienten zur Blutzuckerentnahme, das Arbeitszimmer aufräumen, schon ist es 13 Uhr und die Spätschicht kommt zur Übergabe.

Wir sind jetzt viele Male in jedem Patientenzimmer gewesen, unzählige Male den Gang auf und ab gerannt, wir sind kaputt und haben doch viele Dinge nicht gemacht. Wir konnten den Patienten nicht das Gefühl von Geborgenheit vermitteln, wir konnten Fragen von Patienten nur mangelhaft beantworten, da für Gespräche nur wenig Zeit war, wir konnten keine gründliche Behandlungspflege betreiben, wir haben einiges verschusselt in der Eile, obwohl wir uns sehr bemüht haben. Wir haben Hektik und Unruhe verbreitet, wir sind unzufrieden mit diesem typisch „normalen“ Vormittag auf der Station. Etwas Überblick bekommen wir erst während der Stationsübergabe, wo wir erfahren, was während der Visite diskutiert und neu angeordnet wurde.“

Die durch den schlechten Personalschlüssel aufgezwungene Arbeitsorganisation „Funktionspflege“ frustriert das Pflegepersonal, macht die Patienten unzufrieden. Das nachweislich bessere Pflegekonzept der „Gruppenpflege“ muß mit den Mitteln politischen Drucks über mehr Planstellen in den Krankenhäusern, über mehr und bessere Ausbildungsplätze erreicht werden, wenn die Abwanderung aus dem Krankenpflegeberuf gestoppt werden und jeder Patient die ihm zustehende Pflege erhalten soll. ■

FRÜH DURCHSTARTEN - DER RICHTIGE WEG ZUM EIGENEN HEIM.

Genossenschaftliche Bausparkasse
für den öffentlichen Dienst
GmbH, 3250 Lamseln 1



Den Traum vom eigenen Heim sollte man nicht so lange bremsen, bis die Mieten noch höher und die Kinder schon groß sind. Am sichersten kommt ans Ziel, wer so früh wie möglich zum Bausparen durchstartet.

Beim BHW, Bausparkasse für den öffentlichen Dienst, machen maßgeschneiderte Tarife den Start

auch schon in jungen Jahren leicht. Und die individuelle BHW-Beratung zeigt, auf welchem Weg Ihr Haus am schnellsten auf Sie zukommt. Ein guter Wegweiser: die kostenlose BHW-Informationsbroschüre. Überall beim BHW.

BHW

Bausparkasse
für den öffentlichen Dienst.

DAMIT ES BEIM BAUEN VORWÄRTS GEHT.

Erinnerungen

Jutta

Ich war ein halbes Jahr dort in N., dann ging ich nach H., weil es in N. wirklich unerträglich geworden war. Die ganze Atmosphäre, das war so was von elitär. Da gab's die folgende Situation – diese Geschichte wird ich nie vergessen – da blieb ein Kind weg. Ich weiß nicht mehr warum. Ich mußte die Sauerstoffflasche holen, die gab's im Keller. Und ich rannte in den Keller, da hielt mich eine ältere Schwester an und sagte: „Eine Schwester rennt nicht, eine Schwester schreitet“. In diesem Still war die ganze Klinik.

Wir mußten dort sofort auf die Station. Einmal in der Woche war Unterricht, hauptsächlich bei Ärzten: Anatomie, Physiologie usw. Ich mußte – das wurde als Auszeichnung betrachtet – sofort auf die Frühgeborenen-Station, weil ich halt Erfahrung mit Säuglingen hatte. Da sind auch so viele Dinge vorgekommen, also ich konnte das nicht ertragen. Nach einer Woche hab ich mitgekriegt, wie eine Schwester ein Kind falsch sondierte. Sie wollte mir zeigen, wie man das macht. Sie hat sie gelegt, die Milch eingespritzt, na ja, zehn Minuten später war das Kind tot. Ich weiß nicht, aus welchem Grund. Jedenfalls stand ich fassungslos da.

Die hatten halt auch kein Personal. Die Schülerinnen mußten von Anfang an eigenverantwortlich arbeiten, Füttern, Wickeln usw. Spritzen haben sie uns einmal gezeigt, dann mußte man es können. Die Kontrollen der vorgesetzten Schwestern bezog sich nur auf die Ordnung. Also, ich kann heute noch den Kittel so zusammenfalten, wie er in N. gefaltet wurde. Und die Betten, wie die gemacht waren, daß die Ecken stimmten. Ansonsten hat sich keiner um uns gekümmert. Ich fühlte mich da schon im Stich gelassen.

Wir hatten geteilten Dienst, von morgens 6 Uhr, mit Mittagspause, und abends bis 20 oder 21 Uhr. Und der Ausgang. Ich mußte an freien Tagen um 21 Uhr da sein, weil ich noch nicht 18 war. Da gab's auch ein Heftchen, wo man eintragen mußte, wann man ausgehen will. Und wohin wir gehen wollten, wurde gefragt. Das Zurückkommen wurde an der Pforte kontrolliert. Es war eine Katastrophe. Auch alles sehr primitiv. Die hatten noch nicht mal diese Einweg-spritzen.

Erst mal hab ich mich in H. befreit gefühlt, weil da zwar ähnliche Mechanismen waren, aber es war nicht so elitär. Mit elitär ist gemeint: Es ist eine besondere Ehre, diesen Beruf ausüben zu dürfen. Man muß einen besonders reinen Charakter dazu haben. Das wurde uns in N. vermittelt.

Ich hab mich dann über Wasser gehalten, indem ich abends ständig unterwegs war. Ich kannte viele Leute. Meistens habe ich verschwiegen, wo ich arbeite.

Arbeitsmäßig war es in H. dann auch wahnsinnig. Vierzehn Tage war ich da, da mußte ich schon Nachtwache machen, ganz allein. Alle paar Stunden die Säuglinge füttern und morgens wurden die Betten auf Ordnung kontrolliert. Das war wichtig! Ich habe nachts nur rotiert. Nebenan war die Privatstation, aber auch da war nur eine Schülerin, wie fast überall. Es gab eine Hauptwache, eine Vollschwester, die ging alle paar Stunden mal durch. Aber was sollte das?

Im Grunde war ich völlig überfordert in dieser Situation. In der zweiten Nacht war eine Aufnahme. Da sollte eine Lumbalpunktion gemacht werden. Der Arzt kam und ich hielt das Kind halt so, wie ich dachte, ich hatte ja keine Ahnung. Da brüllt der mich an. Also, der hat mich so richtig zur Sau gemacht. Da hab ich das Kind hingelegt und angefangen zu heulen und gesagt, er soll das allein machen. So was kam dauernd vor, daß die vorausgesetzt haben, man wüßte etwas, könnte das, und daß die Ärzte dann entsprechend reagiert haben. Die Schwestern wußten, daß wir bestimmte Sachen nicht können, weil's uns ja niemand gezeigt hatte. Außerdem gab's nur wenige Vollschwestern, auf dieser Station zwei und die Arbeit mußten die Schülerinnen machen. Die mußten zu meiner Zeit wegen Personalmangel sogar zwei Stationen schließen. Wir wurden natürlich auch an freien Tagen geholt. Es war ja niemand da. Und die Klinik war auch eine Uni-Klinik, mit entsprechend schweren Fällen. Es war ein Skandal.

Am schlimmsten fand ich es auf der Neugeborenen-Station. Das war ein ein Neubau, die Wände so ab Hüfthöhe aus Glas. Also, man konnte von einem zum anderen Zimmer sehen. Da stand ich in einem Zimmer und sondierte und im dritten Zimmer lag ein Kind blau im Bett. Da haste die Sonde abgemacht, rast los, also fürchterlich, und ganz allein.

Schlimm war auch, daß man mit seinen Problemen ganz alleingelassen wurde. Ich meine jetzt die toten und die sterbenden Kinder. Die Vollschwestern sagten mir oft, ich wäre viel zu empfindlich – aber so vorwurfsvoll – da mußte ich mich schon dran gewöhnen. Das würde eben zum Leben mit dazu gehören.

Kerstin

Dann war März und ich reiste mit Koffer und in Begleitung meiner Eltern dort an. Die Hauschwester nahm uns freundlich in Empfang und ich weiß noch, mein Vater, der durfte mir den schweren Koffer nicht hochschleppen, weil der Zutritt für Männer verboten war. Der mußte im Besucherzimmer warten. Da bekam ich so eine erste Ahnung davon, wie der Laden läuft. Da wohnte und schlief ich dann in einem Zimmer mit vier weiteren Mädchen.

Die meisten mußten nur ein halbes Jahr machen. Da hab ich dann so die Vorschulzeit verbracht. Wir mußten entweder im Schwesternhaus arbeiten, Küche und Speisesaal, die Schwestern morgens, mittags und abends bedienen bzw. das Essen rausgeben, den Speisesaal putzen und einmal monatlich mit Schmierseife schrubben usw. Die Außendienst waren je 6 Wochen in der Waschküche, Gärtnerei, Diätküche, Kinder- oder Altenheim und auf einer Station für ältere Schwestern. Da mußten wir pausenlos putzen, Waschbecken scheuern, obwohl sie gar nicht benutzt waren und so was.

In dieser Zeit hat mich am meisten erschüttert, daß es Leute gibt, die eine vorgefaßte negative Meinung von mir hatten. Das war die Hauswirtschaftsleiterin und einige Schulschwestern, die hatten mich sofort auf dem Kieker, obwohl sie mich noch gar nicht kannten. Ich konnte da nur alles falsch machen. Das hat mich sehr geschockt. Denn vorher in der Schule oder Familie, da bin ich so mitgelaufen, nicht weiter aufgefallen und wenn, dann eher positiv. Ich hatte so das Image lieb, gefällig, fleißig und ordentlich zu sein. Mir war erst gar nicht klar, warum die so gemein zu mir waren. Später hab ich eine teilweise Erklärung von der Hauswirtschaftsleiterin bekommen, da wurde unser Verhältnis besser. Das soll wegen meiner langen Haare und irgendwelcher Kleidung gewesen sein, die ich privat trug und weil ich angeblich so vergeßlich war. Mir fiel da aber kein größerer Unterschied zu den anderen auf, höchstens, daß die teilweise doch etwas älter oder hausbackener waren.

Jedenfalls mußten wir Knochenarbeit dort leisten, für 90 DM Taschengeld im Monat bei freier Unterkunft und Verpflegung. Ich weiß auch noch, wie ich mich schämte, wenn wir zu zweit diese riesigen Abfalltonnen aus der Küche ein



Stück über die Straße wuchten mußten. Ich peilte dann immer vor, ob da jemand kommt, den wir kennen und dann rasten wir los. Es war derartig peinlich.

Man war da wirklich die letzte Putzfrau, die letzte Küchenmagd. Ich glaub, es hing damit zusammen, ich kam ja von der Realschule und dachte, ich hätte einen etwas besseren Abschluß gemacht und Krankenschwester wurde mir immer als was Schönes, eine befriedigende Aufgabe, eine verantwortungsvolle und wichtige Tätigkeit dargestellt und daß das nun dazugehören sollte, das hat mich erstmal umgehauen. Das paßte nicht in mein Bild. Sicher war auch diese Arbeit nötig, aber die Vorschule war ja auch als eine Art Hauswirtschaftslehre ausgegeben, wo man lernt, einen größeren Haushalt zu führen. Und man mußte ja auch später die Putzfrauen auf der Station anleiten können. Aber real sah das nicht so aus, daß wir das lernten, sondern daß wir wirklich ausgebeutet wurden, die Dreckarbeit machen durften. Später in der Kinderkrankenschwesternausbildung gab's ja auch genug Ausnutzung, aber das hab ich nicht ganz so demütigend erlebt. Das war eben Schwesternarbeit, da hab ich gesehen, das machen andere Schwestern auch. Obwohl ich mir das auch nicht so vorgestellt hatte. Die Vorschülerinnen waren in der Hierarchie ganz unten und uns mußte man noch heranziehen. Das war so die erste Auslese. Das Sieb war nicht gerade engmaschig und ich wäre auch beinahe geflogen. Ich hatte zu meinem Geburtstag zwei Flaschen billigen italienischen Rotwein gekauft und davon wurden wir wohl zu laut und zu lustig. Ich mußte mich dann auch noch in der Toilette übergeben und hatte wohl nicht exakt jeden Krümel weggewischt. Da wurde ich herbeizitiert und von zwei Schul-schwestern unheimlich fertiggemacht.

Ich fühlte mich eigentlich immer aufgefressen von der Klinik. Die hatten einen ja auch in der Freizeit unter Kontrolle. Und wir mußten im Gelände wohnen. Natürlich hatte man mit der Zeit so seine Tricks raus, die zu hintergehen, aber daß das überhaupt notwendig war. Es ist doch nur natürlich, daß man mit 19 mal mit einem Mann eine Nacht verbringen will. Der durfte sich aber nach 22 Uhr nicht mehr auf dem Flur im Schwesternhaus blicken lassen. Also hieß es kurz vorher: Geh noch mal zur Toilette. Alles weitere mußte dann im Zimmer, da war ein Waschbecken, laufen. Es war schon unmöglich, aber auch irgendwie grifflig.



Die Erinnerungen sind Auszüge aus Tonbandprotokollen, die Isolde Bode aus Berlin uns zugesandt hat. Die Protokolle sind im Rahmen eines Projektes aufgenommen worden. Isolde hofft, daß sich irgendwann in ferner Zukunft ein Verleger findet, damit die Probleme im Arbeitsfeld Krankenhaus und die subjektiven Aspekte dieses alt-erwürgigen Frauenberufes einem größeren Leserkreis zugänglich gemacht werden können.

Lore

Als ich mal in der Anästhesie gearbeitet habe, da hatte man noch nicht mal Zeit zum Frühstück. Eine Viertelstunde. Und dann ging das in einer Hetze noch vom OP in den Aufenthaltsraum, ein Wartesaal dritter Klasse, da sitzt man, schlingt sein Brot runter und sieht zu, daß man bloß wieder schnell unter ist. Das ist doch keine Entspannung. Da laß ich das Essen lieber ganz sein.

Ich kann morgens nichts essen, wenn ich aus dem Haus geh. Da bin ich in Hetze, da ist mein Magen nicht aufnahmebereit. So, dann kommt der Anästhesist, je nachdem, wie lange er da ist, wie unsicher er ist, sagt er, können Sie mir 'ne Ablösung besorgen. Ich sag, für 'ne Viertelstunde Frühstück krieg ich nie 'ne Ablösung.

Sagter, na ja, dann gehn Sie halt, aber kommen Sie bloß schnell wieder. Es konnte passieren, daß man oben saß und wurde schon wieder per Mikrophon zurückgerufen. Mittag ist eine volle halbe Stunde eingeplant und da sahen die Oberschwester auch zu, daß das eingehalten wird.

Und dann je nachdem, wie die Atmosphäre dort war, ging die Zeit schnell rum beim Essen. Es war ja schrecklich dort, wie auf einem Bahnhof so laut, jeder schreit nach einem Pfleger, die die Patienten auf den OP-Tisch legen sollten. Das machen die Ärzte nicht, die Schwestern auch nicht. Da, wo man Ruhe vermitteln sollte, wo der Patient liegt mit seinen tausend Ängsten vor der OP, da ist ein Ort der Hektik. Unglücklich. Und das hat sich eigentlich auch auf das Personal übertragen. Früher war die Anästhesie mein Wunschtraum, aber nicht mehr bei uns im Haus. Ich wollte auch nicht immer so schwer arbeiten.

Interessant fand' ich's immer noch. Aber es ist keine Ordnung mehr drin. Der neue Chef ist unbeliebt. Es ist eigenartig in den Kliniken. Man weiß überall immer ganz genau, wie der Chef ist. Aber das ist auch so unheimlich wichtig, weil so viel davon abhängt. Na ja, ich war einige Monate da und dann konnte ich sagen, das Gebiet kommt für mich nicht in Frage. Auf der Dialyse gefällt mir so gut, daß man morgens seine volle Stunde zum Frühstück hat, da besprechen wir Probleme und es gibt auch zwischendurch Zeit, dafür geht niemand zum Mittag. Man wird zwar auch gefordert, aber es ist alles viel gelassener und ruhiger. Wir haben dort einen Ausblick ins Grüne. In der Anästhesie

sieht man nur künstliches Licht. Ich litt furchtbar darunter.

Zum Glück war ich im Winter dort, da war's draußen eh trüb, da hat mir's nicht so viel ausgemacht.

Auf der Dialyse-Station sind 24 Schwestern. Wir machen zwei Schichten. Nachts ist niemand da. Wir haben zwei Studenten, die jede Nacht abwechselnd da sind und für Akutfälle zuständig sind.

Der Kontakt zu den Dauerdialysanden wird familiär. Wir haben einen, der kommt 16 Jahre, der steht mit den älteren Schwestern auf Du. Ich habe gemerkt, da gibt es Leute, die einem am Anfang nicht so liegen. Man ist zwar korrekt und höflich, aber je häufiger man sie sieht, um so besser wird das Verhältnis. Da kennt man ihre Marotten und findet überhaupt nichts mehr dabei. Dann fängt man sogar an, sie zu vermissen, sie gern zu haben. Ich hatte gerade so einen Fall, eine ältere Dame. Da dachte ich zu Anfang, die hat so viel Negatives, daß ich dachte, du mußt tolerant sein, drüber wegsehn, sie ist nun mal 'ne alte Frau.

Inzwischen ist es so, daß ich sogar ihre Marotten unterstütze. Irgendwie ist es auch schön. Es wird auch nicht langweilig, denn es sind nicht viele Chronische, es kommen ja auch immer wieder neue Patienten. Da freut man sich auch, wenn so ein paar alte mit dabei sind. Da weiß man wo's lang läuft, da hat man alles im Griff. Das ist zur Entspannung auch ganz schön. Wenn man nur Akute und Schlimme hat, dauernd drin sein muß und aufpassen muß, kennt sie nicht so... auf der Station ist es ja genauso. Wenn die Operierten nach Hause gehen, machen dann keine Arbeit mehr, man hält sie noch ein paar Tage fest, man möchte sich an der Rekonvaleszenz auch erholen können. Wir hatten mal einen Arzt, der hat jeden am 6. Tag entlassen, eigentlich unmöglich, sicher, die Leute haben sich zu Hause auch wieder berabbeilt und kamen zum Fädenziehen wieder. Aber die Fluktuation war riesengroß, für uns eine tolle Belastung, weil wir wirklich nur Patienten zum Vorbereiten, Operieren und Überwachen hatten.

In der schönsten Phase, wenn sie sich besser fühlten, schickte er sie nach Hause, wir konnten das nicht miterleben. Die Arbeitsbelastung war wahnsinnig. Das ging zwei Jahre. Es war zwar hochinteressant und wir haben viel gelernt, aber durchzuhalten war das schwer.

Bücher zum Preußenjahr



Ingrid Mittenzwei

Friedrich II. von Preußen

Eine Biographie. Mit 21 Abbildungen und zwei Karten.

Kleine Bibliothek Band 182
220 Seiten, DM 14,70



Kleine
Bibliothek

Pahl-
Rugenstein

Günter Vogler / Klaus Vetter

Preußen

Von den Anfängen bis zur Reichsgründung
Mit 52 Abbildungen und zwei Karten

Kleine Bibliothek Band 192
307 Seiten, DM 14,80



Kleine
Bibliothek

Pahl-
Rugenstein

Gustav Seeber / Heinz Wolter

Die preußisch-deutsche Reichsgründung 1870/71

Mit 32 Bildseiten und 50 Abbildungen
Kleine Bibliothek Band 217

160 Seiten, DM 14,80

Heinz Kathe

Der »Soldatenkönig«

Friedrich Wilhelm I. 1688 – 1740 König in
Preußen — Eine Biographie

Mit 38 Abbildungen
Kleine Bibliothek Band 226

160 Seiten, DM 12,80

Pahl-Rugenstein

Gottesweg 54 · 5000 Köln 51

Telefon (0221) 364051

Pflege in der Psychiatrie oder Mut zum Konflikt

von Wolfgang Münster

In den 15 Jahren meiner beruflichen Tätigkeit als Krankenpfleger habe ich immer wieder erlebt, daß Kollegen aus dem Beruf ausgestiegen sind, um Sozialpädagogik, Medizin oder Psychologie zu studieren. Ein Teil sicher, weil die materiellen Bedingungen unseres Berufes alles andere als befriedigend sind, der weitaus größte Teil ist aber ausgestiegen, weil die Pflege durch andere Berufsgruppen fremdbestimmt wird.

Inhaltlich sowie organisatorisch nehmen Ärzte, Verwaltungen und neuerdings auch andere Berufsgruppen erheblichen Einfluß auf unsere Tätigkeit.

Krankenpflegeschulen und Weiterbildungsstätten stehen unter ärztlicher Leitung, Fachbücher sind überwiegend von Akademikern geschrieben, Veröffentlichungen, selbst in Berufsfachzeitschriften, sind meist von Ärzten verfaßt.

Von ihnen wurde Aus-, Fort- und Weiterbildung der psychiatrisch Pflegenden an die Spitze aller Forderungen gesetzt. Sicher zurecht, ich will aber trotzdem fragen, welches Ziel diese Weiterqualifizierung hat. Soll sie uns, den Schwestern und Pflegern, den sozial- oder kommunikationswissenschaftlichen Hintergrund der anderen Berufsgruppen näherbringen, damit wir so besser verstehen, wie Ärzte, Psychologen und andere handeln, um dann ihre Arbeit zu unterstützen oder sollen wir, um es mal salopp zu sagen, für die Sozialpsychiatrie fitgemacht werden, um dann besser therapeutische Hilfsfunktionen als Co- oder sonstwie Therapeut übernehmen zu können? Oder welche Bedeutung hat das Erlernen gruppen- oder gesprächstherapeutischer Techniken der Verhaltens- oder Psychotherapie oder des Rollenspiels für unsere Tätigkeit als Pfleger oder Schwestern in der Psychiatrie?

Ich bin nicht gegen Ausbildung, ganz im Gegenteil. Für unseren Pflegeberuf brauchen wir eine qualifizierte Ausbildung, darauf aufbauend sind Fort- und Weiterbildung notwendig. Nur, die entscheidende Frage ist, ob sie den von uns zu leistenden Anteil, Pflege in der Psychiatrie, unterstützt und verbessert oder wir, stärker als vorher, andere Berufsgruppen imitieren.

Wie auch immer, wir laufen Gefahr, festgeschrieben zu werden auf eine Berufsrolle, die akzeptiert, daß die anderen sagen, wo

unsere Aufgaben liegen. Deutlich wird dies, wenn wir uns klarmachen, daß wir in der Regel auf Anordnung arbeiten und unsere gesamte Ausbildung auf dieses Prinzip festgelegt ist. Die Richtung unserer Arbeit wird stets von anderen angegeben. Ich wehre mich dagegen, daß das Pflegepersonal zum Personal der anderen wird, Dienste verrichtet, die den anderen Berufsgruppen Entlastung und Erleichterung verschafft und sie überhaupt erst in die Lage versetzt, ihre Berufsrolle sozialpsychiatrisch auszuüben. Wir geben Kapazitäten ab und verhindern somit, unsere berufliche Tätigkeit im Rahmen der Sozialpsychiatrie weiterzuentwickeln.

Die Einflußnahme der Schwestern und Pfleger auf die Inhalte der Arbeit und somit auf den Alltag der Psychiatrie hat sich durch die Sozialpsychiatrie nicht wesentlich verändert. In fast allen Einrichtungen, die ich kenne, ist der Alltag nicht geprägt durch ein normales „Miteinandergehen“. Der alltägliche Kontakt zum Patienten ist eher das Besondere. Mitarbeiter, die ihre sogenannte therapeutische Haltung aufgeben, wissen zu berichten, welch schweren Stand sie im Team haben. So auf einer Psychotherapeutischen Abteilung, wo der Pfleger seine Aufgabe nicht darin sieht, Co-Therapeut für die anderen Berufsgruppen zu sein, sondern konsequent den Kontakt zum Patienten in allen möglichen Situationen pflegt.

Im Gegensatz zur Anstaltspsychiatrie werden in der Sozialpsychiatrie besondere Situationen geschaffen, die zwar zunächst den Kontakt zum Patienten erleichtern und ihn auch, gemessen an der Anstaltspsychiatrie, verbessern, darüber hinaus aber scheint es schwer zu sein, die Beziehung zum Patienten aufzunehmen. Ich frage mich, ob das sogenannte therapeutische Milieu nicht den unorganisierten Kontakt zum Patienten verhindert und somit unserer Berufsgruppe es unendlich schwerer macht, Beziehungen zum Patienten aufzunehmen und das zu tun, was Pflege in der Psychiatrie ist. Ich meine, daß individuelle Schwierigkeiten der Mitarbeiter, sowie die „kranke Struktur“ der Patienten der Kontaktaufnahme nicht im Wege stehen.

Wie auch immer, ich meine, das Pflegepersonal muß sich in fachlicher Abgrenzung zu den anderen Berufsgruppen auf seine spezifischen Aufgaben beschränken und vermeiden, Aufgaben anderer Berufsgruppen, und seien sie noch so verführerisch, zu übernehmen.

In der Zusammenarbeit mit Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern ist es wichtig, unseren Erfahrungsbereich, den unmittelbaren und beständigen Kontakt mit den

Patienten, und zwar in Situationen, wo er uns in der Bedürftigkeit und Hilflosigkeit seiner Intimsphäre begegnet, in Situationen der Gruppen- und Freizeitarbeit über 24 Stunden hinweg einzubringen. Je mehr Schwestern und Pfleger sich mit den Dingen beschäftigen, die wirklich Krankenpflege beinhalten, desto mehr sehen auch Mediziner, Sozialpädagogen und Psychologen in dem, was wir berichten den „Menschen“ und Patienten in seiner Ganzheit. Bis hierhin werden wahrscheinlich viele zustimmen. Ich will es aber noch deutlicher machen. Ich meine, der Alltag muß klare Priorität vor Therapie haben. Die notwendigen therapeutischen Maßnahmen und Beziehungen können sich auf dieser, ich will sie mal Basispflege nennen, nur aufbauen. Aufgrund der spezifischen Orientierung und der geringen Spezialisierung ist es Aufgabe des Pflegepersonals, diesen realitätsnahen Rahmen zu schaffen.

Diejenigen, die jetzt meinen, ich würde den Gegnern der Sozialpsychiatrie das Wort reden, will ich warnen. Wenn wir Pflege in der Psychiatrie ernstnehmen, dann ist dies neben strukturellen Veränderungen der wichtigste Beitrag zur Vermeidung des Behandlungsprinzips Großkrankenhaus.

Für diejenigen, die vermuten, ich sei gegen Therapie, so im Sinne von Selbstbeschränkung auf das arg strapazierte „normale Miteinandergehen“ will ich präzisieren. Die für mich notwendige Therapie kann nur auf der Basis einer guten Gruppenpflege funktionieren. Beispiel aus der Praxis: Der Patient geht in die Gruppe. Thema ist Selbständigkeit und Eigenverantwortung. Keinem fällt auf, daß seit Tagen sein Bett eingenäht ist, er keine eigenen Kleider hat und barfuß über die Station läuft.

Pflege in der Psychiatrie heißt enge Kooperation mit den anderen Berufsgruppen in Tolerierung der berufsspezifischen Aufgaben sowie in Anerkennung der eigenverantwortlichen Tätigkeiten.

Die Zukunft der Psychiatrie, die Berufsperspektive des Pflegepersonals sowie die Auseinandersetzung um den Stellenwert der Pflege in der Psychiatrie sind auf das engste miteinander verknüpft.

Das Behandlungssystem Großkrankenhaus, das die Pflege in der Psychiatrie auf Verwahren, Distanz, Verwalten und Bevormundung reduziert, lebt in Tageskliniken, Therapiestationen oder gemeindenahe Einrichtungen weiter, wenn sich unsere Arbeitsinhalte in therapeutischen Techniken und Stationsverwaltungen erschöpfen.

Ich bin mir bewußt, daß, wenn Pflege in der Psychiatrie Pflege der Beziehung, das Eingehen auf die Grundbedürfnisse des Patienten, Solidarität mit dem der leidet, Nähe, aber auch Distanz bedeuten, dann wird dies eine der schwierigsten Aufgaben in der Psychiatrie sein. ■

Aktion

von Annette Schwarzenau

Als 1979 durch ein Bundesgerichtshofurteil klar wurde, daß es nicht zum Aufgabengebiet der Krankenpflege gehört, intramuskuläre, intravenöse und subcutane Injektionen zu verabreichen, war die Aufregung nicht nur bei den Arbeitgebern groß, auch das Krankenpflegepersonal geriet in Aufruhr.

Anstatt auf der Grundlage dieses Urteils in den einzelnen Häusern durchzusetzen, daß ab sofort die Injektionen nur noch von Ärzten gemacht würden und somit mehr Zeit für Pflegetätigkeit da wäre, begann der Kampf um die rechtliche Absicherung des Krankenpflegepersonals bei weiterer Übernahme dieser ärztlichen Tätigkeiten. Es nimmt nicht weiter Wunder, daß die Ärzte das Pflegepersonal hier mit einmaliger „Solidarität“ unterstützten. In dieser Zeit wurde unter dem Beifall der Ärzte von vielen Krankenschwestern geäußert:

„Wir haben doch nicht drei Jahre gelernt, um Töpfe zu schieben!“

Heißt das, daß wir drei Jahre gelernt haben, um den Ärzten ihre Tätigkeiten abzunehmen, bzw. ihnen zu assistieren???

Irgendwie haben wir alle irgendwann einmal rein theoretisch auch etwas über Krankenpflege gelernt. Da ging's um Lagerung, um Prophylaxen, um die Pflege Sterbender, da hörte man etwas von patientenorientierter Pflege. Irgendwie vermißte man die Möglichkeit, mit den Patienten sprechen zu können, sich dem Patienten mehr widmen zu können.

In der täglichen Stationspraxis sieht das alles ganz anders aus: Ständig fühlt sich das Pflegepersonal gehetzt, durch Anforderungen der Patienten einerseits, dem Labor, dem OP, der Küche, der Verwaltung und vor allem der Ärzte andererseits.

Wen wundert's, wenn dann mal als erstes die Anforderungen, die die Patienten haben, zurückgestellt werden?

Vor lauter Hektik haben wir vergessen, über den Sinn unserer täglichen Beschäftigungen nachzudenken.

Weil das nun mal so ist, stumpfen viele ab, nehmen viele die Bedürfnisse der Patienten gar nicht mehr wahr.

In der ÖTV Berlin haben Krankenschwestern/Pfleger ein Stufenkonzept ausgearbeitet, das einerseits von einem neuen Pflegeselbstverständnis und andererseits von Durchsetzungsmöglichkeiten zur Erlangung des dazu notwendigen Personals ausgeht.

Grundlage der Arbeitsorganisation ist hierbei die Krankenpflege als eigentlicher Mittelpunkt des Krankenhauses. Dazu notwendige Umstrukturierungen müssen schon jetzt in den Krankenhäusern mit Hilfe der Personalräte angegangen werden. (z.B. veränderte Weckzeiten, veränderte Essenszeiten, veränderte Besuchszeiten, veränderte Visitenzeiten).

Auf den Stationen muß auf jeden Fall die Funktionspflege abgebaut und die Pflege in kleineren Einheiten, selbständig und eigenverantwortlich, durchgeführt werden. Es wäre sicher vollkommen falsch, die Funktionspflege solange aufrecht zu erhalten, bis eine lehrbuchartige Gruppenpflege nach entsprechender Personalvermehrung durchführbar wird.

Ein neues Dokumentationssystem (Stokker, Cardex o.ä.) muß eingeführt werden, um Verantwortlichkeiten zu klären, Pflegetätigkeit bewußter zu machen und nicht zuletzt die Schreibtischfixiertheit vieler Stationschwestern abzubauen.

Notwendige Schritte zur Verbesserung der Krankenpflege:

1. Um zu einer wirklich guten Krankenpflege in den Krankenhäusern zu kommen, muß als erstes eine innerbetriebliche Fortbildung zu den Themen:
Pflegeanamnese,
Pflegeziel,
Pflegeplanung (Pflegeprozeß),
Pflegenorm und
Pflegequalität stattfinden.

2. Abteilungs- bzw. stationsweise sollte ein Pflegeablauf- und Organisationsplan unter Zugrundelegung des Gruppenpflegesystems, in dem die Krankenpflegekräfte eine patientenzentrierte Pflege unter Beachtung der in der o.g. Fortbildung erlernten Inhalte durchführen, erarbeitet werden. An dieser Zielplanung müssen

zur Verä

der Krankenp

der Arbeits

und

Erhöhung de



nsplan

nderung

pflegeinhalte,

strukturen

zur

er Planstellen



sich dann entsprechende Personalmehr-
anforderungen orientieren.

3. Es muß eine Pflegenorm festgelegt werden, die mit dem heutigen Personalschlüssel und schon heute veränderbaren Arbeitsabläufen realisierbar ist.

4. Es muß ein Stufenplan pro Station (Abteilung) entwickelt und festgeschrieben werden, in dem aufgezeigt wird, welche Tätigkeiten nicht getan werden können, wenn z.B. 1 oder 2 Planstellen nicht besetzt sind bzw. mehr als 1 Kollege durch Krankheit ausfällt, welche Tätigkeiten darüber hinaus nicht erledigt werden können, wenn 3 Planstellen nicht besetzt sind bzw. wenn 3 Kollegen krank sind usw.

Es muß erkennbar sein, wie und daß die Pflegenorm bei weniger anwesendem Personal sinkt.

(Siehe Stufenplan)

Dies muß von Station zu Station festgelegt werden, um endlich von individuellen Schuldgefühlen wegzukommen und unter solch schlechten Bedingungen ganz offiziell und mit Kenntnis der Krankenhausleitung eine schlechtere Pflegenorm zu dokumentieren.

(Z.B. statt 20 Minuten für die Vollwäsche eines Patienten wird in 10 Minuten „schnellgewaschen“, Patienten werden nicht mehr gebadet, keine Visitenbegleitung mehr, kein 2. Frühstück für die Patienten, bei inkontinenten Patienten Katheterlegung, keine Assistenz bei therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen der Ärzte.)

Es muß den Arbeitgebern und der Öffentlichkeit klargemacht werden, daß nur dann auf Dauer die Pflege der kranken Bürger gewährleistet ist, wenn in den Krankenhäusern Arbeitsbedingungen und Strukturen geschaffen werden, die dem Pflegepersonal ein selbständiges und damit qualifiziertes Arbeiten ermöglichen. Es reicht nicht aus, wissenschaftlich untersuchen zu lassen, in welcher Anzahl welches Krankenpflegepersonal fluktuiert bzw. aus dem Beruf aussteigt, sondern es müssen Schritte folgen, die das Verbleiben des Pflegepersonals in den Krankenhäusern attraktiv macht.

Stufenplan:

1. Stufe: Optimale patientenorientierte Gruppenpflege (s. 2. Schritt)

2. Stufe: Mittelmäßige Krankenpflege unter Zugrundelegung der heutigen Personalausstattung bei täglicher Anwesenheit von 60% des Pflegepersonals (40% fällt ständig durch freie Tage, Krankheit, Kur, Urlaub aus). Aufzählung dessen, was nicht gemacht werden kann im Vergleich zu Stufe 1.

3. Stufe: Schlechte Krankenpflege unter Zugrundelegung der heutigen Personalausstattung und täglicher Anwesenheit von 45–50% des Pflegepersonals. Aufzählung dessen, was nicht gemacht werden kann im Vergleich zu Stufe 1 und Stufe 2.

4. Stufe: Gefährliche, unverantwortliche Pflege unter Zugrundelegung der heutigen Personalausstattung und täglicher Anwesenheit von 25–30% des Pflegepersonals. Aufzählung dessen, was nicht gemacht werden kann im Vergleich zu Stufe 1, Stufe 2 und Stufe 3.

Ziel:

1. Festlegung derjenigen Tätigkeiten, die bei entsprechender personeller Unterbesetzung nicht mehr gemacht werden können und müssen, Pflegedefizite aufdecken und gleichzeitig

2. Abbau des individuellen Schuldgefühles der Pflegekräfte bei schlechter Personalbesetzung.

Die Stufen müssen öffentlich bekanntgemacht werden. Die Personalaräte müssen aufgefordert werden, in ihren Krankenhäusern entsprechende Dienstvereinbarungen, Dienstanweisungen zu den einzelnen Stufen durchzusetzen, um die Pflegekräfte bei der Durchführung der Stufenpläne (z.B. gegenüber Ärzten) abzusichern. Des weiteren sollten die Stufenpläne den Krankenhauskonferenzen zur Kenntnis gebracht werden. ■



Aus unserer Reihe

Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie

Argumente für eine gemeindenahe Psychiatrie (A. Finzen) - Daten, Analysen, Untersuchungen ... Bd. 13, 154 S., 9,- DM

Selbstmord in Tübingen (W. Pieper) - Zur Epidemiologie des Suicids ... Bd. 19, 83 S., 5,- DM

Selbstmord und psychiatrische Behandlung II (D. Müller) Zum Suizid psychisch Kranker nach Entlassung aus stationärer psychiatrischer Behandlung Band 20, 101 S., 6,- DM

Selbstmord und psychiatrische Behandlung I (S. Grandel) Suizide in psychiatrischen Krankenhäusern. Bd. 21, 130 S., 6,- DM

Psychiatrie und Architektur (W. Mühlich) Entwicklung konzeptorientierter Raumstrukturen... Bd. 22, 402 S., 18,- DM

Psychiatrieplanung (Ch. Mühlich-von Staden) Voraussetzungen und Grundlagen kommunaler Planung Bd. 23, 512 S., 18,- DM

„Unter elenden menschenunwürdigen Umständen“ (A. Finzen, H. Schädle-Deininger) Die Psychiatrie-Enquete; mit einem Beitrag von K. Dörner. Bd. 25, 250 S., 10,- DM

Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie II (P. Bastiaan, H. Schädle-Deininger) Bd. 28, 305 S., 15,- DM

Alkohol, Alkoholismus und Medizin (C. Finzen) Ein Beitrag zur Sozialgeschichte der Psychiatrie. Bd. 29, 130 S., 8,- DM

Therapie - Hilfe, Ersatz, Macht? (N. Pörksen Hg.) Materialien ... Bd. 30, 140 S., 9,- DM

Den psychisch Kranken im Alltag begleiten (H. Schädle-Deininger) Pflege in der Psychiatrie Bd. 31, 124 S., 8,- DM

Soziale und psychische Not bei Kindern und Jugendlichen (DGSP-Vorstand Hg.) Stellungnahme... Bd. 32, 96 S., 7,- DM

Im Abonnement 20 % billiger!

Psychiatrie-Verlag
Mühlentorstraße 28
3056 Rehburg-Loccum 1

Segensreiche Intensivstation

von Michael Roitzsch

Jedes Krankenhaus, das etwas auf sich hält, ist heutzutage mit einer oder besser noch, mit mehreren Intensivstationen ausgerüstet.

Dieser sehr junge Zweig der Krankenpflege ist aufgrund seiner medizinisch-technischen Ausrüstung und infolge seiner personellen Ausstattung sehr oft ein Segen für schwerkranke Patienten geworden; so scheint es jedenfalls auf den ersten Blick. Was sich aber hinter den meist festverschlossenen Türen dieser Stationen tatsächlich tut, bleibt der breiten Öffentlichkeit fast immer verborgen. Selbst Krankenhausangestellte, also auch Schwestern, Pfleger und Ärzte, die nicht direkt mit einer Intensivstation zu tun haben, glauben zwar an die schier unerschöpflichen Möglichkeiten einer gutausgestatteten Intensivstation, wissen aber meist nichts von den menschlichen Nöten und zwischenmenschlichen Problemen, die sich dort ergeben bzw. verursacht werden.

Chronischer Personalmangel ist eine der Ursachen für die eklatanten Mißstände.

Während meiner zweijährigen Tätigkeit auf einer neurochirurgischen Intensivstation waren von 28 Planstellen immer nur 19–21 tatsächlich besetzt, bei einer Bettenbelegung von über 90%! Ständige Überlastung des Pflegepersonals war und ist die Folge. Es wurden nur noch die wichtigsten Arbeiten der Grundpflege (auch nicht immer!) und die Überwachung von beatmeten und vital gefährdeten Patienten gemacht. Die Unzufriedenheit des Personals war entsprechend hoch und es wurde nach Streß-Ventilen gesucht. Und dies ist dann meist die Kollegin oder der Kollege der anderen Schicht. So entwickelt sich häufig ein regelrechter Kleinkrieg. Die Übergaben werden aggressiv, schimpfend und nach Fehlern suchend gestaltet. Noch zwei bis drei Stunden nach Dienstbeginn schimpft man stimmungsgewaltig über „die blöde Kuh“, „der dumme Eierbeißer“ oder „das doofe Schwein“ der anderen Schicht. Dem Wohlbefinden des Patienten (denn in den Patientenzimmern spielt sich das ja alles ab), ist ein solch überreiztes Personal sicher nicht zuträglich.

Eine hohe Fluktuation ist die nächste Folge: 50–70% in eineinhalb Jahren. Allein 3 Stationschwestern/-pfleger haben in 2

Jahren aufgrund von Reibereien mit Vorgesetzten und Mitarbeitern das Handtuch geworfen. Und z. Z. gibt es seit über einem halben Jahr gar keine Stationsleitung.

Eine fehlende Fachausbildung für die speziellen Aufgaben auf einer Intensivstation verschärft die Situation weiter. Es wird zwar gefordert, einen beatmeten Patienten 24 Stunden am Tag zu betreuen und zu überwachen, die notwendigen Kenntnisse über Respiratur, Lungenfunktion, Kreislauf und das psychische Befinden des Patienten sind meist sehr lückenhaft. In diesem Zusammenhang sei noch erwähnt, daß, wenn man etwas lernt, es zuerst die Funktion eines Beatmungsgerätes ist und zuletzt, wenn überhaupt, die physischen und psychischen Belastungen eines Kranken, der eine derartige Behandlung über sich ergehen lassen muß.

Das, was man als psycho-soziale Betreuung bezeichnen könnte, findet auch bei wachen, ansprechbaren Patienten höchstens 1–2mal pro Woche durch den Krankenhauspfarrer statt. Ansonsten wird der Patient mit Valium, Haldol, Atosil u.v.m. „pflegeleicht“ gehalten.

Das Durchführen von ärztlichen Tätigkeiten hebt zwar bei einem Teil der Schwestern und Pfleger das Selbstwertgefühl, gehört aber mit Sicherheit nicht in das Aufgabenfeld dieses Personenkreises.

Die im allgemeinen Klinikbereich geführte Spritzendiskussion ist auf der Intensivstation längst entschieden. Selbst gefährliche Medikamente wie Euphyllin, Herzglykoside, Ca⁺⁺, β -Rezeptorenblocker werden (bedenkenlos) i.v. gespritzt. Plasma- und Blutkonserven werden ohne ärztliche Kontrolle transfundiert. Aber auch das Erstellen von 12-Stunden-Infusionsprogrammen, mit allem was dazugehört, wie K⁺, Insulin, Aminosäuren, hochkalorischen Lösungen usw., gehört heute zu den Routineaufgaben einer Schwester / eines Pflegers auf manchen Intensivstationen. Diese Liste ließe sich noch um einiges verlängern. Aber diese Beispiele müßten genügen, um zu zeigen, daß wir als Schwestern und Pfleger uns dringend wieder auf unsere Arbeit, die Krankenpflege, mit allem was dazu gehört – und das ist ja beileibe nicht wenig – besinnen sollten. Arbeiten, für die wir weder ausgebildet sind noch bezahlt werden, müssen wir an die entsprechenden Leute „zurückdelegieren“! ■



Krankenpflegeausbildung braucht einen neuen qualitativen Ansatz!

von Beate Knittel

Wenn über Krankenpflegeausbildung gesprochen oder geschrieben wird, bedaure ich es immer, daß die meisten Teilnehmer solcher Gespräche bzw. die meisten Verfasser der Artikel glauben, eine organisatorische Veränderung der Ausbildung wäre gleichbedeutend mit einer wesentlichen Verbesserung der Krankenpflege.

So kann man regelmäßig in Fachblättern für Krankenpflege Vorschläge lesen über die Gestaltung von Unterricht, über den Einsatz von Medien oder die Gliederungsmöglichkeiten bestimmter Fachthemen. Dies sind sicher gute Anregungen, die Vermittlung von Fachwissen für den Ausbilder zu vereinfachen oder gar zu vereinheitlichen. Nur, Krankenpflege braucht nicht noch mehr Versuche, die Lehrpläne zu vereinheitlichen, nicht noch mehr Änderungsvorschläge für Ablauforganisation, sondern Krankenpflegeausbildung braucht, wie andere Ausbildungen auch, einen neuen, qualitativen Ansatz.

In den meisten Krankenpflegesschulen in der BRD werden heute, unter anderem, die Grundlagen für Verhaltensweisen von Schwestern/Pflegern gelegt, die dazu führen, daß Krankenpflege, nicht als eigenständige Tätigkeit innerhalb eines therapeutischen Teams verstanden wird, sondern daß die meisten Krankenpflegepersonen sich als ärztliche Zuarbeiter empfinden. Die Ausbildungsstätte fördert daraus sich ergebende Verhaltensweisen nicht nur durch einen herkömmlich strukturierten Lehrplan, in dem z. B. Krankenpflege nach bestimmten Funktionen gegliedert unterrichtet sind (Sonden und Drainagen/Punktionen), sondern auch durch tradierte Erziehungsstile, speziell durch das Lehrerverhalten der Unterrichtskräfte.

Krankenpflege und Krankenpflegeausbildung findet nicht im luftleeren Raum statt, sie ist eingebettet in die Struktur des streng hierarchisch gegliederten Krankenhauses, welches die gesellschaftlichen Bedingungen widerspiegelt. Entsprechend sind die Ziele dieser Ausbildung:

- Der Schüler soll sein Bedingungsfeld kennen und sich in dieses einordnen,
- er soll diese Einordnung kritiklos vollziehen,
- er soll so konditioniert werden, daß er sich als ärztlicher Zuarbeiter versteht,
- er soll eine fachliche Qualifikation erreichen, die medizinisch-technisch orientiert ist.

Der Schüler soll sein Bedingungsfeld kennen, jedoch nicht erkennen. Dieses Erkennen wird ihm durch bewußtes bzw. unbewußtes Vorenthalten von Informationen nicht möglich gemacht. Dies dient u. a. der Erhaltung der Hierarchie.

Dem Schüler bleibt nichts anderes übrig, als sich in das Bedingungsfeld (= Krankenhaus/Station) einzuordnen, andernfalls erfährt er Sanktionen. Nur bei reibungsloser Einordnung wird ihm Teamfähigkeit und Berufseignung bescheinigt, z. B. durch die Beurteilungsbögen des praktischen Einsatzes. – Daß Maria Pindling in einer Untersuchung über Krankenpflegeschüler Eigenschaften wie Rigorosität und Rigidität nachweisen konnte, erscheint jetzt nicht mehr verwunderlich. (Sie versteht darunter „eine ausgeprägte Bereitschaft zur Übernahme vorgegebener Wertvorstellungen“ und „jenen Grad der Verfestigung konkreter Verhaltensweisen, die Starrheit des Denkens und Verhaltens im allgemeinen, welche für die Individuen Ordnungsfunktionen haben“.)

Das kritiklose Einordnen der Schüler in das Bedingungsfeld entspricht den Interessen der Gruppen, die aus der Erhaltung der Hierarchie Macht und Profit gewinnen, dazu gehören die leitenden Ärzte eines Krankenhauses und die Repräsentanten des Krankenhausträgers. – Mangelnde Konformität aller nachgeordneten Mitarbeiter könnten, bei Erkenntnis der objektiven Lage, Veränderungen nach sich ziehen.

Der Schüler soll sich als ärztlicher Zuarbeiter verstehen und als solcher konditioniert werden. Nicht die Anerkennung seiner Arbeit durch den zu betreuenden Patienten stehen im Vordergrund, sondern die „Streichelheiten“ durch den Arzt prägen sein Verhalten.

Eine Krankenschwester/-pfleger ist dann fachlich qualifiziert, wenn sie/er in der Lage ist, einen Teil der ärztlichen Tätigkeiten zu

übernehmen (siehe auch Diskussionen über das Verabreichen von Injektionen und das Anlegen von Infusionen). Die Fertigkeiten auf diesem Gebiet sind wesentliche Kriterien für die „gute“ und „erfolgreiche“ Krankenpflegekraft. Nicht die Eigenschaften, einem kranken Menschen emotionale Geborgenheit zu geben, sondern die Bereitschaft und Fähigkeit, Handlangerdienste für Ärzte auszuüben, zählen.

Daß der kranke Mensch bei diesen Ausbildungszielen nur eine nachgeordnete Rolle spielt, daß seine Bedürfnisse wenig Berücksichtigung finden, ist deutlich. Auch wenn allerorten der kranke Mensch zum „Mittelpunkt des Krankenhauses und der Ausbildung“ erklärt wird, bleiben das Lippenbekenntnisse, die mancher sogar in guter Absicht tut. Vordergründig wird die mittlerweile inflationierte „Humanität im Krankenhaus“ bleiben, wenn nicht Bereitschaft und Fähigkeit zur Veränderung des Bewußtseins in der Krankenpflege entwickelt wird (neben vielen anderen Faktoren). Hier soll sich auf die Ausbildung und ihre bewußtseinsbildende Funktion beschränkt werden.

Krankenpflege und Emanzipation

Krankenpflege, deren Zielsetzung die Zufriedenheit des Patienten mit der Pflege und die Zufriedenheit des Pflegenden mit seiner Arbeit ist, wird nur unter anderen strukturellen Bedingungen und mit einem emanzipatorischen Bewußtsein der Krankenpflegepersonen möglich sein. Zur Entwicklung eines solchen Bewußtseins kann Krankenpflegeausbildung, mit neuen Zielen, einen großen Beitrag leisten.

Dies kann ein neuer, qualitativer Ansatz sein.

Nun gibt es einige Soziologen, die meinen, die Krankenpflege müsse sich lediglich im sozialen Feld des Krankenhauses behaupten. Durch die Verwissenschaftlichung der Medizin delegieren die Ärzte immer mehr Tätigkeiten aus ihren Bereichen – Diagnostik und Therapie – an die Krankenpflegepersonen. Dadurch erhielte die Pflege einen abgeleiteten Charakter und definiere sich als weisungsgebunden und abhängig; „Es sind der Protest gegen diese Situation und der Anspruch auf den Status eines autonomen Berufes, die der Rede von der Emanzipation der Krankenpflege ihren spezifischen Sinn geben“. – Die hier gemeinte Emanzipation der Krankenpflege meint lediglich die Loslösung der Schwester/des Pflegers vom Arzt. Dies kommt einer Pseudo-Emanzipation gleich. Echte Emanzipation bezieht sich immer auf die Individuen, hier gemeint die Mitarbeiter und der kranke Mensch, und auf deren Umwelt.

„Unter Emanzipation verstehen wir die Befreiung des Menschen aus versklavenden Verhältnissen, sowie alle auf dieses Ziel gerichteten Anstrengungen und Impulse.



Emanzipation ist gleichermaßen Ziel und Prozeß. Sie meint Herausführung aus Unfreiheit, sie strebt die Aufhebung von unnötigen Zwängen an, Emanzipation beseitigt menschliche Selbstentfremdung, sie strebt auf Selbstbestimmung, Erweiterung zu Verfügung des Menschen über sich selbst und damit ermöglicht sie die Realisierung der Autonomie.“

Voraussetzung zur Emanzipation ist das Erkennen der eigenen objektiven Situation. In der Erkennung der objektiven Situation ist enthalten die Selbsterkenntnis und die kritische Einschätzung der realen Bedingungen. Der einzelne soll seine Rolle und Position als Krankenpflegeperson, als kranker Mensch, als abhängig Beschäftigter usw. innerhalb der Gesellschaft mit ihren Machtverhältnissen und Widersprüchen durchschauen. Aus dieser Erkenntnis ergibt sich für ihn die Notwendigkeit, daß Hierarchie und Systemzwänge, in Solidarität mit anderen abgebaut werden müssen. Dazu benötigt der einzelne Kritikfähigkeit, die verstanden werden muß als Mittel zur Weiterentwicklung. Weiterentwicklung heißt, die Befreiung von Abhängigkeit, Herrschaft und Unterdrückung.

Machtansprüche abbauen!

Marx und Engels haben die Inhalte der Emanzipationsfrage festgelegt. Für Marx und Engels bedeutete Emanzipation „Rückkehr des Menschen für sich als eines gesellschaftlichen, d. h. menschlichen Menschen!“ Daraus wird ersichtlich, daß der Sinn und das Ziel von Emanzipation, die Achtung des Menschen vor sich selbst und die Anerkennung des anderen ist. Dieser Zusammenhang zeigt klar, wie unerläßlich Emanzipation für die Krankenpflege ist. Emanzipatorische Krankenpflege beinhaltet zunächst den Abbau von Machtansprüchen in Bezug auf den Patienten. Dieses Verständnis für individuelle Begleitung, Betreuung, Beratung, Versorgung, Fürsorge und Behandlung kranker Menschen impliziert, daß Aufgaben der Berufsgruppen im Krankenhaus gleichwertig sind; das bedeutet den Abbau von Hierarchie und macht den kranken Menschen zum tatsächlichen Mittelpunkt der Arbeit im Krankenhaus. Dieses Verständnis enthält aber auch die Chance, daß die Mitarbeiter berufs- und arbeitszufrieden werden können.

Gesundheitstag

Widerstandsformen in der Krankenpflege – Möglichkeiten und Grenzen institutionalisierter Fortbildung

Wir sind eine Gruppe von Teilnehmern und Lehrkräften eines Fortbildungszentrums für Berufe im Gesundheitswesen und wollen in einer Diskussionsveranstaltung zunächst unsere Arbeit vorstellen. Wie wird sie von Teilnehmern erlebt und unter welchen Bedingungen und Ansprüchen wird Fortbildung geplant und durchgeführt.

Wir wollen darüber diskutieren, ob und wie Fortbildungseinrichtungen Katalysatoren für Veränderungsprozesse in der Krankenpflege sein können.

Ausgehend von einer breit vorhandenen Berufszufriedenheit in der Krankenpflege ist es unser Interesse, gemeinsam über mögliche Ursachen der relativ „Widerstandsfeindlichkeit“ des Krankenpflegepersonals zu diskutieren und darüber hinaus Perspektiven und Vorstellungen für Veränderungen innerhalb der Krankenpflege zu entwickeln.

Treffen wir uns also auf dem Gesundheitstag!

Christina Pötter

DOKUMENTE

Zur Situation des Pflegepersonals am Bürgerhospital Stuttgart

vom Personalrat bei der Verwaltung des Bürgerhospitals der Landeshauptstadt Stuttgart Dr. D. Frießem, Oberarzt der Psychiatrischen Klinik

Feststellungen, Überlegungen, Empfehlungen zur Behebung des Pflegenotstandes

Im März 1981

Es sollte legitimerweise von „Pflegenotstand“ gesprochen werden dürfen, wenn zumindest die folgenden Kriterien erfüllt sind:

1. Ein vorhandenes Stellen-Soll ist, unabhängig von dessen Berechnungsgrundlage, in größerem Umfang nicht zu erfüllen.
2. Das noch vorhandene Krankenpflegepersonal wird angesichts unbesetzter Stellen durch tägliche Mehrarbeit, Überstunden, unvorhersehbare Verpflichtung zum Nachtdienst, wiederholte Versetzung und unregelmäßigen Einsatz infolge immer wieder notwendig werdender Änderungen der Dienstpläne über Gebühr belastet.
3. Krankenpflege kann nicht mehr so durchgeführt werden, wie dies nach einheitlicher Auffassung und herrschender Lehrmeinung sachlich geboten ist.
4. Das Krankenpflegepersonal selbst äußert angesichts dieser Situation Unmut und Unzufriedenheit.

Vieles deutet darauf hin, daß eine solche Situation auch im Bereich unserer Klinik eingetreten ist, und zwar aus den folgenden Gründen:

Die Berechnung des Stellen-Solls beruht auf Schlüsselzahlen, deren Festsetzung – obwohl damals schon willkürlich – viele Jahre zurückliegt, und deren weitere Verwendung allgemein bestritten wird, weil sie der Pflegesituation auf dem Hintergrund der Entwicklung der einzelnen medizinischen Disziplinen nicht mehr genügend Rechnung tragen. Die Dienstpläne hinwiederum beruhen zwar rechnerisch auf der 40-Stunden-Woche und damit auf dem derzeit gültigen Tarifrecht, durch die übliche Berechnung über mehrere Wochen, Schichtdienst, Überstunden und unregelmäßige und unvorhergesehene Einsätze werden die Vorteile der Arbeitszeitverkürzung gerade für das Pflegepersonal z.T. jedoch rückgängig gemacht.

Die an und für sich vorhandenen Stellen sind darüber hinaus in z.T. nicht unbeträchtlichem Maße bis in die jüngste Zeit unbesetzt. Dies gilt vor allem für die Med.-Geriatrische Klinik mit 30,9 % unbesetzter Stellen am 1.11.1980, aber auch für die in Bau 2 untergebrachten Kliniken mit 16%. Diesem Umstand ist zwar durch die Krankenhausleitung durch Stilllegungen von Betten sowie durch ein Drängen auf Einhaltung einer nur 85%igen Belegung derselben bis zu einem gewissen Maße Rechnung getragen worden. Diese Maßnahmen kamen auf den einzelnen Stationen jedoch keineswegs in gleichem Maße zur Auswirkung. Die unterschiedliche Besetzung einzelner Stationen, deren Krankenstände unter dem Pflegepersonal, deren Aufnahmesituation usw. haben die ergriffenen Maßnahmen keineswegs überall effektiv werden lassen und damit gezeigt, daß man sich auf einer gefährlichen Gratwanderung am Rande des gerade noch Möglichen bewegt.

Klagen über mangelnde sachliche Richtigkeit der pflegerischen Verrichtungen selbst sind aus verschiedenen Kliniken laut geworden. Sie mögen z.T. auf unterschiedlichen Auffassungen beruhen. Auch stehen die auf den Krankenpflegeschoolen vermittelten Lernziele keineswegs immer in Übereinstimmung mit der auf den Stationen geübten Praxis, und die von Experten seit Jahren geforderte notwendige Vermittlung dieser beiden Bereiche fehlt bislang nahezu gänzlich. Darüber hinaus ist zu fragen, ob unsere Schwestern und Pfleger unter den geschilderten Bedingungen ihren Beruf tatsächlich noch so ausüben können, wie sie es gelernt haben. Auch ist daran zu denken, daß mangelnde Kritik seitens der unmittelbaren und mittelbaren Dienst vorgesetzten die Gefahr in sich birgt, daß am Ende gar fehlerhaftes Handeln zur Selbstverständlichkeit wird. In einer solchen Situation hat es auch wenig Sinn, einen Zustand allein von ärztlicher Seite sanktionieren zu lassen. Der ärztliche Aspekt betrifft vielmehr nur bestimmte Seiten pflegerischen Handelns, welche fehlerfrei sein können, während die Pflege als Ganzes gesehen dennoch mangelhaft sein kann.

Klagen aus den Reihen des Pflegepersonals schließlich deuten auf Berufs- und Arbeitsunzufriedenheit hin und sind, auch wenn sie nur viel zu selten artikuliert werden, immer ernst zu nehmen. Von lokalen, zufälligen und leicht behebbaren Ursachen abgesehen, deuten solche Klagen vielfach auf strukturelle Mängel im Pflegebereich sowie auf den Umstand hin, daß die in diesem Beruf Tätigen angesichts der am Arbeitsplatz herrschenden Wirklichkeit ihr Berufsbild nur noch mangelhaft zu realisieren vermögen. Die Hierarchisierung auch des Pflegebereichs, die Tatsache, daß einige der dort Tätigen in ihrer Arbeit nur eine Übergangssituation sehen, Höherqualifizierung oder einfach Arbeitsplatzwechsel anstreben, lassen solche Klagen andererseits nicht im ganzen Umfang laut werden. Dieser Umstand verführt bei bereits bestehender Abwehrhaltung dazu, die Klagen – und sei es auch mit den gelindesten Mitteln – zu diskriminieren, eine denkbar falsche Haltung, die letztlich auf Einschüchterung abzielt und eine wertvolle Quelle der Kritik ausschüttet.

Mißstände und Notstände im Krankenhaus treffen nicht nur das dort tätige Personal, vielmehr zu allererst den Patienten als das „Objekt“ ärztlichen und pflegerischen Tuns, der sich indes weder artikulieren noch wehren kann. Darüber dürfen auch die zumeist mit leichter Hand und ohne Expertenunterstützung durchgeführten sog. Patientenbefragungen nicht hinwegtäuschen, einschließlich der an unserem Hause zuletzt durchgeführten und z.Z. in Auswertung befindlichen. Derartige Befragungen sind nutzlos bzw. allein auf Selbstbestätigung des Trägers hin angelegt, sofern mannigfaltige medizinsoziologische Implikationen,

einschließlich solchen der Befragungstechnik, hierbei außer acht gelassen worden sind (v. Troschke, pers. Mitt.).

Als übergreifende Ursachen des derzeitigen „Pflegenotstands“ sind nicht allein lokale und rein gesundheitspolitische, sondern auch allgemein politische Tatsachen zu berücksichtigen. Mitte der 70er Jahre wurde von den Politikern aller Parteien die angebliche „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen entdeckt und als wirksames Mittel zur propagandistischen Begründung eines sukzessiven Leistungsabbaus im Gesundheitswesen eingesetzt, während in anderen Bereichen, wie Rüstung, Polizei und Bundesgrenzschutz, die Etats wesentlich gesteigert wurden.

Ein erster Schritt zur Realisierung dieser sozialen Demontage war das 1972 verabschiedete Krankenhausfinanzierungsgesetz, das im Gegensatz zur früheren Regelung kostendämpfende Pflegesätze vorschreibt, über die sämtliche Betriebskosten der Krankenhäuser gedeckt werden sollen. Die staatlichen Zuschüsse sanken von 20–40% auf jetzt noch 6–15 %, langfristig sollen sie völlig abgebaut werden. Infolgedessen stieg der Durchschnittspflegesatz von etwa DM 100,- auf jetzt über DM 240,-.

Ein weiterer Faktor, der zu der angeblichen Kostenexplosion geführt hat, ist die inflationsbedingte Preissteigerung, die allein etwa 50% dieser Kostensteigerung verursacht hat, während auf die quantitative und qualitative Steigerung des Leistungsumfangs der Krankenhäuser selbst nur ein Anteil von ca. 30% entfällt.

In dieser Situation nimmt es nicht Wunder, daß die 1974 von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, also gewissermaßen von Arbeitgeberseite, ermittelten neuen Anhaltszahlen für den Personalbedarf bis heute aufgrund eines Beschlusses der Gesundheitsminister nicht in Kraft getreten sind. Vielmehr werden die wesentlich schlechteren Anhaltszahlen von 1969, fortgeschrieben auf die 40-Stunden-Woche, angewandt. Da andererseits aber, wie oben ausgeführt, der Leistungsumfang der Krankenhäuser aufgrund des medizinischen Fortschritts, der medizinisch-technischen Entwicklung, der veränderten Altersstruktur der Patienten, der Zunahme chronischer Erkrankungen und der zunehmenden Gesundheitsverfahren sich wesentlich ausgeweitet hat, mußte dies zu einer anfangs langsamen, später aber sprunghaft sich beschleunigenden Verschlechterung der Arbeitsbedingungen des Krankenpflegepersonals führen.

Im Bereich des Bürgerhospitals waren die Auswirkungen dieser Politik bereits 1976 zu spüren, wie beispielsweise aus den damaligen Publikationen der ÖTV-Betriebsgruppe hervorgeht. Umfragen ergaben

schon damals, daß allein zur Durchführung eines 8-Stunden-Schichtdienstes und einer 40-Stunden-Woche, wie gesetzlich vorgeschrieben, mehr als 100 Planstellen nötig gewesen wären. Die Ergebnisse wurden publiziert und den Verantwortlichen in Klinikleitung und Bürgermeisteramt zugänglich gemacht; dennoch wurde nur ein kleiner Teil der benötigten Stellen neu geschaffen. Schon damals wurde von gewerkschaftlicher Seite darauf hingewiesen, daß die Folge dieser restriktiven Personalpolitik eine verstärkte Abwanderung von Pflegepersonal sein würde; diese Prognose hat sich nur allzu rasch bestätigt: inzwischen sind in der Med.-Geriatrischen Klinik etwa 30%, in Bau 2 (mit Ausfällen durch Mutterschutz) etwa 20% der vorhandenen Planstellen nicht besetzt; wenn keine grundlegende Änderung dieser Situation eintritt, ist mit weiteren Kündigungen zu rechnen. Dann müßte sich der Krankenhausträger die Frage gefallen lassen, ob er die durch nichtbesetzte Planstellen erzielte Kosteneinsparung verbesserungswürdigen Arbeitsbedingungen für das Personal und einer dem erlernten Standard entsprechenden Pflege für die Patienten vorzieht.

Die zunehmende Schwierigkeit, an und für sich vorhandene Stellen mit entsprechend qualifizierten Pflegekräften oder überhaupt zu besetzen, hat allerdings noch andere Ursachen. Diese können im vorliegenden Rahmen nicht erschöpfend analysiert werden. Hingewiesen sei allerdings auf eine Reihe von Umständen, aus denen z. T. schon untenstehender Maßnahmenkatalog abgeleitet werden kann.

1. Der Beruf der Krankenschwester und des Krankenpflegers hat sich immer mehr von seinen caritativen Ursprüngen entfernt und zu einer spezialisierten sowie in weiterer Subspezialisierung befindlichen Profession entwickelt, die keineswegs nur einen ärztlichen Assistenzberuf darstellt, vielmehr auch einen eigenständigen Handlungsbereich auf dem Sektor der medizinischen Versorgung abdeckt. Dieser Entwicklung zur Professionalisierung des Pflegeberufs (vgl. dazu Pflanz, in: Handbuch der empirischen Sozialforschung, 2. Aufl., Bd. 14, München/Stuttgart 1979, S. 293 ff.) entspricht keineswegs eine einheitliche, propagierte und auch gelehrte Berufsethik, an welcher Schwestern und Pfleger sich orientieren könnten. Schwestern und Pfleger sind vielmehr während ihrer beruflichen Ausbildung und in zunehmender Auseinandersetzung mit der beruflichen Praxis auf eine höchst individuelle Identitätsbildung verwiesen, deren Problematik nur selten diskutiert wird, und die damit in größerem Maße Gefahr läuft, früher oder später mit der Wirklichkeit zu kollidieren. So hat beispielsweise noch Anfang der 70er Jahre ein nicht unerheblicher Prozentsatz von Krankenschwestern während ihrer Ausbildung ganz andersartige Ausbildungs- und Berufswünsche geäußert (M. Pinding u. a.: Krankenschwestern in der Ausbildung, Stuttgart 1972).
2. Die auf den Krankenpflegeschoolen vermittelten Lerninhalte zielen in nicht unerheblichem Maße auf ein Wissen ab, welches in Berufspraxis umzusetzen die Krankenschwester gar nicht die Kompetenz hat. Der Erwerb von solcherlei im Grunde ärztlichem Wissen kann seinen Sinn allenfalls darin haben, ärztliche Anordnungen innerlich nachzuvollziehen, damit zu verstehen und mit größerer Wahrscheinlichkeit richtig auszuführen. Unter den derzeitigen Arbeitsbedingungen spielen sich jedoch gerade solche ausführenden Tätigkeiten besonders in den Vordergrund, während der eigentliche Kern pflegerischer Tätigkeit ausgedünnt und marginalisiert wird. Anzustreben ist demgegenüber eine zwar breitbasige, aber stets auf das Berufsfeld bezogene Ausbildung, auf deren Grundlage auch eine Höherqualifizierung möglich ist.
3. Solche Tendenzen mögen denjenigen Schwestern und Pflegern entgegenkommen, deren Berufsmotivation überwiegend fachlich getragen ist. Über ein Drittel des Pflegepersonals verbindet seinen Beruf jedoch nach wie vor mit z. T. ethisch motivierten Sozialkontakten. Kommen diese zu kurz, dann leidet hierunter das berufliche Selbstverständnis, die pflegerische Tätigkeit erscheint zunehmend als Fließbandarbeit in einer Gesundheitsfabrik und stört am Ende die Arbeitszufriedenheit nachhaltig.
4. Auf eine regional unterschiedliche Bedarfslage vermag gerade die verheiratete Krankenschwester keineswegs mit vermehrter Mobilität zu antworten.

Nicht zuletzt auch aufgrund typischer Berufszugehörigkeit ihrer Ehemänner, aber auch aufgrund ihrer Herkunft, haben Krankenschwestern während der letzten Jahre sich der Tendenz der Abwanderung aus den großen Städten angeschlossen und sind an den oft modernisierten und damit attraktiver gewordenen Krankenhausern tätig geworden. Die in den Metropolen verbliebenen tendieren umgekehrt um so deutlicher zu einer kritischen Bewertung und Auswahl ihres Arbeitsplatzes. Mitunter nur geringfügige Differenzen im sozialen Angebot des Arbeitgebers können einen Arbeitsplatzwechsel zur Folge haben. Dies gilt in besonderem Maße für noch unverheiratete oder alleinstehende Krankenschwestern, die angesichts des auf dem freien Wohnungsmarkt herrschenden Mietwuchers auf eine vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellte Wohnung angewiesen sind.

5. Männliche Berufstätige sind im Krankenpflegeberuf nach wie vor in der Minderheit. Dies erschwert präsumptiven Aspiranten die Berufswahl. Geht man jedoch davon aus, daß bei jungen Männern heute durchaus eine vermehrte Bereitschaft zum Ergreifen ehemals sog. Frauenberufe besteht, dann gilt es, Mittel und Wege zu finden, den Pflegeberuf gerade für Männer attraktiver zu machen.

6. Der Pflegeberuf ist fachlich hoch-, ja gegenüber der Berufswirklichkeit überqualifiziert, in hohem Maße verantwortungsvoll und mutet seinen Trägern auch höchst unangenehme Notwendigkeiten zu, wie sie kaum noch ein anderer, derart verbreiteter Beruf kennt. Dem steht die gegenwärtige Systematik der tariflichen Eingruppierung des Pflegepersonals entgegen. Insbesondere sind die Tätigkeiten der Stationspflegekräfte unterbewertet. Diesem und anderen damit verbundenen Umständen haben zukünftige Maßnahmen der Tarifvertragsparteien zu gelten (vgl. Hessischer Städtetag: Empfehlungen zur Verbesserung der Personalsituation im Krankenpflegebereich, Wiesbaden, 19. 6. 1980, S. 8, Az.: 154/532 ht/Se).

Eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der jetzigen Situation im Pflegebereich und zur Effektivierung von Anwerbemaßnahmen könnte indes sofort, mittel- oder langfristig auch vom Krankenhausträger geleistet werden, wobei einzelne Vorgehensweisen derart spezifisch sind und auch nur vor Ort erarbeitet werden können, daß diese zunächst einmal allein im eigenen Klinikbereich in Gang zu setzen wären, zumal die nicht zu verleugnende Konkurrenzsituation zwischen einigen Klinikbereichen einer gemeinsamen Abstimmung solcher Maßnahmen auch hinderlich sein könnte. Ohne Rücksicht auf Vollständigkeit und Priorität seien hier deshalb die folgenden Maßnahmemöglichkeiten kurz dargestellt:

1. Die derzeitige Belastung des Pflegepersonals durch Überstunden, plötzliche und unvorhergesehene Dienstplanänderungen sowie Umbesetzungen muß rasch beseitigt werden. Vor allem sind diejenigen Stationen festzustellen und im Auge zu behalten, die bezüglich ihrer personellen Besetzung gerade eben noch am Rande des Möglichen arbeiten. Hier sind Ausfälle bereits vorzeitig einzuplanen, wie überhaupt solchen „Schwachstellen“ eine prospektive „Besetzungspolitik“ zu gelten hätte. Andererseits darf das berechtigtere Interesse des Arbeitnehmers, für geleistete Überstunden auch Freizeit zu erhalten, unter Engpässen der Personalbesetzung nicht so weit eingeeignet werden, daß am Ende Überstunden beinahe nur noch ausbezahlt würden.
2. Trotz zunehmender Verbesserung des diesbezüglichen Schlüssels muß mit Nachdruck auf die Nichtanrechnung der Schülerinnen auf den jeweiligen Pflegeschlüssel hingearbeitet werden, zumal Schülerinnen und Schüler sich gleich Lehrlingen in Ausbildung und nicht in Weiterbildung befinden. Ihre praktische Tätigkeit auf den Stationen hat sich ganz und gar ihrem Ausbildungsziel unterzuordnen und nicht dem auf den Stationen anfallenden Arbeitsbudget. Jede andere Handhabung ist anachronistisch, kommt der unberechtigten Ausbeutung eines Ausbildungsverhältnisses gleich, demotiviert die Auszubildenden und setzt Patienten und diese selbst, namentlich bei mangelhafter Beaufsichtigung, der Gefahr fehlerhaften Handelns aus.

Es muß ernsthaft erwogen werden, ob trotz der bereits durchgeführten Erhöhung der Ausbildungskapazitäten

an den Krankenpflegeschoolen nicht noch weiter expandiert werden können. Daß dies nicht ohne Vermehrung des Ausbildungspersonals vonstatten gehen kann, versteht sich von selbst. Bezüglich der Raumfrage wäre auf die rechtlich vorhandenen Ressourcen zurückzugreifen. Eine ausbildungsbegleitende Befragung der Schülerinnen und Schüler müßte übrigens den Gründen nachgehen, weshalb ein so großer Prozentsatz derselben nach Absolvierung ihrer Ausbildung nicht an der Klinik verbleibt. Das Ergebnis einer solchen, von qualifizierten Fachkräften durchzuführenden Befragung wäre dann in bestimmte Strategien umzumünzen.

4. Es muß unbedingt sichergestellt sein, daß Krankenpflege sachlich richtig und in Übereinstimmung mit der herrschenden Lehre geleistet wird. In diesem Zusammenhang wird vorgeschlagen, für jede Klinik eine Kommission, bestehend aus einer Vollschwester, einem an der Sache interessierten Arzt und einer das Fach Krankenpflege lehrenden Schulschwester, mit dem Ziel der Erarbeitung eines Katalogs all jener Tätigkeitsmerkmale zu bilden, die zu einer sachlich richtigen Krankenpflege in dem betreffenden Bereich gehören. Diese Kommission sollte keineswegs sozusagen als Kontrollinstanz verstanden werden, sie hätte sich aber auch mit Klagen, wie sie immer wieder einmal vorgebracht werden, zu befassen, und dies im Kontakt mit der Hygienefachkraft, deren Position bislang nur unzureichend in den Klinikbetrieb integriert ist. Die vorgeschlagene Kommission hätte ferner darauf zu achten, daß das Pflegepersonal von jeglichen berufsfernen Arbeiten möglichst entlastet wird. Dies gilt selbst noch für die Organisation der Ambulanz an den Medizinischen Kliniken, für welche die Einstellung von Arzthelferinnen vorgeschlagen wird, wenn auch nicht mit dem Ziel des gänzlichen Ersatzes der dort tätigen Schwestern.

5. Auch unter der Notwendigkeit rationaler Krankenpflege muß gesichert sein, daß der psychosoziale Kontaktbereich nicht immer weiter und bis zur Unkenntlichkeit eingeeignet wird. Der selbstverständliche und nicht von Zeitdruck und anderen Arbeiten eingeeignete Kontakt zwischen Patient und Pflegeperson ist genuiner und legitimer Bestandteil einer jeglichen Krankenpflege, er befriedigt nicht nur ein Bedürfnis des Patienten sondern auch ein solches auf Seiten der Schwester und des Pflegers, er hat eine ausgesprochen therapeutische Funktion und liefert den Ärzten eine von diesen nicht immer genügend beachtete, wertvolle Rückmeldung.

6. Eine regelmäßige, geplante hausinterne Fortbildung auch für das Pflegepersonal, und zwar während der Dienstzeit, sollte dem Umstand Rechnung tragen, daß parallel zur Entwicklung der einzelnen medizinischen Disziplinen auch der Pflegeberuf immer wieder mit Neuerungen konfrontiert ist, die sorgfältiger Darlegung und Einführung bedürfen, und im Hinblick auf die das Personal nicht gleichsam unter der Hand einfach angelehrt werden kann. Für eine solche Fortbildung sind natürlich auch Themen denkbar, welche die spezielle Krankenpflege an den einzelnen Kliniken übergreifen oder, wie die rechtlichen Aspekte des Pflegeberufs, über die fachspezifische Pflege hinausgehen und die – womöglich in Mehrfachveranstaltungen – nicht nur interessierten, vielmehr im Sinne eines Pflichtprogramms vermittelt werden sollten. Obwohl Krankenpflege einen eigenständigen Bereich darstellt, könnten sich auch Überschneidungen zu den gleichfalls nicht genügend koordinierten Fortbildungsinitiativen der Ärzte ergeben, zumal wenn es sich um Gegenstände handelt, die eine enge Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und Pflegepersonal beinhalten.

7. Neben der Fortbildung haben Weiterbildungsmaßnahmen zum Ziel, daran Interessierte zu qualifizieren und damit den Pflegebereich im Sinne einer Aufstiegsmöglichkeit attraktiver zu machen. Außerhalb der Klinik, namentlich am Zentrum für Krankenpflege des Berufsbildungswerks des DGB, existiert ein breit gefächertes Weiterbildungsangebot, während innerhalb der Klinik lediglich im psychiatrischen Bereich eine solche Möglichkeit bislang realisiert worden ist. Dem psychiatrischen Beispiel folgend, sollte auch in den anderen klinischen Bereichen die Schaffung qualifizierter Weiterbildungsmöglichkeiten zumindest erwogen werden. Darüber hinaus müßten Schwestern und Pfleger auch von ihren Vorgesetzten darin bestärkt werden, sich ei-

ner Weiterbildung zu unterziehen. Die Stellenpläne hätten eine hieraus resultierende Fehlquote von vornherein einzukalkulieren, auf daß der Weiterbildungswille nicht, wie es jetzt der Fall ist, unter den moralischen Druck seiner Mitarbeiter geriete, und dieses sein Bedürfnis nicht als Aufstiegsegoismus disqualifiziert werden könnte.

8. Die Zusammenarbeit von Schwestern und Pflegern tendiert auf den einzelnen Stationen erfreulicherweise immer wieder zu teamähnlichen Strukturen, in welchenamentlich in der Psychiatrischen, aber vereinzelt auch in den Medizinischen Kliniken – selbst Ärzte einbezogen werden. Diese Art von kollegialer Zusammenarbeit macht, wie es scheint, die herrschende Arbeitsplatzsituation oft allein noch erträglich. Dem steht immer wieder die Zerschlagung solcher Teams unter der Notwendigkeit, dem herrschenden Personalangel durch Umbesetzungen zu begegnen, entgegen. Die Bildung effektiver, solidarischer und aufeinander eingespielter Arbeitsgruppen ist gerade im Pflegebereich jedoch unbedingt zu fördern und wäre langfristig mit einer weiteren Subspezialisierung der einzelnen Kliniken zu verbinden. Eine Kompartimentierung der Kliniken in spezialisierte Abteilungen unter Relativierung des derzeitigen Chefarztsystems und der sich hieraus ergebenden Abstufung der Verantwortung könnte auch im Pflegebereich zur Etablierung von Arbeitsgruppen mit spezifischem Selbstverständnis führen und damit Arbeit und Arbeitsplatz attraktiver machen.

9. Der persönlichen und familiären Situation namentlich der Krankenschwestern muß noch in viel größerem

Umfang institutionell Rechnung getragen werden. Dies gilt nicht nur für die inzwischen fast nur noch auf dem Papier stehenden Hilfen bei der Wohnungsbeschaffung, vielmehr in besonderem Maße bei der Organisation der Kindertagesstätte. Deren Zeiten stimmen bekanntlich nicht mit den Dienstzeiten im Pflegebereich überein, zwingen den betroffenen Schwestern hierdurch Zeitverluste ab oder lassen sie individuelle Dienstzeiten erlitten. Die Zahl der Plätze der Kindertagesstätte bedarf einschließlich des Personals nicht nur der Vermehrung, auch der Betreuung bereits schulpflichtiger Kinder ist durch Schaffung eines von qualifizierten Kräften geleiteten Schülerhortes Rechnung zu tragen, wenn man nicht weiter hinnehmen will, daß Krankenschwestern allein deshalb ihre Berufstätigkeit aufgeben, weil ihre Kinder schulpflichtig geworden sind.

10. Unter den gegebenen Umständen des Pflegezustandes wird man versuchen müssen, diejenigen Pflegekräfte, die ihre Berufstätigkeit für mehrere, gar viele Jahre unterbrochen haben, zu einer Wiederaufnahme derselben zu ermuntern. Die in Frage kommenden Personen haben hierbei verständlicherweise nicht nur eine Schwellenangst zu überwinden, vielmehr stellt es auch eine objektive Schwierigkeit dar, Anschluß an den je nach Fach mehr oder weniger geänderten Standard in der Krankenpflege zu finden. Um dieses möglicherweise beträchtliche Reservoir auszuschöpfen, bedarf es der Erarbeitung eines besonderen Programms zur Wiedereingliederung in den Beruf. Weniger sinnvoll wäre es, hier allein theoretische Unterweisung anzubieten, vielmehr müßte ein beispielsweise halbtägig über einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen laufendes Einarbeitungsprogramm erarbeitet werden, währenddessen zwar schon eine gewisse Bezahlung erfolgte, der Schwerpunkt der Tätigkeit aber in praxisnaher Unterweisung und einem Vertrautmachen mit den jeweiligen Gegebenheiten am Arbeitsplatz zu bestehen hätte. Auch wären, sofern ein Bedarf hierfür ermittelt wird, nötigenfalls von vornherein die Schaffung von Teilzeitarbeitsplätzen nicht nur für die vorgenannte Gruppe von Pflegekräften zu erwägen, sondern überhaupt im Sinne einer weiteren Maßnahme zur Verbesserung der Personalsituation im Krankenpflegebereich. Es versteht sich, daß gerade auch die hier vorgeschlagenen besonderen Maßnahmen zur Wiedereingliederung von Pflegekräften nach längerer Berufsunterbrechung der einführenden Begleitung durch erfahrene Kolleginnen auf den Stationen bedürfen, die zu dieser Aufgabe selbst wieder eigens vorbereitet und zumindest teilweise von der regulären Arbeit freigestellt werden müssen. Für eine praxisbegleitende Ausbildung der Krankenpflegeschülerinnen und -schüler ergibt sich übrigens die gleiche, an anderer Stelle darzulegende Notwendigkeit.

Insbesondere vorstehender Maßnahmenkatalog wird sowohl den Betroffenen als auch dem Klinikdirektorium zunächst zur Anregung und zur Kritik vorgelegt, dies jedoch nicht ohne die Hoffnung, daß der eine oder andere Vorschlag tatsächlich auch realisiert wird.

Insbesondere vorstehender Maßnahmenkatalog wird sowohl den Betroffenen als auch dem Klinikdirektorium zunächst zur Anregung und zur Kritik vorgelegt, dies jedoch nicht ohne die Hoffnung, daß der eine oder andere Vorschlag tatsächlich auch realisiert wird.

Der nationale Gesundheitsdienst in Großbritannien

von Alistair Wilton M.A. (gest.)

Zur Geschichte

„1944 verteilte der englische Gesundheitsverband an alle medizinischen Berufsgruppen ein „Referendum“, in dem verschiedene Aspekte des Gesundheitsdienstes angesprochen wurden. Nur 50 % der angesprochenen Berufsgruppen antworteten – davon sprachen sich aber 60 % (und 73 % der Armeearzte) für eine allgemeinmedizinische Versorgung für alle Klassen aus, 69 % für eine vollständige stationäre Betreuung und für eine fachärztliche Beratung, 83 % der Ärzte, die im Sanitätswesen der Armee waren, wollten nach dem Krieg in einem Gesundheitszentrum arbeiten. 50 % verlangten ein festes Gehalt und Recht auf Altersversorgung“ (aus: „Why a National Health Service“, von Dr. Stark Murray). In der Zeit von 1946 bis zum 1. Juli 1948 hatte der englische Gesundheitsverband unter den Ärzten eine starke Opposition gegen die Einrichtung eines nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) in GB hervorgerufen. Auf einer Tagung in Aberdare im April 1948, wo alle Ärzte des Industriegebietes von Wales vertreten waren, stimmten nur 6 Ärzte, davon 5 aus einer Familie, für einen NHS, aber genau wie es 1913 bei der Verabschiedung des nationalen Krankenversicherungsgesetzes der Fall war, akzeptierten am 5. Juli 1948 alle Allgemeinpraktiker dieser Gegend eine Einstellung im NHS.

Der NHS war der bedeutendste Fortschritt in der englischen Geschichte der Medizin, weil er eine umfassende Versorgung für alle Männer, Frauen und Kinder gewährleistete. Der NHS bot jedem Patienten sowohl im Sprechzimmer, als auch im Haus der Kranken, aber auch im Krankenhaus eine ärztliche und chirurgische Betreuung, und die notwendigen Arzneimittel standen immer kostenlos zur Verfügung. Der NHS weist aber immer noch erhebliche Mängel auf.

Die demokratische Kontrollfunktion, die in Stadt, Grafschaft und auf Landesebene von direkt gewählten örtlichen Gesundheitsbehörden, Überwachungsdiensten und dann von Landesbehörden, Gewerkschaftsplänen und gewählten freiwilligen Krankenhausgremien über die Gesundheits- und Sozialdienste ausgeübt wurde, wurde nach und nach abgeschafft. Die Labour-Regierung von 1948 errichtete Gesundheitsbehörden, die nicht mehr vom Volk gewählt wurden und sich nicht

mehr vor dem Volk verantworten mußten. Sie wurden vom Gesundheitsminister eingestellt und mußten sich vor ihm verantworten.

So ist es auch bis heute geblieben. Vor 1948 war ich ein gewähltes Mitglied im Bezirksrat. Ich war Mitglied des Gesundheitskomitees im Stadtrat von Aberdare. Als Stadtrat war ich meiner Arbeit verpflichtet; außerdem war ich noch für die Gesundheit der 5000 Einwohner verantwortlich, die mich gewählt hatten. Als gewähltes Mitglied des Komitees eines unabhängigen Krankenhauses war ich für fast alle 40 000 Einwohner verantwortlich. 1948 gab es einige Allgemeinpraktiker, die in Gesundheitszentren als vollbeschäftigte Ärzte in einem Angestelltenverhältnis arbeiten wollten.

Wir wollten auf diese Weise bezahlt werden, damit wir eine Gemeinde mit einer medizinischen und fachgerechten Gesundheitsversorgung, Krankheitsfrüherkennung und allgemeiner Gesundheitserziehung versorgen konnten. Und um alle medizinischen Dienste in einem Zentrum zusammenzubringen: ärztliche Versorgung, Pflege, Sozialarbeit usw. Wir wollten beweisen, daß nur eine zentrierte, alle medizinischen Leistungen umfassende Betreuung eine optimale Gesundheitsversorgung für Dorf, Stadt, Grafschaft und Land gewährleisten kann.

Aber dieses Konzept eines humanen und durchdachten Versorgungsdienstes wurde von konservativen, elitären Medizinerkreisen und durch die von den folgenden Labour- und konservativen-Regierungen auferlegten Kürzungen der Staatszuschüsse in allen sozialen Einrichtungen, zurückgehalten.

Wir machten den Versuch, der sicherlich irgendwann einmal durchgesetzt werden wird, innerhalb des Wohlfahrtsstaates eine neue Art des Versorgungsdienstes zu schaffen, worin auch der NHS als ein Bestandteil integriert ist.

Wir sind immer noch bemüht, die Auffassung vom Mediziner als Geschäftsmann und vom Allgemeinpraktiker, der seine Fähigkeiten meistbietend verkaufen soll, zu zerstören.

Der NHS heute

Zur Zeit wird ein Allgemeinpraktiker folgendermaßen bezahlt:

1. Er erhält
1. eine Grundvergütung – besser gesagt einen Teil seines Einkommens in Form eines Gehalts;
2. eine Bezahlung für jeden, der auf seiner Patientenliste steht;
3. eine Vergütung, die sich auf die Zahl der Patienten bezieht, die er außerhalb der Sprechstunden behandelt;
4. £ 10.50 für nächtliche Hausbesuche;
5. zusätzliche Bezahlung für Schwangerenbetreuung und andere Dienstleistungen.
6. Spesenvergütung (Nebenkostenvergütung);
7. 70 % Rückvergütung für Angestelltengehälter.

Das heißt also: Je mehr Patienten auf seiner Liste stehen, desto verdient er. Hat er für den einzelnen, aber um so mehr verdient er. Mehr Geld für weniger sorgfältige Behandlung, weniger Geld für größere Sorgfalt. Je weniger Geld er von der Ausgabenvergütung durch Einsparung von Angestellten ausübt, um so mehr wandert in seine eigene Tasche.

Diese Form der Bezahlung ermutigt die Ärzte, so viele Patienten wie möglich zu haben.

Eine planvolle und verbesserte ärztliche Versorgung in einer Gemeinde könnte dadurch ermöglicht werden, daß Ärzte und alle anderen im Gesundheitsdienst Tätigen, angestellt werden und ein festes Gehalt bekämen. Es sollte vertraglich möglich sein, daß sie ausgedehnten Urlaub nehmen können (da für solchen staatlich finanzierte Vertretungsärzte zur Verfügung stehen); außerdem sollte die Möglichkeit gegeben sein, einmal im Jahr an einem 4wöchigen Fortbildungskurs teilzunehmen und alle 5 Jahre sollte ein 6monatiger Forschungsurlaub erlaubt sein.

Seit 1948 schwinden allmählich die Prinzipien des NHS – ein Rezept kostet jetzt 70 p., bald wird es £ 1 kosten. In Krankenhäusern sind die Wartelisten für ambulant und stationär zu behandelnde Patienten sehr lang – das ist mit ein Grund für die steigende Anzahl der Privatpatienten.

Es gibt nicht genügend Ärzte, Gesundheitsberater und Physiotherapeuten; es fehlen Ausbildungsstellen, über 1 000 000 Menschen sind auf Wohnungssuche, 2 000 000 sind arbeitslos. Die Armen werden besonders in den Industriegebieten vernachlässigt.

Sie können eine private medizinische Behandlung nicht bezahlen, und oft müssen sie monatelang auf ihre Operation warten – ein Patient wartet seit 2 Jahren auf eine Gallensteinoperation.

Von Anfang an waren Privatpraxen innerhalb des NHS erlaubt, obgleich bis vor kurzem kaum ein Arzt davon Gebrauch gemacht hat. Einst behandelten die meisten Spezialisten keine Privatpatienten, aber jetzt steigt die Zahl der Privatpatienten immer mehr an, und immer häufiger wird festgestellt, daß man bezahlen muß wenn man von einem Facharzt in einem angemessenen Zeitraum behandelt werden will. Es sind viele Privatkrankenhäuser eröffnet worden und noch mehr Spezialisten nehmen Privatpatienten an.

Ich war erstaunt, als ich heute einen Brief von einem Kollegen erhielt, in dem folgendes stand:

„Lieber Kollege, ich behandle jetzt Patienten bei geringfügigen chirurgischen Eingriffen (einschließlich kleiner kosmetischer Behandlungen) auch privat. Sie können mich unter Tel.-Nr. ... erreichen.“

Aus diesem Brief können Sie die langen Wartelisten der Krankenhäuser und den Scharfsinn eines medizinischen Geschäftsmannes ablesen, der das Defizit an Fachkräften ausnutzt, um sein eigenes Einkommen zu verbessern.

Medizinische Versorgung ist kein Geschäft

Der NHS bekommt langsam eine neue Moral. Statt des Prinzips „Jedem Patienten das, was er braucht“, haben die letzten Tory-Regierungen das Geschäfts-(nicht-medizinische) Prinzip gefördert „Jedem Patienten das, was er sich leisten kann.“

Während der Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung seit dem Beginn des NHS gefördert worden ist, haben sich die Gesundheitsunterschiede zwischen den Klassen vergrößert. 1911 hatte ein Junge, der in Glamorgan (Industriegebiet von Wales) geboren wurde, eine Lebenserwartung von 51,1 Jahren, das sind rund 0,7 Jahre unter dem Durchschnitt von England und Wales; 1970/71 lag das Durchschnittsalter eines in in Glamorgan geborenen Jungen bei 65,2 Jahren, 3,6 Jahre unter dem in England und Wales üblichen Durchschnitt. Laut der englischen Medizinerzeitschrift vom 18. 12. 1976 hat das Kind eines 15jährigen Hilfsarbeiters eine um 5 Jahre kürzere Lebenserwartung, als eines, dessen Eltern eine Berufsausbildung haben.

Für jene in der 5. Klasse – ungelernte Arbeiter – liegen Länge und Lebensqualität weit unter dem Durchschnitt. Für Arme, Arbeitslose, chronisch Kranke, solche mit niedrigem Einkommen, die, die unter dem Existenzminimum leben, für ungefähr 10 Millionen Männer, Frauen und Kinder, ist das Leben kürzer und weniger angenehm als für die Reichen.

Das sind aber diejenigen, die Hilfe, insbesondere auch gesundheitliche Versorgung, am dringendsten benötigen, die aber die schlechteste Versorgung haben. Sogar in unserem gegenwärtigen Gesellschaftssystem gibt es noch kein Gesetz, durch das diese Situation vermieden werden kann.

Druck aus der Öffentlichkeit kann regierungspolitische Akzente verändern

Wie kommt es, daß sich in einem NHS, der die Möglichkeiten hat, die lange Zeit vernachlässigte Gesundheit und die sozialen Nöte eines großen Teils der englischen Bevölkerung zu beenden, diese sehr schlimme Lage entwickeln konnte?

Der Grund dafür liegt in der graduellen Reduktion der staatlichen Sozialausgaben, das ist die Summe, die in Form öffentlicher Zuschüsse wie Wohngeld, Ausbildungsbeihilfe, Altersversorgung, öffentliche Verkehrsmittel, Sozialeinrichtungen, Fürsorge etc., in jede Familie fließt.

In den letzten Jahren ist unter der Labour-Regierung und unter den Konservativen der Sozialetat sehr stark

gekürzt worden. Die Gesundheit einer Nation hängt von den Sozialausgaben ab, besonders auch vom Bildungsniveau, vom Gesundheitszustand im beruflichen Bereich und auch vom allgemeinen Niveau der Gesundheitsdienste und ihrer Verfügbarkeit.

Gesundheitsdienste und Militärausgaben

Die Zeitung „The Times“ (20. 10. 1980) veröffentlichte einen Artikel, der sich auf Zahlen stützte, die von der Abteilung Demographie und Statistik der Europäischen Kommission für 1978 zusammengestellt worden waren. Dieser Artikel zeigte, daß im Vergleich zu den anderen EWG-Ländern, England am Ende der Liste steht:

Dänemark und GB, die 100-mäßig die niedrigste Zahl an Krankenhausbetten haben, sind die einzigen EWG-Länder mit erheblichen Einweisungswartezeiten, und nur in GB und Irland, wo auf 100 000 Patienten die niedrigste Zahl praktischer Ärzte kommt, müssen die Patienten erhebliche Wartezeiten in Kauf nehmen, wenn sie einen Facharzt aufsuchen wollen.

Das ist ein wesentlicher Grund dafür, daß sich das Einkommen von drei Medizinergruppen, die Privatpatienten behandeln, zwischen 1970–1979, um das 6fache, d. h. von £ 20 Mio auf £ 122 Mio. gesteigert hat (vgl. Labour Research, September 1980).

Während die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung weit unter dem Durchschnitt der EWG-Nachbarn liegen, sind die Zuschüsse für militärische Zwecke proportional höher.

Der prozentmäßige Anteil des Bruttosozialprodukts an militärischen Ausgaben.

Während GB also vom Bruttosozialprodukt für militärische Zwecke 50 % mehr ausgibt als die BRD, gibt es für die Gesundheit 40 % weniger aus; und die Differenz wird sich wahrscheinlich noch vergrößern, falls England die Trident Missiles von Amerika kaufen sollte, was eine mehrjährige Sonderausgabe von 5 Milliarden Pfund bedeuten würde. Viele Engländer meinen, daß sowohl die hohen Rüstungsausgaben ein bedeutender Faktor für den Stopp der Staatszuschüsse im Gesundheitsdienst und in anderen Bereichen sind, als auch die derzeitige Finanzpolitik, die Arbeitslosigkeit und Zerstörung der industriellen Basis des britischen Wirtschaftslebens hervorruft.

Verteidigung des NHS

Deshalb wächst der Widerstand der Gewerkschaften, besonders der Verbände der im Gesundheitsbereich Tätigen, gegen viele Aspekte der Wirtschaftspolitik der Regierung. Diese Opposition scheint sich durch die Weiterentwicklung von der Konsenspolitik zu verstärken, die sich im Augenblick in der Labour-Partei abzeichnet. Auch die erst kürzlich gehaltenen Reden zweier ehemaliger konservativer Premierminister, die sich gegen die Regierungspolitik wandten, beweisen, daß die Möglichkeit des öffentlichen Drucks wächst, stark genug zu werden, um die derzeitige Wirtschaftskrise zu stoppen. Es gibt auch eine beachtliche Tendenz, zur einseitigen nuklearen Abrüstung in Großbritannien und zur internationalen Abrüstung.

Ich glaube, daß die Briten in diesem weiter gefaßten Bereich öffentlicher Aktivitäten instand sein werden, das Geld zu verteidigen und sich zu verschaffen, was notwendig ist, um den NHS so auszuweiten und zu verbessern, daß jene Gegenden, wo die Not am größten ist, eine eigene optimale Gesundheitsversorgung erhalten, wie sie in den besten Gegenden Großbritanniens zur Verfügung steht.

Was ist heutzutage notwendig, um den NHS zu retten?

Zunächst einmal sollte keine Gebühr für Rezepte und dergleichen mehr erhoben werden; die Behandlung von Privatpatienten sollte erst einmal innerhalb des NHS abgeschafft werden und nach und nach dann auch völlig aus GB verschwinden.

Auch sollte es eine andere Art der Bezahlung für alle Heilberufe geben, nämlich ein Gehalt für die Vollzeitbeschäftigung im NHS; jetzt wäre es viel einfacher als es 1948 war, mit dieser neuen Art medizinischer Versorgung zu beginnen. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß immer mehr Medizinstudenten und junge Ärzte All-

gemeinpraktiker werden wollen, als bezahlte Ärzte in Gesundheitszentren arbeiten wollen und mit anderen (Schwestern, Sozialarbeitern, usw.) für die ärztliche Versorgung einer Gemeinde verantwortlich sein wollen. Sie stellen die Zukunft des NHS dar – sie wollen keine Geschäftskoute sein, sie sind darauf eingestellt, daß Gewerkschaften oder Medizinerverbände ihre Gehälter aushandeln – ihr medizinisches Ethos basiert auf ihrem Dienst am Mitmenschen.

Demokratie und NHS

Der NHS gehört dem englischen Volk, also über 50 Mio. Menschen, nicht einigen Tausend Ärzten oder der Million Angestellten im NHS, aber die Bürger können die Organisation dieses Dienstes nur in sehr geringem Maße beeinflussen.

Deshalb halte ich es für sehr wesentlich, daß der Gesundheitsdienst auf allen Ebenen von demokratisch gewählten Vertretern kontrolliert und verwaltet werden soll, von gewählten Patientenkomitees auf erster Ebene und von Gesundheitskomitees, die sich aus gewählten Bezirks-, Grafschafts- und Regionalbehörden zusammensetzen, auf höherer Ebene, so daß die Leute selbst ihre Vertreter aus 10 000 Bürgern wählen können, die zu einem Gesundheitszentrum gehören, aus 40 000 für eine Stadt, aus 500 000 für eine Grafschaft und aus einigen Mio. auf nationaler oder regionaler Ebene, z. B. für Nord-Ost oder Süd-Westengland. Natürlich sollten Vertreter der Ärzte und anderer Heilberufe in allen Komitees sitzen, und auch Vertreter von anderen freiwilligen Verbänden, z. B. vom Diabetesverein. Ich meine jedoch, daß die meisten Mitglieder dieser Komitees direkt gewählt werden sollten und auch direkt denen verantwortlich sein sollten, die sie gewählt haben.

Eine neue Art des Versorgungsdienstes

Im Gesundheitszentrum von Aberdare hat sich diese Form der Demokratie bewährt. Es gibt keine Konflikte zwischen Patientenkomitees und Gesundheitsteam. Es gibt eine Erklärung in der Satzung des Komitees, die besagt, daß Veränderungen des Gesundheitsdienstes nur mit Zustimmung des Gesundheitsteams erfolgen können. Es gibt weder eine Macht der Ärzte, noch eine Macht der Patienten, sondern es herrscht Zusammenarbeit in den Bereichen, wo eine Verbesserung der Krankenversorgung möglich ist.

Während der letzten fünf Jahre hatten wir ungefähr 150 Ärzte und Studenten der Medizin, Sozialpädagogik, Krankenpflege, Physiotherapie und Psychologie, die an interdisziplinären Kursen teilnahmen. So berichtet der Student der Sozialpädagogik zum Beispiel die Arbeit eines Medizinstudenten und arbeitet während der Sprechstunde und bei Hausbesuchen mit dem Arzt zusammen. Alle Studenten nehmen an Versammlungen des Patientenkomitees und an öffentlichen Vorträgen über Gesundheitsziehung teil. Auf diese Weise werden schon in der Studentenzeit Barrieren zwischen Mitgliedern des Gesundheitsteams, Ärzten und Krankenschwestern durchbrochen, bevor sie überhaupt errichtet worden sind, Barrieren zwischen dem Gesundheitsteam und den Patienten werden durch Diskussionen mit dem Patientenkomitee und durch die „offene Medizin“, d. h. durch die Diskussion mit dem einzelnen Patienten in der Sprechstunde, durchbrochen.

„Wir meinen, daß alle Medizinstudenten während ihrer ganzen Ausbildungszeit mit einem Gesundheitszentrum in Verbindung stehen sollten. Zu Beginn ihrer Ausbildung, wenn sie 18 Jahre alt sind, sollte ihre Arbeit im Gesundheitszentrum einen Tag pro Woche ausmachen, im 5. und 6. Ausbildungsjahr sollte sie sich steigern. Auf diese Weise würde der Student eine Gemeinde kennenlernen und den Patienten in seiner natürlichen Umgebung erfahren – er wäre dann nicht in der traurigen Lage, im Alter von 18–28 Jahren von einer Gemeinde getrennt und von seinen Mitmenschen, den Patienten, vollkommen isoliert zu sein, und er hätte es nicht nötig, Kurse über die Art der Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu belegen, d. h. er hätte es nicht nötig, zu lernen, wie man mit einem Mitmenschen über dessen Krankheit, Verletzung und Sorgen spricht.“ (Gestützt auf die Aussagen von Gesundheitsteam/Patientenkomitees über den NHS vor der Königlichen Kommission)

Unter „offener Medizin“ verstehen wir, daß der Patient als gleichberechtigter Partner mit dem Arzt am Erstellen der Diagnose beteiligt ist und auch die Art der Behandlung mitentscheidet, ob eine Tablette genommen werden soll oder nicht.

Das bedeutet, daß der Arzt Zeit hat, zuzuhören, Fragen zu stellen, zu untersuchen, mit dem Patienten über die möglichen Ursachen seiner oder ihrer Krankheit zu diskutieren, z.B. über die vielen möglichen Gründe, die Schwindelgefühl hervorrufen können, die Briefe von Fachärzten zu zeigen und zu erläutern, den Patienten nach seiner Meinung zu fragen (immerhin bemühen wir uns verstärkt um die Gesundheitserziehung), ein Diagramm von einer krankhaften Veränderung einer Bandscheibe oder eines Hiatus hernie zu zeichnen, den Patienten davon zu überzeugen, daß man die Informationen über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten lesen muß, die Sprechstunde dazu zu benutzen, den Patienten zu belehren und von ihm zu lernen.

Alles das braucht seine Zeit, und natürlich ist das mit einem Grund dafür, daß wir in GB mehr Ärzte benötigen.

Patienten und Ärzte sind Verbündete

Wir Ärzte entwickeln eine Patientenbeteiligung in der Sprechstunde mit einzelnen Patienten und durch das Patientenkomitee als den gewählten Ausschuß, der die vielen Meinungen der einigen tausend Patienten, die auf unseren Listen stehen, vertritt. Im Laufe der Jahre stellen wir fest, daß das Komitee für die Patienten, ihre Altersgruppen und ihre Interessenvielfalt immer repräsentativer wird.

Ich glaube, daß die Zukunft der medizinischen Versorgung in der Erschließung des ungenützten Reichtums menschlicher Intelligenz liegt, Krankheiten zu verhindern und zu heilen. Meiner Meinung nach ist die Erziehung, Gesundheitserziehung eingeschlossen, die wichtigste Funktion des Arztes; ein Teil dieser Aufgabe kann während der Sprechstunde durchgeführt werden, aber wir müssen auch alle unsere Patienten in die Ge-

sundheitserziehung miteinbeziehen. Das kann mit Hilfe von Vorträgen, Videofilmen, Zeitungsartikeln, usw. geschehen, und ich glaube, daß Patientenkomitees für diesen Zweck von besonderer Bedeutung sind, da sie unsere besten Verbündeten sind.

Der verstorbene Anatomieprofessor von Oxford, W.E. Le Gros Clarke, schrieb in seinem Buch „The Tissues of the Body“ (Die Gewebearten des Körpers):

„Die Großhirnrinde des menschlichen Gehirns ist das Organ der Handlungsfreiheit und der mit ihr korrelierenden Gedankenfreiheit.“

Darin werden viele eine Anregung für die Gegenwart und eine Hoffnung für die Zukunft sehen.“

Er schrieb sowohl über Patienten als auch über Ärzte. Für mich liegt die „Inspiration und die Hoffnung für die Zukunft“ in dem aktiven Bündnis von Millionen von Menschen, Ärzte und Patienten eingeschlossen, eine Verbindung, um den NHS zu dem zu machen, was viele von uns schon vor über 40 Jahren vorhatten.

„Die gesundheitliche Situation und medizinische Versorgung der ausländischen Frauen in der Bundesrepublik Deutschland“

Referat zum Seminar: Mülheim 30./31. 5. 1981

1350 000 ausländische Frauen und Mädchen über 15 Jahren leben in der Bundesrepublik. Die meisten kommen aus der Türkei, aus Jugoslawien, Italien, aus Griechenland, Spanien und Portugal. 2/3 von ihnen sind verheiratet. Ca. 50 % der Familien haben 1–2 Kinder, jede 5. Familie hat 3–5 Kinder und jede zehnte mehr als 5 Kinder.

6 % der ausländischen Frauen leben hier ohne ihren Ehemann.

Ca. 600 000 sind Arbeiterinnen und 44 000 arbeitslos gemeldet. Von den übrigen 700 000 soll die Zahl derer hoch sein, die in Schwarzarbeit unter unwürdigen Bedingungen, bei Putzarbeiten oder ähnlichem, beschäftigt sind. Unter den Hausfrauen befinden sich nicht wenige, die es ungewollt sind, weil sie keine Arbeitserlaubnis oder keinen Arbeitsplatz haben, oder weil sie ihre Kinder nicht anderweitig versorgen lassen können und den ganzen Tag in einer engen Wohnung verbringen.

Wenn wir als zentralen Punkt unserer Diskussion die gesundheitliche Situation der ausländischen Frau betrachten, meinen wir, daß dadurch auch die Situation der ganzen ausländischen Familie dokumentiert wird.

Die soziale Situation der ausländischen Frau

Als Frau kommt die Ausländerin in unserer Gesellschaft genauso wie ihre deutsche Kollegin, zu kurz. Zusätzlich zur einheimischen Frau muß sie aber noch die abrupte Umstellung von ihrer vorherigen häuslichen oder bäuerlichen Tätigkeit auf die Industriearbeit in ihrer monotonsten, schlechtest bezahlten und abstumpfendsten Form verkraften und dabei den Mann und die Kinder versorgen.

Von ihren Kindern, die sich in der Schule mit den größten Schwierigkeiten herumschlagen, deren Zukunft ihr zwischen den Fingern verlorengeht, wird sie immer mehr entfremdet.

Analphabetin, unaufgeklärt muß sie für ihre und die Gesundheit der ganzen Familie sorgen. Vom Zustand ihrer Schwangerschaft hängt die Gesundheit des Neugeborenen, von ihrem Wissen über gesunde Ernährung und Kleidung die Gesundheit der ganzen Familie ab.

Durch Ängste, Diskriminierung, Unkenntnis der deutschen Sprache und die anachronistischen Vorstellungen der Heimatgesellschaft wird sie von ihrer sozialen

Umwelt abgeschnitten. So lebt sie mit dem Wunschtraum von der Rückkehr, die alles wiedergutmachen, die verlorene Zeit kompensieren soll.

Dies sind die Frauen, deren gesundheitliche Probleme wir zeigen wollen. Probleme, die ihren Ursprung nicht an erster Stelle im Heimweh haben, sondern Ergebnis sind ihrer konkreten Lebensbedingungen – in einer sanitär unzureichenden Wohnung in umweltbelasteten Gebieten –, in den Belastungen am Arbeitsplatz, die ihren Ursprung in den Diskriminierungen, im zunehmenden Ausländerhaß, in der ihr aufgezwungenen sozialen Isolation und fehlenden Ausbildung haben.

Wir wollen zeigen, daß ihre Krankheiten mit dieser sozialen Situation direkt zusammenhängen.

Wir wollen auch zeigen, daß die Gesundheitsgefahren aus einer unzulänglichen Wohnsituation und aus der Umweltbelastung die deutsche Bevölkerung ebenfalls bedrohen, wenn auch in geringerem Ausmaß.

Daher verstehen wir die Forderungen, die wir hier in unserer Diskussion entwickeln werden, nicht als eine bessere – Sonderbehandlung – von Ausländern.

Wir fordern keine Privilegien. Unsere Forderungen sollen Verbesserungen für die ausländischen Familien und für diejenigen Gruppen der deutschen Bevölkerung bewirken, die aus ihrer sozialen Lage heraus gesundheitlich besonders gefährdet sind, aber Prävention und Behandlung nicht in entsprechendem Umfang erfahren.

Gemeinsam mit diesen Gruppen fordern wir gleiche Chancen auf Gesundheit: Das bedeutet letztlich nicht nur strukturelle Verbesserungen im Gesundheitswesen, sondern auch Verbesserungen in den Lebens- und Arbeitsbedingungen.

Gesundheit und soziale Lage der Ausländer

„Gesundheit ist ein Zustand vollständigen physischen und geistigen und sozialen Wohlbefindens.“ Der Gesundheitszustand der ausländischen Arbeiterfamilie weicht entschieden von dieser Definition der Weltgesundheitsorganisation ab.

Die Zahl der Arbeitsunfälle ist bei ausländischen Arbeitern höher als bei einheimischen Arbeitern.

Wie es im Dokument „Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik“ heißt, spielen das Betriebsklima, die Arbeitszeitregelung, Arbeitsplatzsicherheit, Nacht- und Schichtarbeit, die Art des Abhängigkeitsverhältnisses und der Grad der Anonymität am Arbeitsplatz eine bedeutende Rolle für die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten. Alle diese Faktoren treten in ihrer negativen Form verschärft für die ausländischen Arbeiter auf.

Wir sehen heute, daß Krankheiten immer häufiger Verschleißkrankheiten sind, Krankheiten, die ihren Ursprung in den Belastungen aus der Umwelt des Menschen oder in psychosozialen Faktoren haben. Chronische Verschleißkrankheiten bedeuten für den einzelnen und für die betroffene Gesellschaft eine große Belastung.

Die Bundesrepublik hat nach einer strengen Musterung gesunde, junge Arbeitskräfte ins Land geholt, die erst hier zu kranken, abgenutzten Menschen werden.

Wenn aber die Ursachen der Krankheit gesellschaftlich bedingt sind, dann darf auch die Krankheit nicht als isoliertes persönliches Problem gesehen werden, das individuell gelöst werden kann.

Es muß in Rechnung gestellt werden, daß eine gesunde Lebensweise als Vorbeugung gegen Krankheiten unter den Bedingungen, unter denen die ausländischen Familien leben, fast unmöglich ist. Hinzu kommt die Unwissenheit über Krankheitsvorgänge, die dazu führt, daß Symptome von schweren Krankheiten nicht erkannt und zu spät oder gar nicht behandelt werden.

So gehört die ausländische Frau wegen der oben genannten Gründe und wegen ihrer schlechten Ausbildungssituation – über 60 % der Frauen aus der Türkei in der BRD sind Analphabetinnen –, aufgrund ihrer Mehrfachbelastung und ihrer sozialen Isolation zu den gesundheitlich besonders gefährdeten Gruppen.

Krankheit und Ausländerstatus

Solange die Bundesrepublik die ausländischen Arbeiter als Einwohner im Provisorium betrachtet, werden sie im Gesundheitssystem auch Patienten im Provisorium sein.

Dieses Provisorium erhält im Ausländergesetz bezüglich der Gesundheitssituation eine besondere Dimension. So heißt es dort:

Ausländer die wegen Krankheit ihren Lebensunterhalt nicht ohne Inanspruchnahme der Sozialhilfe bestreiten können, können ausgewiesen werden. Dem Ausländer der als psychisch krank eingestuft wird und dessen Arbeitskraft beeinträchtigt wird, droht ebenso die Ausweisung. Das Ausländergesetz sieht diesbezüglich vor:

... Ein Ausländer kann ausgewiesen werden, wenn ... die Unterbringung in einer Arbeitseinrichtung oder Heil- und Pflegeanstalt angeordnet wird ... Notwendige Therapien werden so nicht durchgeführt und Kosten eingespart.

Die Spuren des ausländischen Patienten verlieren sich in die Heimat, was oder ob etwas diagnostisch und therapeutisch geschieht, wird nicht bekannt.

Bis Ende 1973 wurden die ausländischen Arbeitskräfte von deutschen Ärzten in den Anwerbestellen der Herkunftsländer gründlich untersucht, es wurden nur gesunde Arbeitskräfte in die Bundesrepublik vermittelt. Auch nachreisende Familienangehörige werden für die Aufenthaltsgenehmigung bei den Gesundheitsämtern auf ihren Gesundheitszustand untersucht, wobei bei Feststellung von bestimmten Krankheiten die Aufenthaltsgenehmigung verweigert werden kann.

Trotz der erwähnten Ausreisebedingungen sind die ausländischen Arbeiter besonders tuberkuloseanfällig. Erst 2-3 Jahre nach der Einreise tritt die Krankheit auf. Das bedeutet, daß die Gründe für die Krankheit in der Lebenssituation in der Bundesrepublik zu suchen sind. Ganz besonders wohl in der Wohnsituation.

Die Wohnsituation bedroht die Gesundheit

Die Wohnungen der ausländischen Familien sind im Schnitt um 20 % kleiner als die der deutschen Bevölkerung bei einer größeren Zahl von Familienmitgliedern pro Haushalt und haben zu 40 % weder Zentralheizung noch Bad noch Toilette.

Die Auswirkungen einer solchen Wohnsituation auf die Gesundheit sind unbestreitbar. Die psychische Belastung aus der schlecht ausgestatteten, überbelegten Wohnung trifft vor allem die ausländischen Frauen, die in räumlicher Enge und sanitär unzureichenden Verhältnissen ihren Haushalt erledigen müssen, häufig noch nach Arbeitsschluß, wenn sie berufstätig sind.

Hinzu kommt, daß die ausländischen Familien oft unter gettoähnlichen Bedingungen, in Sanierungsgebieten, in enger Nähe von umweltverschmutzender Industrie, in Stadtteilen, die sozial unterversorgt sind, wohnen.

Diese Wohnmisere ist kein Ergebnis einer freien Wahl des Wohnortes und ist nicht etwa durch niedrige kulturell bedingte Wohnvorstellungen der Ausländer bedingt.

Der Wohnungsmarkt, die Diskriminierung bei der Wohnungssuche, die Mietpreise und die kommunale Wohnungsbaupolitik lassen den ausländischen Familien keine andere Wahl.

Wie Untersuchungen zeigen, wohnen drei Viertel der befragten Ausländer in Bereichen wohnen, in deren mindestens eben so viele Deutsche wohnen.

Die gettoähnlichen Bedingungen, unter denen die ausländischen Familien wohnen müssen, bedeuten nicht nur Unterversorgung, sondern auch Isolation, Kontaktlosigkeit zur deutschen Umwelt.

Hier besteht für die ausländische Frau eine weitere Belastung, weil sie ihre Kinder in einer ihr fremden Gesellschaft erziehen muß und weil sie abhängiger wird von ihrem Ehemann, der in der Regel eher Kontakte zur deutschen Umgebung hat. So ist es nicht verwunderlich, daß in den Gettos in erhöhtem Umfang psychische Erkrankungen festgestellt werden.

Die soziale Isolation ist ein krankmachender Faktor

Aber nicht nur das Getto führt zur sozialen Isolation; sozial isoliert ist die ausländische Frau auch, weil sie in der Gesellschaft der Bundesrepublik nicht gleichberechtigt handeln kann, weil es z. B. Bestimmungen gibt, die ihr die Arbeitslaubnis verweigern. Ergebnis dieser Bestimmungen ist eine größere ökonomische Abhängigkeit vom Ehemann, eine Abhängigkeit, die ohnehin schon recht hoch ist. Für ausländische Frauen, die

Schwierigkeiten in der Familie oder mit dem Ehemann haben, ist die Situation fast ausweglos. Verwandte, die in solchen Fällen Hilfe leisten oder vermitteln können, sind meistens nicht vorhanden.

Ein eigenständiges Handeln der Frau wird schon durch die Ausländergesetze verhindert. Frauen, die im Rahmen der Familienzusammenführung in die Bundesrepublik eingereist sind, können ihre Aufenthaltserlaubnis verlieren, wenn sie sich scheiden lassen; sozial isoliert ist die ausländische Frau, weil sie kaum Möglichkeiten hat, ihre Kinder in Kindergärten oder in Kindertagesstätten unterzubringen.

— sozial isoliert ist die ausländische Frau auch, weil ihr kaum Möglichkeiten angeboten werden, die deutsche Sprache zu erlernen. Es gibt kaum Unterrichtsangebote, die den Lebensbedingungen und den Bildungsvoraussetzungen der ausländischen Frauen entsprechen.

Verständigungsschwierigkeiten beeinträchtigen die medizinische Versorgung

Eine Diagnose stützt sich nach Angaben von Ärzten zu 60-90 % auf die Anamnese. Diese ist jedoch bei ausländischen Patienten oft unvollständig oder falsch. Die Sprachschwierigkeiten manifestieren sich in den Krankenblättern.

In einer Untersuchung der Universitätsklinik Frankfurt ist z. B. festgestellt worden, daß bei der Hälfte der Krankenblätter von ausländischen Patientinnen Angaben über vorangegangene Operationen fehlten, nur in 5,4 % der Fälle waren Angaben über Erkrankungen in der Vorgeschichte zu finden. In 9,7 % der Blätter stand sogar „Verständigung kaum möglich.“ Bei Schwangeren werden häufig nicht einmal Angaben, die die Risikofaktoren aufzeigen und entscheidend sind, wie z. B. frühere Fehlgeburten, Entbindungen usw. registriert.

Sehr wahrscheinlich weil die Ärzte die Dringlichkeit der Symptome unterschätzen, wurde bei ausländischen Patienten eine höhere Perforationsrate bei Appendicitis festgestellt. Auch in der allgemeinmedizinischen Praxis wird die Gestik, die die Ausländer oft wegen fehlendem Vokabular, aber auch wegen der nationalitätsspezifischen Ausdrucksweise einsetzen, als übertrieben und unglaubwürdig charakterisiert. Auch das Vorurteil, der Patient wolle nur krankgeschrieben werden, führt zur Bagatelisierung oder Nichtbeachtung von Symptomen.

Der Einsatz von in verschiedenen Sprachen übersetzten Anamnesebogen ist nur bedingt erfolgversprechend, zumal wenn diese an die Frauen im Vorzimmer ausgehändigt werden, an Frauen, die Analphabetinnen oder Halbanalphabetinnen sind und die auch mit muttersprachlichen Fragebogen nichts anfangen können und durch einen Dritten — oft ihren Mann — ausfüllen lassen müssen.

In den Krankenhäusern sind es die ausländischen Patienten, die die knappe personelle Ausstattung am meisten zu spüren bekommen. Ein überfordertes und nervöses Personal hat wenig Kraft, sich mit Verständigungsschwierigkeiten herumzuschlagen. Appelle zu höherem persönlichem Einsatz können hierbei nichts Entscheidendes bewirken.

Gerade auch weil sie sich nicht verstanden und schlecht behandelt fühlt, wechselt die ausländische Patientin häufig den Arzt. Folge ist ein erhöhtes Risiko, z. B. durch wiederholte Röntgenaufnahmen und Verabreichung von Medikamenten, die sich gegenseitig nicht vertragen. Die Kontinuität in der Behandlung wird nicht gewährleistet. Dies betrifft auch den Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung und umgekehrt. Häufig kommen die ausländischen Patientinnen ohne Einweisung eines Facharztes in die Klinik und erscheinen nicht zu postoperativen Untersuchungen.

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient, in diesem Fall gar zwischen einer verängstigten und anderssprachigen Patientin, paßt nicht in den Rhythmus der Drei-Minuten-Medizin, einer Medizin, die im wesentlichen vom Aufbringen technischer Leistungen bestimmt ist.

Psychische Störungen werden als körperliche Beschwerden diagnostiziert oder als atypische Psychosen, als abnorme Reaktionen, abgetan. Charakteristisch dafür sind Bezeichnungen wie „Mama-mia-Syndrom“ oder „Mittelmeer-Syndrom“.

Auf verbaler Ebene ist die Kommunikation — in diesen Fällen unentbehrlich — erschwert. Die Therapie kann sich nicht auf das Gespräch stützen, sie wird ausschließlich pharmakologisch durchgeführt.

Mit Verständigungsschwierigkeiten werden aber nicht nur die sprachlichen Schwierigkeiten gemeint. Verständigungsschwierigkeiten gibt es nicht nur zwischen dem behandelnden Arzt und seinen nicht informierten, gesundheitsgefährdeten — (Merkmale im übrigen nicht nur für ausländische) — Patienten.

Verständigungsschwierigkeiten gibt es zwischen dem gesundheitlichen System im Ganzen und seinen Patienten, unabhängig von der Nationalität.

Bildungsniveau und Gesundheit

Es ist bekannt, daß die Gesundheitseinstellung vom Bildungsniveau abhängt.

So z. B. nehmen Frauen mit höheren Schulabschluß die Selbstuntersuchung der Brust nach Knoten wichtiger. Die Angst vor dem Auffinden eines Brustknotens nimmt mit Abnahme des Bildungsniveaus zu.

Ausländische Frauen suchen außerdem den Arzt seltener und später als deutsche Frauen auf, zudem suchen sie eher einen allgemeinen Arzt, die deutschen eher einen Facharzt auf.

Untersuchungen in den USA weisen auch auf den Zusammenhang vom Geburtsgewicht des Säuglings, der ethnischen Gruppe und der Ausbildung der Mutter hin. Kinder von Müttern aus sozial segregierten ethnischen Gruppen, wie etwa Puertoikaner oder Schwarzsamerikaner, tendieren zu Untergewicht. Die Säuglingssterblichkeit steigt in dem Maße, wie der Ausbildungsgrad der Mutter sinkt.

Ebenso besteht ein enger Zusammenhang zwischen dem Zustand des Neugeborenen und der sozialen Situation der Eltern.

Kinder ausländischer Mütter werden häufiger in eine Klinik eingewiesen. Dies ist auf das häufigere Auftreten von schweren Erkrankungen bei ausländischen Kindern und die ungesicherte Betreuung des Kindes zu Hause, durch schlechte Wohnbedingungen, Berufstätigkeit und mangelnde Kenntnisse der Mutter zurückzuführen.

Bei Kindern von ausländischen Müttern, die durch Kaiserschnitt geboren wurden, liegt die perinatale Sterblichkeit mit 11 % doppelt so hoch wie bei den deutschen Kindern.

Bei 33 % der ausländischen Frauen und Schwangeren werden außerdem Anämien festgestellt, die auf falsche Ernährung zurückzuführen sind. Es ist bekannt, daß ausgeprägte Anämien in der Schwangerschaft zu Fehl- und Frühgeburten, zu niedrigerem Geburtsgewicht führen und häufigere intrauterine Asphyxie und perinatale Mortalität verursachen.

Auch beim Abort ist die Häufigkeit bei ausländischen Frauen mehr als zweimal höher als bei Einheimischen. Die Ärzte führen dies auf die extremen Belastungen am Arbeitsplatz z. B. durch Akkordarbeit, auf die ungünstigen Lebensbedingungen und auf die soziale Isolation zurück. Dieselben Gründe können zu Depressionen und zu hypocholesterinischen Entwicklungen, besonders bei den ausländischen Frauen im Klimakterium, führen.

Untersuchungen zeigen es immer wieder, daß das Aufsuchen einer medizinischen Einrichtung weniger von Quantität und Qualität der Symptome, als von der sozialen Situation des Patienten abhängt. Ausländische Frauen suchen in hohem Maße die Notfalleinrichtungen nachts oder am Wochenende auf. Dies wird besonders bei der Schwangerschaft und bei Geburten deutlich. Bei ausländischen Frauen wird häufiger ein Kaiserschnitt aus vitaler Indikation für Mutter oder Kind vorgenommen, weil die Frauen erst in bedrohlichen Situationen in eine Klinik gehen. Ca. 11 % der ausländischen Frauen, die zur Entbindung in eine Klinik kommen, waren vorher niemals in ärztlicher Behandlung.

Prävention, Gesundheitsaufklärung, Früherkennung

Solange keine strukturellen Veränderungen im Gesundheitsbereich durchgesetzt werden, wie sie auch von der Gewerkschaft ÖTV vorgeschlagen werden, so-

lange werden nur Symptome behandelt und nicht das Wesen der Krankheiten. Dann werden im gesundheitlichen System der Bundesrepublik weiterhin diejenigen, die wenig wissen, darunter besonders die ausländischen Frauen, am wenigsten medizinische Betreuung erhalten, obwohl ihre Gesundheit im Durchschnitt am gefährdetsten ist.

Die nur in geringem Maße stattfindende Gesundheitsaufklärung von ausländischen Familien wird von der offiziellen Vorstellung getragen, daß die Bundesrepublik kein Einwanderungsland sei, in der Hoffnung, die Ausländer würden, wenn das Alter und die Verschleißkrankheiten kommen, aus eigener Entscheidung zurückkehren bzw. in der Hoffnung, man würde sie dann zurückschicken können.

Die Gesundheitsaufklärung ist auf die deutsche Bevölkerung abgestimmt und – wenn überhaupt – gibt es nur schriftlich übersetzte Broschüren, die das Bildungsniveau und die kulturellen Besonderheiten der Nationalitäten nicht berücksichtigen. Die Aufklärung geht so an der ausländischen Arbeiterfrau vorbei.

Gesundheitsaufklärung darf nicht heißen, die Ausländer in ihrer Sprache über die Gefahren von Rauchen und Alkoholmißbrauch aufzuklären. Es heißt vielmehr, die Gefahren in seiner Umwelt, in seinen Lebensbedingungen im gesellschaftlichen Zusammenhang zu zeigen. Es heißt, die Isolation, die Unkenntnis der Sprache des Landes als gesundheitliche Gefahr zu erkennen. Es heißt, gesundheitsgerechte Lebensbedingungen zu fördern.

Gesundheitsaufklärung soll bei den ausländischen Kindern, vor allem bei den ausländischen Mädchen, verstärkt betrieben werden, damit die Probleme, die bei ihren Müttern aus Mangel an Information aufgetreten sind, vermieden werden. Denn die Gesundheitsaufklärung durch die Mutter ist meistens lückenhaft, ist an ländlichen Gesellschaftsformen orientiert und anachronistisch. Die Bedingungen der industriellen Gesellschaft in der Bundesrepublik werden nicht berücksichtigt. Viele Mütter verwahren ihren Kindern, vor allem ihren Mädchen, eine sexuelle und Gesundheitsaufklärung aus Angst vor Überfremdung und Übertragung von moralischen Werten, die sie abzulehnen gelernt haben. Zwar soll die sexuelle und Gesundheitsaufklärung nationale Besonderheiten berücksichtigen, sie soll aber auch helfen, die fesselnden Anachronismen, die die Frau in Abhängigkeit, in Unwissenheit und im Familienhintergrund halten wollen, zu überwinden. Sie soll ihr die Möglichkeit geben, ihre Situation in dieser Gesellschaft zu begreifen, sich wie ihre deutsche Kollegin und solidarisch mit ihr ihre Persönlichkeit zu entwickeln.

In den Veröffentlichungen zum Gesundheitsverhalten der ausländischen Frauen werden häufig religiöse und ethnische Eigenheiten als Hauptursache zitiert. Gewiß spielen religiöse oder nationalitätsbedingte Besonderheiten eine Rolle. Sicher auch bringt die Auswanderung selbst eine schmerzliche Trennung von Familie und Kulturkreis. Eine Trennung aber, die sicher nicht so schmerzhaft wäre, würden die ausländischen Familien hier einen anderen Empfang, bessere Arbeits- und Lebensbedingungen erfahren.

Wenn z.B. eine ausländische Gebärende im modernen, hochtechnisierten Kreissaal mangels Verständigungsschwierigkeiten in Panik verfällt und die Entbindung oft deswegen operativ beendet werden muß, mag dies zwar auch mit ihren archaisch-magischen Vorstellung über Sexualität und Geburt zusammenhängen, die sie aus ihrem Heimatland mitgebracht hat. Aber es hängt auch damit zusammen, daß diese Frau nicht aufgeklärt worden ist, sich von den Ängsten nicht befreien konnte, daß sie von den Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft keinen Gebrauch gemacht hat. Es hängt damit zusammen, daß die Krankenhäuser mit Personal unterbesetzt sind, die Hebamme keine Zeit hat, zu überarbeitet ist, um eine mühsame Verständigung mit der ausländischen Frau auch nur zu versuchen.

Die präventive Medizin kann nur dann Erfolg haben, wenn sie die soziale Lage der Betroffenen berücksichtigt, ihren Schwerpunkt auf die Gruppen verlagert, die am meisten gefährdet und zugleich am wenigsten von der Krankheitsprävention Gebrauch machen können.

Es liegt nicht zuletzt auch beim Arzt, ob den Vorsorgeuntersuchungen die Bedeutung beigemessen wird, die sie verdienen. Vorsorgeuntersuchungen werden allzuoft auf der Basis von Massenabfertigungen durchgeführt. Es liegt in der Logik des heutigen Gesundheitssystems, allzuleicht vor den Verständigungsschwierigkeiten mit einer ausländischen Mutter oder Patientin zu kapitulieren, und mit einem pauschalen „alles in Ordnung“ der präventiven Medizin jegliche Grundlage zu entziehen.

Schwangerschaftsunterbrechung

Bei ausländischen Frauen wird eine erhöhte Zahl von gestörten Schwangerschaften und eine erhöhte Zahl von Schwangerschaftsunterbrechungen festgestellt. Dies hängt damit zusammen, daß den ausländischen Frauen die modernen kontrazeptiven Möglichkeiten weitgehend unbekannt sind.

Eine ungewollte Schwangerschaft kann sich für die ausländische Mutter zur großen Last entwickeln. Die Möglichkeiten für die Versorgung des Kindes sind sehr begrenzt, wenn die erweiterte Familie fehlt, die solche Aufgaben sonst in der Heimat übernimmt. Die Zahl der Tagesstättenplätze ist minimal, Tagesmütter oder andere Betreuungslösungen können sich die ausländischen Familien nicht leisten.

So bedeutet die Schwangerschaft für sie Aufgabe der Berufstätigkeit, finanzielle Verluste und Verlängerung des geplanten Aufenthaltes im Ausland. Nicht wenige sind es – ca. 20% –, die sich so von ihren Kindern trennen, sie in der Heimat bei Großeltern und Verwandten lassen müssen.

Die psychischen Schäden aus dieser Trennung sind für die Kinder nicht geringer als für die Mütter, die sich ein Versagen in ihren erzieherischen Aufgaben vorwerfen und denen die Bestätigung durch die Mutterrolle im traditionellen Sinne entzogen wird. So liegen die Gründe, die zum Abbruch führen bei ausländischen Frauen – wie aus einer Untersuchung von Profamilia hervorgeht – im Gegensatz zu den einheimischen Frauen – nicht in den gestiegenen Lebensansprüchen, sondern in den schwierigen, existenzbedrohenden Lebensbedingungen der ausländischen Frauen.

Der heutige Weg zur Schwangerschaftsunterbrechung – nach dem § 218 – ist für jede, auch alle ausländische Frau, ein Weg voll Schikanen und Erniedrigungen. Da die ausländische Frau aber von ihrer sozialen Situation her weniger in der Lage ist, diese Prozedur durchzustehen, sieht sie sich häufig gezwungen, andere für sie und ihre Familie strapazierende und gefährliche Lösungen zu suchen.

Solange die Bundesrepublik ihre 4 Millionen Ausländer als Bürger zweiter Klasse betrachtet und behandelt, solange sie – seit jetzt über 20 Jahren – an dem der Realität widersprechenden, aber bequemem Konzept – die Bundesrepublik sei kein Einwanderungsland – festhält, werden auch die ausländischen Frauen, die letzten in der Kette der Diskriminierung bleiben.

Solange die Bundesrepublik sich weigert, der ausländischen Bevölkerung das Recht auf politische Beteiligung, z.B. bei Kommunalwahlen, zu gewähren – obwohl ihre europäischen Nachbarländer sich dazu entschließen –, solange sie den ausländischen Arbeitern und ihren Familien ihre Existenz hier nur als Provisorium zugesteht;

solange die Regierung dieses Landes den ausländischen Arbeiterfamilien nur einen unmenschlichen Status gewährt und sie mit dem Ausländergesetz bedroht;

solange verurteilt sie auch die ausländischen Familien, die Frauen und Kinder, in Unsicherheit und Angst zu leben.

Diese Angst macht die Menschen krank.

FORDERUNGSKATALOG

I. Die Lebensbedingungen aller arbeitenden Menschen sind so zu gestalten und zu verändern, daß krankheitsregende Faktoren beseitigt oder so weit wie möglich verringert werden. Dies bedeutet für ausländische Frauen spezifisch:

– Gewährleistung der Sicherheit des Aufenthalts; der Status der in der Bundesrepublik lebenden und arbeitenden Ausländer muß entsprechend den Vorschlägen der demokratischen ausländischen und deutschen Organisationen geändert werden, so daß ihr Recht auf Aufenthalt gesichert wird und die ständige Existenzangst aufgehoben wird. Dies bedeutet:

a) Sofortige Streichung aller Paragraphen und Verwaltungsvorschriften des Ausländergesetzes, die direkt oder indirekt wegen Krankheit die Ausweisung erlauben.

b) Keine Anlehnung der Aufenthaltserlaubnis der Frau an die Aufenthaltserlaubnis ihres Ehemannes, damit bei eventueller Scheidung das Recht auf Aufenthalt der Frau nicht aufgehoben wird.

– Die Arbeitsplatzunsicherheit von der alle Arbeitenden und deren Familien betroffen sind, trifft in verstärktem Maße Ausländer und Frauen; ausländische Frauen, die in der Regel von vornherein die unerfreulichsten und am schlechtesten bezahlten Tätigkeiten verrichten, sind besonders häufig von Entlassungen und Betriebsstillegungen betroffen. Hier gilt es, für sie wie für alle anderen arbeitenden Menschen, die Arbeitsplätze menschenwürdig zu gestalten und die Sicherheit des Arbeitsplatzes zu gewährleisten.

Den nachgerasteten ausländischen Familienangehörigen soll von Anfang an ohne Wartezeiten eine Arbeitserlaubnis erteilt werden.

– Ein weit überdurchschnittlicher Anteil der Ausländer lebt in schlechten, engen und überbelegten Wohnungen. Für sie, wie für alle Einwanderer in die BRD müssen ausreichende, den Gesundheitsanforderungen entsprechende und bezahlbare Wohnungen bereitgestellt werden.

Der Bildung von Ausländerghettos ist durch soziale Maßnahmen für die Betroffenen entgegenzutreten.

– Viele Ausländer leben in weitgehender sozialer Isolation von der deutschen Umwelt; fast alle sind beinahe tagtäglich Diskriminierungen und Manifestationen von Ausländerfeindlichkeit ausgesetzt. Um diesen Zustand zu ändern, müssen zunächst die diskriminierenden Bestimmungen in Gesetzen und Verordnungen beseitigt werden; zum anderen müssen die realen wie auch die ideologischen Voraussetzungen für die Ausländerfeindlichkeit beseitigt werden. Dies heißt, die reale Konkurrenz um die zu wenigen Arbeitsplätze, Ausbildungsmöglichkeiten und Wohnungen muß durch Beseitigung des Mangels behoben werden; dies heißt aber auch, daß die rassistische Hetze gegen Ausländer in den Medien und in der Öffentlichkeit unterbunden werden muß.

Daß gesundheitlich unzureichende Arbeitsplätze und Wohnungen krank machen, liegt auf der Hand. Aber existenzielle Unsicherheit durch ungesicherten Aufenthaltsstatus, durch nicht sichere Arbeitsplätze, durch Diskriminierung und Isolation ist eine mindestens ebenso bedeutende Gefahr für die Gesundheit und Ursache zahlreicher physischer und psychosomatischer Erkrankungen bei Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland.

II. Vorbeugung

Für die Erhaltung der Gesundheit ist die Vorbeugung mindestens so wichtig wie die Heilung von Krankheiten. Der Bereich der Vorbeugung und Früherkennung gesundheitlicher Störungen muß in zunehmendem Maße zum Schwerpunkt des Gesundheitssystems werden. Dabei darf ein vorbeugender Gesundheitsschutz nicht auf das Risiko des einzelnen abstellen.

– Das bisher nur in Ansätzen vorhandene System von Vorsorgeuntersuchungen und der Früherkennungsmedizin muß ausgebaut werden. Und zwar müssen Programme für ausländische Frauen unter Berücksichtigung ihrer speziellen Belastungen und Schwierigkeiten erstellt werden.

– Damit das bisher vorhandene System der Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen von den ausländischen Frauen wahrgenommen werden kann, muß hierüber ausführlich in den Mutterspra-

chen der AusländerInnen informiert werden. Hierbei müssen muttersprachliche Rundfunk- und Fernsehsendungen ebenso eingesetzt werden wie die demokratischen Selbstorganisationen der Ausländer.

Die Erhöhung der Teilnahme von ausländischen Frauen und Kindern an Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen wird dann erzielt, wenn diese dorthin verlagert werden, wo die meisten ausländischen Frauen und Kinder erreicht werden:

Am Arbeitsplatz während der Arbeitszeit, in der Schule während des Unterrichts. Notwendig sind hierbei auch andere begleitende Maßnahmen wie Hausbesuche durch Gemeindefrauen. Ihre Zahl und ihre Qualifikation ist entsprechend der Situation der ausländischen Frauen zu erhöhen.

– Vorbeugung im umfassenden Sinne schließt auch die Maßnahmen ein, die die allgemeine Krankheitsanfälligkeit mindern, wie z. B. sportliche Betätigung. Die Förderung des Breitensports muß vermehrt die ausländische Bevölkerung mit einbeziehen.

Anlagen und Grünflächen müssen in Wohnnähe eingerichtet werden.

– Die Zahl der Mütter-, Säuglings- und Kindergesundheits-Beratungsstellen muß erhöht werden. Bei entsprechendem Bedarf müssen auch Berater zur Verfügung gestellt werden, die in der Lage sind, die Beratungen muttersprachlich durchzuführen.

– Das System der Früherkennungsmedizin darf nicht auf die niedergelassenen Ärzte beschränkt bleiben; auch Polikliniken, Krankenhäuser und Gesundheitsämter müssen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen kostenlos durchführen.

– Die inner- und außerbetriebliche Information der ausländischen Arbeiterinnen und Arbeiter (sowie auch der einheimischen) über ihre Rechte im Bereich des Arbeitsschutzes, der Unfallverhütung und der rechtlichen Ansprüche hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Versorgung vom Betrieb und hinsichtlich des Mutterschutzes müssen verbessert werden.

Im Innerbetrieblichen Sektor ist hierzu die verstärkte Zusammenarbeit mit Betriebs- und Personalräten sowie gewerkschaftlichen Vertrauensleuten erforderlich.

III. Behandlung

Im gesamten Bereich der medizinischen Behandlung sind die arbeitenden Menschen und ihre Familien Benachteiligungen ausgesetzt, die natürlich auch die Ausländer unter ihnen treffen. Darüber hinaus sind die Ausländer weiteren Schwierigkeiten ausgesetzt, die teils auf sprachliche und kulturelle Ursachen zurückzuführen sind, teils aber aus Diskriminierung resultieren. Diese Benachteiligungen und Diskriminierungen müssen beseitigt, Schwierigkeiten überwunden werden.

– Das Recht aller Bewohner der Bundesrepublik auf gesundheitlichen Schutz und qualitativ bestmögliche Heilbehandlung, unabhängig von ihrer sozialen Stellung, ihrem Einkommen und ihrer Herkunft muß gewährleistet werden. Die noch bestehenden sozialen Unterschiede in der medizinischen Betreuung und Beratung sind zu beseitigen.

Es müssen Polikliniken in den Arbeiterstadtteilen aufgebaut werden, um der Unterversorgung in diesen Gebieten entgegenzutreten und um die Versorgung der ausländischen und deutschen Bevölkerung durch die Zusammenarbeit von medizinischem und nichtmedizinischem Personal (Sozialarbeiter, Pädagogen, Psychologen usw.) zu ermöglichen.

Die ambulante Behandlung in den Krankenhäusern muß erweitert werden. Nur in dem oben genannten Rahmen – Polikliniken und Krankenhäuser – ist ein Aufbau von medizinisch qualifizierten Dolmetscherdiensten möglich.

Für eine langfristig erfolgreiche Heilbehandlung ist nicht nur die Beseitigung der Symptome, sondern vielmehr die der Ursachen erforderlich. Dies be-

deutet, daß behandelnde Ärzte einerseits die sozialpsychologische Betreuung ihrer Patienten als Aufgabe anerkennen und wahrnehmen, andererseits müssen sie auch ihre Patienten so informieren, daß sie bestmöglich über ihren Körper Bescheid wissen und mit Verständnis an ihrer Therapie mitarbeiten können.

Das Verfahren bei Invalidität-, Unfall-, Hinterbliebenen- und Altersrenten muß im Hinblick auf die Schwierigkeiten für ausländische Familien erleichtert werden.

Wir fordern:

– Eine kinder- und frauenfreundliche Umgebung, die es ermöglicht, Mutterschaft und Beruf miteinander zu vereinbaren.

– In diesem Zusammenhang müssen genügend Kindergärten- und Kindertagesstättenplätze zum Null-Tarif für deutsche und ausländische Kinder geschaffen werden; die Öffnungszeiten dort müssen sich nach den Arbeitszeiten der Eltern richten.

– Die ersatzlose Streichung des Paragraphen 218 aus dem StGB und Straffreiheit für alle Beteiligten.

– Die Einführung einer Fristenregelung, innerhalb derer ohne Begründung ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen werden kann.

– Die Gleichstellung von psychisch Kranken mit den körperlich Kranken muß gewährleistet werden. Das Behandlungsrecht darf nicht Monopol der Ärzte bleiben, sondern muß ebenfalls Psychologen, Sozialarbeitern und anderen in der Psychiatrie tätigen Fachleuten gemäß ihrer Qualifikation gewährt werden.

– Für eine erfolgreiche Therapie ist die Mündigkeit der Patienten eine Grundvoraussetzung; dies bedeutet auch, daß die Patienten in der Lage sind, ihre Beschwerden, ihre Wünsche und ihre Kritik sprachlich zu äußern. Es ist daher erforderlich, den Ausländern die Möglichkeit zu bieten, Deutsch zu lernen. Nach dem schwedischen Modell sollte jeder Ausländer in der Bundesrepublik zur Teilnahme an einem Intensivkurs Deutsch haben, wobei die Kurszeit als Arbeitszeit bezahlt wird.

– Um die Ärzte überhaupt in die Lage zu versetzen, Beratungen wie oben gefordert durchzuführen, ist es einerseits erforderlich, die sozial- und ethnomedizinischen Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten auszubauen. Andererseits muß das System der Honorierung so geändert werden, daß die Ärzte für ihre Beratungstätigkeit angemessen bezahlt werden.

– Um die medizinische Betreuung der Ausländer in der Bundesrepublik zu verbessern, ist der verstärkte Einsatz von zweisprachigen Ärzten, Schwestern und Pflegern erforderlich. In diesem Sinne wäre eine Ausbildung von Ausländern der sog. 2. Generation zu fördern. Allen Medikamenten müssen übersetzte Anweisungen (Dosierung – Anwendung – Indikation) beigelegt werden.

Wir verurteilen jeden Versuch, der auf eine Politik der Segregation und Selbstisolierung der Frau von der deutschen Gesellschaft zielt und wenden uns gegen Anachronismen und die Fesselung der Frau an die Autorität des Mannes.

Wir wenden uns gegen Bestrebungen, die sich gegen die Entwicklung ihrer Persönlichkeit stellen und durch religiösen Fanatismus den Weg zu ihrer sozialen Emanzipation versperrern wollen.

– Für die aktive Teilnahme der ausländischen Frauen in DGB-Gewerkschaften und in den fortschrittlichen Organisationen müssen diese sich vermehrt einsetzen. Wir ausländischen Organisationen machen seit Jahren Beratung und Erwachsenenbildung mit unseren minimalen finanziellen Möglichkeiten in unserer Freizeit. Um diese Arbeit auszuweiten, müssen die ausländischen Organisationen endlich durch öffentliche Mittel gefördert werden.

– Durch die Kürzungen im Sozialetat ist eine Verschlechterung im sozialen und medizinischen Bereich unvermeidbar.

Zur selben Zeit werden aber die Ausgaben für Rüstung mit neuen Waffensystemen erhöht, deren Zweck nicht in der Gesundheit der Menschen zu suchen ist, sondern in der Vernichtung.

Wir Frauen sind gegen Krieg, gegen Aufrüstung und gegen Gewalt.

Wir wissen, daß unsere Forderungen nur im Frieden verwirklicht werden können.

Wir fordern mehr Mittel für den sozialen Bereich, für die Gesundheit.



DG-Veranstaltung auf dem Gesundheitstag. Siehe Umschlagrückseite

Gelesen in:

Deutscher Bundestag
9. Wahlperiode

Drucksache 9/652
10. 7. 81

Antwort
der Bundesregierung

auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Köhler u.a. und der Fraktion der CDU/CSU zu
Medizinische Entwicklungshilfe

1.3. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, daß es eine Wechselbeziehung zwischen Gesundheit, Infrastruktur, Landwirtschaft und Gewerbe gibt, und zwar in dem Sinne, daß einerseits Gesundheit die Verbesserung der Lebensumstände voraussetzt, andererseits diese aber auch bewirkt?

„Ja.“

Anzeige

KREBS VORSORGE

70-90 % aller Krebserkrankungen werden durch Umwelteinflüsse hervorgerufen.

Der BBU kämpft für eine reinere Umwelt und damit für die Erhaltung auch Ihrer Gesundheit.

Dafür brauchen wir Ihre Hilfe!

* Unterstützen Sie unsere Arbeit durch eine Spende (steuerlich absetzbar).

* Werden Sie Mitglied im BBU.

Bundesverband
Bürgerinitiativen
Umweltschutz e.V.
Heilbergstraße 6
7500 Karlsruhe 21

Spendenkonto 1007 65-754
Postscheckamt Karlsruhe BLZ 660 10075

KREBSVORSORGE Nr. 1:
Entgiftung der Umwelt

Neue Ziele in der Ausbildung

Die Grundlagen für eine Krankenpflege, die die Zufriedenheit des kranken Menschen mit der Pflege und die Zufriedenheit des Mitarbeiters mit seiner Arbeit anstrebt, werden u. a. in einer Krankenpflegeausbildung gelegt, die nicht nur fachliches Wissen vermittelt, sondern die auch emanzipatorische Verhaltensweisen fördert. Ziele einer solchen Ausbildung können sein:



- der Schüler sollte sein Bedingungsfeld erkennen,
- er sollte vorgefundene Abhängigkeiten auf ihre Zwecke befragen,
- er sollte erkennen, daß es Grenzen für den Abbau von Abhängigkeiten gibt, z. B. die von Sachzwängen,
- er sollte sich kritisch mit geforderten Normen auseinandersetzen,
- er sollte die fachliche Qualifikation für Krankenpflege erreichen,
- er sollte den kranken Menschen als mündigen Menschen anerkennen und sich als seine Interessenvertretung verstehen.

Der Schüler sollte sein Bedingungsfeld erkennen. Die Krankenpflegeschule, in der der Schüler seine Ausbildung beginnt, ist zunächst die engere Umgebung, in der er sich bewegt. Allgemein ändern sich die ihn bestimmenden Faktoren wenig, denn seine vorherigen Lebensbereiche (Schule, Familie und andere) sind ähnlich strukturiert, sie sind alle mehr oder weniger hierarchisch gegliedert, sie sind alle dem „Leistungsprinzip“ der kapitalistischen Gesellschaft unterworfen, sie haben alle gleiche bzw. ähnliche Normen und Wertvorstellungen, deren Annahme vom Individuum gefordert wird, andernfalls erfährt es Sanktionen. Mit Beginn der Krankenpflegeausbildung kommt der Schüler in das Krankenhaus, in dem zu den allgemeinen, ihn bestimmenden Faktoren noch spezielle hinzukommen. Der Schüler soll die hierarchische Organisationsstruktur des Krankenhauses als eine ihn abhängig machende erkennen, er soll erkennen, daß diese Struktur mit machterhaltendem Interesse von bestimmten Gruppen auf-

rechterhalten wird. Der Schüler sollte vorgefundene Abhängigkeiten auf ihre Zwecke befragen.

Damit der Schüler dieses Ziel erreichen kann, bedarf er umfassender Informationen und Erkenntnisse. Er muß wissen, daß die Zielsetzung des Krankenhauses,

- Gesundheit wieder herzustellen
 - Leiden und Folgen von Invalidität zu lindern,
 - ggf. dem Menschen ein ruhiges, menschenwürdiges Sterben ermöglichen,
- auf den kranken Menschen bezogen ist. Er soll hinterfragen, ob unter den gegebenen Bedingungen diese Ziele erreicht werden können. Dazu ist es nötig, daß er das Verhalten aller Personengruppen und sein eigenes überprüft, dahingehend, ob dieser Zielsetzung dient.

Der Schüler sollte erkennen, daß Abhängigkeiten abgebaut werden können und daß es Grenzen für den Abbau von Abhängigkeiten gibt, z. B. Abhängigkeiten von Sachzwängen. – Es ist z. B. ein Sachzwang, daß die Angehörigen aller Berufsgruppen Schutzkleidung tragen, ein Systemzwang ist es jedoch, daß diese Schutzkleidung einheitlich in Form, Schnitt und Farbe getragen werden muß.

Die deutliche Unterscheidung zwischen Sach- und Systemzwang sowie die „theoretische und praktische Negation“ von Systemzwängen sind Bedingungen für die Emanzipation.

Der Schüler sollte sich kritisch mit den geforderten Normen auseinandersetzen können.

Nur durch kritische Auseinandersetzung mit geforderten Normen kann der Schüler seine Individualität entfalten und bewahren, und damit Konformität und Fremdbestimmung entgegenwirken.

Die Normanforderungen an Krankenpflegeschüler widersetzen sich der Realisierung elementarer Bedürfnisse, wie Selbstachtung durch Kontrolle der Privatsphäre, wie Sexualität durch Internatsunterbringung. Häufig haben diese Normen keine bessere Legitimation als Tradition und autoritären Machtanspruch.

Der Schüler sollte die fachliche Qualifikation für emanzipatorische Krankenpflege erreichen, die ihn befähigt, eine Pflege am, mit und für den kranken Menschen durchzuführen, d. h. für den kranken Menschen, – daß er, von den ihn Pflegenden, als mündiger Mensch anerkannt wird. Er wird individuell und umfassend von ihnen betreut, versorgt, begleitet und beraten. – Diese Aufgaben wissen die Pflegepersonen, entsprechend der Hilfsbedürftigkeit des kranken Menschen, abzustufen, so daß die Abhängigkeit des kranken Menschen von der Pflege immer von Sachzwängen getragen ist.

- der kranke Mensch erfährt eine Fürsorge, die seine Zufriedenheit anstrebt,

– er wird von den Pflegepersonen in Kooperation mit anderen Berufsgruppen behandelt, wobei den Pflegepersonen besonders die Vertretung seiner Interessen zukommt.

- ihm wird ggf. ein ruhiges, menschenwürdiges Sterben ermöglicht.

Das alles bedeutet, die Krankenpflegepersonen erreichen eine fachliche Qualifikation, die sich orientiert an den Bedürfnissen des kranken Menschen und nicht an medizinisch-technischen Zwängen. Pflegetätigkeiten und alle anderen Arbeiten im Krankenhaus werden als gleichwertig betrachtet werden können. Der Schwester/dem Pfleger wird es möglich werden, berufs- und arbeitszufrieden zu sein.

Krankenpflegeausbildung mit emanzipatorischer Zielsetzung muß dem Schüler fachliches Wissen, Fertigkeiten und Kenntnisse vermitteln. Mit der Vermittlung von fachlichem Wissen werden die affektiven Eigenschaften des Schülers, besonders durch Lehrerverhalten, geprägt. Die Ausbildung in der Krankenpflege darf sich nicht als Sender-Empfänger-Verhältnis gestalten, dies würde heißen, Lernen zum Gewaltverhältnis zu machen; der Lernende ist der zu Belehrende und der Lehrer erscheint als Verkünder. Durch dieses Lehrerverhalten werden, gerade in der Krankenpflegeausbildung, die gesellschaftlich gewünschten Verhaltensweisen modelliert. Der „heimliche Lehrplan“ stellt den „Grundkurs in den sozialen Regeln, Regelungen und Routinen dar“.

Dadurch, daß die wenigsten Unterrichtskräfte an Krankenpflegeschulen sich dieses, ihr Verhalten bewußt machen, und sie nicht erkennen, was wirklich gelernt wird, durch diese Blindheit, wird der unheimlich effektive, heimliche Lehrplan erst möglich. Sie blockieren dadurch eine Entwicklung, hin zum wirklich humanen Krankenhaus für Mitarbeiter und Patient.

Ihr eigenes Verhalten steht in krassem Widerspruch zu einer emanzipatorischen Zielsetzung. Erste Voraussetzung für die genannte Ausbildung ist es, die Blindheit der Lehrkräfte gegenüber ihrem eigenen Verhalten aufzudecken; sie sensibel zu machen, welches Resultat ihr Verhalten beim Schüler bewirkt. ■

Alter Mann

*Du hast einen Namen und einen Titel
Ich werde hier Schwester genannt
Du hast dein langes Leben gelebt
Ich habe noch einiges vor
Es hat Falten in deinem Gesicht hinterlassen
Meine siehst du nicht
Ich kenne dich nicht und
Du mußt nackt vor mir liegen
Du wirst wach für einen Augenblick
Willst allein zur Toilette
Wir siezen uns
Ich wasche dich später,
auch deine Geschlechtsteile
Du bist somnolent
Ich begegne dir professionell intim*

Isolde Bode

Famulatur in Wales

Patientenbeteiligung und offene Medizin



von Eckardt Jönanning/Mary Johanna Fink

Diesen Famulaturbericht mochten wir Dr. Alistair Wilson aus Aberdare, Südwales, widmen.

Auf die Idee, nach Südwales, dem britischen „Ruhgebiet“, zu fahren, waren wir, zwei Medizinstudenten der Universität Frankfurt, gekommen, nachdem wir einen Artikel von H. U. Deppe über das Gesundheitszentrum und Patientenkomitee gelesen hatten (Argument, AS 30). Auch wollten wir mehr über ein verstaatlichtes Gesundheitssystem erfahren, über das die deutschen Standespolitiker sich oft so abfällig geäußert haben und das zu einem Feindbild der „Privat-Medizin“ geworden ist. Von den Mitspracherechten von Betroffenen, also den Patienten, in den Gesundheitseinrichtungen hatten wir bislang bei uns auch noch nichts gehört.

Aberdare liegt in einem südwalisischen Tal in der Nähe von Cardiff. Südwales war lange Zeit ein Zentrum des Bergbaus und der Eisenindustrie, das die Landschaft und die Menschen auch heute noch prägt. Wenn man von Cardiff kommend in die Täler von Glamorgan fährt, sieht man riesige Halden und immer wieder die blauen, typischen Fördertürme. Allerdings sind heute viele „Pits“, wie dort die Grubenanlagen genannt werden, von dem National Coal Board wegen angeblicher Unrentabilität und mangelnder Nachfrage geschlossen worden.

Im Tal von Aberdare waren von ehemals 13 Pits nur noch 3 in Betrieb. Die schwarz-goldenen Zeiten sind heute vor-

über, obwohl dies Gebiet und die dort geförderte Kohle einst zum Besten und Profitabelsten gezählt wurden. In Merthyr Tydfil, einem Nachbarort, lief eine der ersten Eisenbahnen in England. Gewaltige Stahlwerke und Schiffbaubetriebe waren entstanden. Südwales wurde wie eine Kolonie behandelt, an der Natur und den Arbeitskräften wurde Raubbau betrieben.

Die Wohnverhältnisse und Lebensbedingungen für die hart arbeitenden Menschen waren schwierig und ärmlich. Die schlechten sanitären Anlagen, die mangelhafte Ernährung und die Arbeit unter Tage forderten viele Opfer. Die von allen Teilen Englands, Wales und Irland gekommenen arbeitssuchenden Menschen hatten mit vielen kulturellen und sozialen Unterschieden fertig zu werden. Oft kam es zu Cholera- und Tbc-Epidemien oder anderen Krankheiten.

Noch heute zählt Südwales zu den ärmsten Gebieten von England und Wales, mit der höchsten Krankheits- und Sterberate (s.a. Health Trends, Febr. '81, No. 1 Vol 13).

J. Tudor Hart, ein Arzt aus dem Glyn-corrwg-Nachbartal, hat die gesundheitliche Versorgungssituation für Großbritannien mit dem „Reverse Care Law“ so beschrieben, „daß die Verfügbarkeit guter medizinischer Versorgung umgekehrt zu

den Bedürfnissen der zu versorgenden Bevölkerung steht.“ (Lancet 1 (1971) S. 405–412 s.a. AS 4.) Dies gilt besonders für eine „freie Markt“ medizinische Versorgung.

Der staatliche Gesundheitsdienst bietet jedoch günstige Ausgangsbedingungen für Strukturreformen zur Behebung dieses Defizits.

Das Gesundheitszentrum von Aberdare war 1973 eröffnet worden. Gerade in dem Jahr als Dr. Wilson sein Pensionsalter erreicht hatte und sich aus seiner Praxis zurückziehen wollte, war seine Forderung nach einem Zentrum, das viele Gesundheitseinrichtungen vereinigen sollte, verwirklicht worden. Er und fünf weitere General Practitioners (GP), wie dort die Allgemeinärzte in der ambulanten Versorgung (Primary Care) genannt werden, verlegten ihre Praxis in das GZ. Das GZ ist aber kein ausschließliches „Ärztelhaus“, sondern in ihm werden eine Reihe verschiedener Gesundheitsdienste angeboten:

Zahnbehandlung, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, Schwangerschaftsbetreuung und eine Baby-Klinik, Health-Visitors für Hauspflege und soziale Hygiene, öffentliche Gesundheitsberater, zwei Chiropody-Praxen (d.h. ein Fußpflege-dienst, über dessen wichtigen präventiven und gesundheitlichen Wert wir uns an vielen Beispielen informieren konnten – die Chiropodists waren übrigens die einzigen, die im GZ weiße Kittel trugen!), außerdem gab es im Zentrum noch eine Sprachtherapie für Kinder, eine Familien- und Eheberatung, ein Behindertenhilfsprogramm, eine ambulante psychiatrische Out-patient Clinic, die von einem Krankenhaus-Psychiater zweimal in der Woche angeboten wurde und an der Patientenkomitee-Leute Tee und Kekse für die wartenden Patienten verteilten. Im GZ gab es etwa 27 Mitarbeiter.

Die Bezahlung der Ärzte hängt neben einem Grundgehalt von der Zahl der bei ihnen registrierten Patienten ab. Die Entlohnung und der Arbeitsaufwand war für alle Ärzte etwa gleich.

Auch eine Apotheke sollte in das Zentrum, aber dies scheiterte an dem Veto der anderen Apotheken in Aberdare. Wie es auch einige Arztpraxen gibt, die von der Idee eines Zentrums wenig halten und es vorziehen, in kleinen Praxen zu arbeiten, weil sie dies für lukrativer einschätzen. Aber gegen diese Form der Kaufmann-Medizin hat sich Dr. Wilson immer gewehrt: „Medicine is no business!“

Die Hilfsmittel der GPs waren Stethoskop, Reflexhammer, Oto- und Ophthalmoskop. Ein Arzt hatte ein kleines EKG-Gerät. Trotz den wenigen diagnostischen Hilfsmitteln, wurde u.E. eine gute und effektive ambulante Versorgung geleistet. Alle aufwendigeren Untersuchungen, Blut- und biochemischen Laborarbeiten, Strahlentherapie

und Röntgenverfahren wurden von den Fachärzten (Consultants) im Krankenhaus durchgeführt. In Großbritannien arbeiten alle Fachärzte im Krankenhaus, können dort aber auch Privatpatienten behandeln.

Kritisch sei an dieser Stelle angemerkt, daß es oft für bestimmte, nicht akute Behandlungen im Krankenhaus lange Wartezeiten gibt (für eine Gallensteinoperation muß man fast zwei Jahre warten), wer aber bereit ist, privat zu zahlen, kann seine Wartezeit erheblich verkürzen bzw. dem wird gleich geholfen.

Das National Health System hatte die Privat-Medizin nicht ausdrücklich ausgeschlossen, was heute immer mehr von geschäftstüchtigen Medizinern und Klinikärzten, wie auch der konservativen Regierung ausgeweitet und ausgenutzt wird. Immer mehr Privat-Krankenversicherungen und Belegarztkrankenhäuser bieten ihren Service für private Kunden an.

Im Gesundheitszentrum herrschte immer ein reger Patientenverkehr. Die täglichen Sprechstunden (Surgery) waren sehr gut besucht, sie gingen oft bis 19.00 Uhr. Jeder der jüngeren Ärztekollegen machte täglich Hausbesuche. In den Fluren des GZ hingen Bilder, die von Patienten gemalt waren, und man erzählte uns, daß manchmal Schulkinder in dem Warteraum musizierten. Das GZ war in Aberdare gut integriert, die Verbindungen zu den Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen klappten gut.

Krankheit und soziale Lage

Dr. Wilson ließ uns Krankheit, ihre Entstehung und Behandlung im sozialen Kontext erfahren. Ihm war wichtig, daß Medizinstudenten lernen, die Umwelt der Patienten, ihre Wohn-, Arbeits- und Lebensbedingungen in ihre medizinische Aufmerksamkeit und in ihr Verständnis von Ätiologie und Pathologie miteinzubeziehen, um für die Diagnose und Therapie nicht kurzfristigen Phänomenen aufzusitzen. Ebenso sollten Ärzte lernen, mit anderen Gesundheitsberufen ohne Überheblichkeit und Mißtrauen zusammenzuarbeiten. So haben wir in allen Abteilungen des GZs gearbeitet, haben mit den Mitarbeitern über ihre Aufgaben gesprochen und sind bei den vielen Hausbesuchen mitgegangen. Auch mehrere Betriebsbesichtigungen, ein Schulbesuch und Gespräche mit dem Personal und Patienten von Altersheimen und Krankenhäusern, sowie mit einigen Gewerkschaftsvertretern gehörten zu den Möglichkeiten, die Dr. Wilson für uns organisiert hatte.

Die große wirtschaftliche Not, die sich hinter der offiziellen Statistik von 2,5 Millionen Arbeitslosen und ca. 10–15 % Inflation und dem rigiden Wirtschaftsprogramm der konservativen Regierung Thatcher verbirgt, wurde uns an vielen Sorgen und Problemen der Waliser deutlich. Ob nun nicht



Alistair Wilson mit Mary Fink

* Dr. Alistair Wilson ist am 10. Juli 1981 an den Folgen eines Herzinfarktes gestorben, als er in Solidarität und ärztlicher Mission an dem berühmten „Peoples March for Jobs“ mitmarschiert war.

Für Dr. A. Wilson, dem siebenundsechzig Jahre alt gewordenen, weißhaarigen Mann, der gerne Shakespear zitierte, war es nichts Außergewöhnliches, daß er an dem großen Demonstrationszug, der von Liverpool nach London führte und von der konservativen Thatcher-Regierung ein Arbeitsplatzprogramm forderte, mitmarschiert war, als der Zug durch Aberdare kam. Genauso wie seine Familie und er sich schon immer in dem südwalisischen Kohlebergbaugbiet für die Rechte und gegen die Ausbeutung der Bergarbeiter und ihrer Familien eingesetzt hatten. Davon zeugte auch die Sympathie und Anerkennung für die Wilsons, die wir in vielen Gesprächen während unserer Fakultät in dem Gesundheitszentrum von Aberdare spüren konnten.

Seit Beginn des Kohle-Goldrausches im letzten Jahrhundert, als dieses Gebiet noch seine Industrielle Hochphase hatte, waren die Wilsons in drei Generationen als Ärzte tätig. Als eine der wenigen Ärzte in dem Waliser Tal hatten sie sich immer geweigert, im Interesse und Auftrag der Grubenbesitzer ärztlich tätig zu werden. Im Gegenteil, sie kämpften gegen die hemmungslose Arbeitskraftausbeutung und halfen den Kumpeln bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche gegen die Minenbesitzer.

Konsequent hatten die Wilsons sich für die Verstaatlichung des Gesundheitswesens und für die Realisierung des National Health System 1948 eingesetzt, das eine Vergesellschaftung der Krankenhäuser etc. und eine kostenlose medizinische Versorgung in allen Teilen Englands und Wales brachte, basierend auf einer Steuerfinanzierung durch den Staat. Das NHS kann nur funktionieren, wenn demokratische Mitwirkung ausgeweitet und bürokratischer und individueller Mißbrauch verhindert werden. Für dieses Prinzip setzte sich Dr. Wilson ein.

genügend Geld für die Heizung vorhanden war und deswegen viele krank wurden oder nicht genesen konnten, oder ob psychische Probleme wegen dauernder Arbeitslosigkeit zur persönlichen Krise wurden, oder bewußt gesundheitsschädliche Arbeitsplätze in Kauf genommen wurden, damit man wenigstens die Miete bezahlen und die Familie ernähren könnte – immer wieder konnten wir sehen, wie sehr die soziale Situation und Arbeitsverhältnisse sich auf das persönliche, physische und psychische Wohlbefinden niederschlug.

Auf einem Banner einer Bergarbeiter-Gewerkschaft (JMW) stand unter dem Bild eines Erdballs: Knowledge is power – Wissen ist Macht! Von diesem Leitspruch war auch Dr. Wilsons Arbeit bestimmt. In der Sprechstunde ging es ihm eher um das

persönliche Gespräch, die Aufklärung, als darum, Pillen zu verschreiben. Die Patienten sollten wissen, warum sie krank wurden, wieso es „weh tat“ und wie sie ihre Krankheit verstehen können. Ausführlich besprach er mit ihnen die Untersuchungsberichte der Krankenhausfachärzte. Die Patientenakten und ärztliche Mitteilungen waren offen für die Patienten, es sollte keine Geheimnisse zwischen Arzt und Patient geben. Zur Veranschaulichung malte er schnell auf einem Zettel die Wirbelsäule, Kopfquerschnitte oder Gelenkskizzen, oder er machte mit seinen beiden Händen die Pumpaktionen des Herzens nach, um so die Mechanik und Arzneimittelwirkung zu verdeutlichen. Er wollte den Patienten zu einer aktiven Gesundheitsrolle verhelfen. Wenn er Medikamente verschrieb, sprach er jedesmal sehr ausführlich über

Famulatur in Wales

mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen bei der Anwendung der Mittel. Sie sollten genau informiert sein, was sie zu sich nahmen und nicht zu unkritischen Pillenschluckern werden. Schlafmittel und Psychopharmaka verschrieb er nur selten und ungern. Statt dessen versuchte er durch persönlichen Einsatz oder die Vermittlung von kompetenten Leuten, bei den Problemen seiner Patienten zu helfen. Einmal ging er mitten in der Sprechstunde mit einem sehr erregten älteren Patienten in das gegenüberliegende Sozialamt, um einen verschleppten Antrag zu beschleunigen. Oder er holte den Sozialarbeiter, um einer jungen Problemfamilie bei der Wohnungssuche zu helfen.

„Ich glaube, wir können nicht Arzt sein, ohne auch Lehrer zu sein. Das Wort Doktor kommt von dem lateinischen Wort ‚docere‘ – lehren. Deswegen kommt ‚lehren‘ vor der Diagnose und Behandlung, d. h. präventive und positive Medizin kommt zu allererst.“ Zur Prävention von Krankheit gehörte für Dr. Wilson nicht nur die gesundheitliche Aufklärung, sondern auch die Verbesserung der Lebensbedingungen, der Kampf für sanitäre Anlagen, sauberes Wasser und Luft, sowie Ausbau der Bildungsmöglichkeiten und verbesserter Arbeitsschutz.

Arzt und Patient sollen gleichberechtigte Partner sein

Mit seiner „Open Medicine“, wie er es nannte, wollte er eine Medizin nicht für den Kranken machen, sondern mit den Patienten. Arzt und Patient sind gleich, sie sind gemeinsame Partner, mit dem gleichen Ziel. Überhaupt sollte die Gestaltung und Führung des Gesundheitszentrums Sache der Patienten sein, es sei schließlich ihr Zentrum: „Die Erfahrung von sechs Ärzten und ca. 20 anderen Mitarbeitern des Gesundheitszentrums sind beschränkt, aber die Erfahrung von 10 000 Patienten ist viel größer – unbegrenzt in ihrer Vielfalt! Deshalb ist es nur konsequent, diese Erfahrung bei der Verbesserung der ambulanten Versorgung miteinzubeziehen, was den Patienten und den Ärzten zugutekommt“, so formulierte es Dr. Wilson im „Health and Social Service Journal“, 1/1978. Aus dieser Idee war das Patienten-Komitee, die erste „Patient participation“-Form in England, mit der Eröffnung des Gesundheitszentrums 1973 entstanden.

Die Aufgabe des Patientenkomitees ist es, die Kooperation zwischen Ärzten und Patienten zu verbessern, bestehende Barrieren abzubauen, und Patientenpositionen zu vertreten. Die Komiteemitglieder werden einmal im Jahr auf einer öffentlichen Patientenversammlung gewählt.

Die satzungsgemäßen Aufgaben des Komitees sind:

- zusammen mit den Ärzten und den restlichen Gesundheitszentrum-Mitarbeitern das Zentrum zu leiten,
- Beschwerden zu behandeln und Verbesserungen vorzuschlagen,
- Gesundheitsaufklärungs- und Diskussionsveranstaltungen durchzuführen, um so Präventiv- und Früherkennungsmaßnahmen zu verbreiten,
- den Standpunkt von Patienteninteressen gegenüber den lokalen und staatlichen Gesundheitsbehörden zu formulieren und zu vertreten,
- die vorhandenen Gesundheitsdienste zu verbessern,
- Arbeitsgruppen einzurichten, die sich mit den verschiedensten Problemen der Patienten beschäftigen.

Wir haben an drei der Patientenkomiteetreffen in den vier Wochen teilnehmen können. An einem Treffen wurde z. B. über die Pläne und Arbeit des nationalen Patientenkomitee-Verbands gesprochen – es gibt inzwischen ca. 25 Patientenkomitees in England und Wales. In dem Aberdare-Patientenkomitee arbeiten Hausfrauen, Rentner, Fabrikarbeiter, Bergleute, Gewerkschafter und Gemeindevertreter, insgesamt 26 Leute mit.

Es sind Arbeitskreise eingerichtet worden für Pensionäre, Mütter mit Kindern, psychiatrische Patienten, Gesundheitsaufklärung, Eheberatung, einen Herzinfarkt-Club und eine Gruppe für soziale Aktivitäten, um nur einige zu nennen, an denen wir teilgenommen haben.

Das Komitee kann eine gute Erfolgsbilanz vorzeigen. Als das Krankenhaus in Aberdare geschlossen werden sollte, gelang es dem Komitee, Dr. Wilson und den anderen General Practitioners aus dem Gesundheitszentrum, sich gegen den Beschluß der Gesundheitsbehörden zu wehren und das Krankenhaus zu erhalten. Auch den zunehmenden „cut backs“, den Einsparungsmaßnahmen im Gesundheitswesen, und der um sich greifenden Privatisierung und den langen Wartelisten für spezielle Behandlungen setzen sie Widerstand entgegen. Der Bau eines ein Wohngebiet gefährdenden Gastanks konnte verhindert werden. Der Behälter mußte an einem anderen Ort gebaut werden.

„grass roots democracy“

„Wir Ärzte brauchen uns vor der Patientenbeteiligung nicht zu fürchten, wir können nichts außer unserer Isolation verlie-

ren“. (Dr. Wilson). Diese „grass roots democracy“, ein basisdemokratisches Modell, soll zeigen, daß das Gesundheitssystem nicht ein paar tausend Ärzten oder den eine Million Angestellten des nationalen Gesundheitsdienstes gehört, sondern allen Leuten in England und Wales, auch wenn sie jetzt noch wenig Mitspracherechte haben und noch zu viele bürokratische Entscheidungen über ihre Köpfe hinweg getroffen werden. Auch die Versuche der konservativen Regierung Thatcher, das Prinzip des NHS zu durchlöchern und Privatisierung und „Selbstbeteiligung“ auszuweiten, kann nur durch breiten Protest gestoppt werden. Daß der Gesundheitsdienst nicht ein „Business“ sein soll, davon waren das Komitee und Dr. Wilson überzeugt.

Das Interesse an der Arbeit des Gesundheitszentrums und der „Patient participation“ ist groß. Studenten aus England kommen, um dort ihr Praktikum in Community Medicine zu machen. Aber auch aus dem Ausland, den USA, Japan, Schweiz, und der BRD kommen neuerdings Besucher, um einen eigenen Eindruck von dem Aberdare-Modell zu gewinnen.

Ähnlich wie Virchow es formulierte, daß Politik Medizin im großen sei, so begriff auch der Arzt Wilson seine Arbeit und Aufgabe. Als wir ihn fragten, ob er nicht mit seinem kurativen ärztlichen Tun nur „Pflasterarbeit“ verrichten könne, stimmte er dem insoweit zu, als daß dies nur eine Form der unmittelbaren Hilfeleistung sei, die andere für ihn bedeutendere Aufgabe sei sein politisches Engagement, um die Bedingungen zu ändern, die die Leute krank machen.

Im April '81 organisierte er eine große öffentliche Veranstaltung der „Medical Campaign against Nuclear Weapons“ in der walisischen Universität von Cardiff. Dort haben sich viele Ärzte offen gegen Aufrüstung und Nuklearkrieg gewandt. Die gegenwärtige Regierungskampagne für zivile Verteidigung haben sie für sinnlos erklärt.

Auf uns hatte dieser engagierte, geschichts- und sozial bewußte Mann einen ermutigenden und tiefen Eindruck gemacht. Vielleicht auch deswegen, weil er eine Tradition von Ärzten repräsentiert, die wir hier in der BRD nicht kennen – was wohl auch ein Stück deutscher Geschichte reflektiert.

Die Ideen von „Open Medicine“ und das Modell der unmittelbaren Interessenwahrnehmung der Patienten im Gesundheitsdienst, wird uns jedenfalls noch weiter beschäftigen bei unserer Arbeit für ein bedürfnisgerechtes Gesundheitssystem, frei von kommerziellen Interessen.

Siehe auch Artikel von Alistair Wilson über das Gesundheitswesen in Großbritannien in unserem Dokumentationsteil.

Werbung & Wahrheit

Lieber tot als rote Flecken?

„Rely saugt die Sorgen auf – nie wieder rote Flecken“, mit diesem Spruch wurde für die Tamponmarke „Rely“, geworben, die im letzten Jahr in den USA vom Markt zurückgezogen werden mußte, nachdem bekannt wurde, daß mehrere Frauen, die „Rely“ benutzt hatten, an der „Tamponkrankheit“ gestorben waren. Wer tot ist, hat weder Sorgen noch rote Flecken!

meldeten Fälle wurde in der Vaginalschleimhaut das Bakterium *Staphylococcus-Aureus* gefunden. Alle Blutkulturen waren aber negativ, und so verdichtete sich der Verdacht, daß die Bakterien ein Gift bilden, das in die Blutbahn gelangt.

Über den Zusammenhang zwischen Toxischem Schock-Syndrom / *Staphylococcus-Aureus* / Tampons gibt es verschiedene Theorien:

- Fuller (1) meint, daß die stark absorbierenden Tampons, die bei dem Gebrauch anschwellen, vielleicht einen Reflux des Giftes durch die Gebärmutter in die Bauchhöhle hervorrufen.
- Tofte und Crossley (2) und Davis (3) haben kleine Wunden in der Scheidenschleimhaut beobachtet, die durch die Tampons entstanden sind und meinen, daß das Gift durch diese Wunden in die Blutbahn gelangt.
- Glasgow (4) weist darauf hin, daß Veränderungen im Scheidenmilieu bei dem Benutzen von Tampons (vor allem bei stark absorbierenden Tampons) zusammen mit Änderungen der *Staphylokokken*-Typs dieses neue Krankheitsbild erklären können.

Diese Untersuchungen zeigen deutlich, daß die Behauptungen, die in der Tagespresse zu lesen waren, und auf die die Produzenten sich gern berufen – die Krankheit tauche nur bei Frauen auf, die entweder vergessen, die Tampons zu entfernen oder die die Tampons falsch benutzen – nicht stichhaltig sind. Das Toxische Schock-Syndrom entsteht bei Frauen, die sonst gesund sind und normal Tampons während der Menstruation benutzen. Die Voraussetzung, TSS zu bekommen, scheint einzig und allein das Vorkommen von den krankheitshervorrufenden *Staphylokokken* zu sein.

Die Tampon-Krankheit ist kein amerikanisches Phänomen. Aus England, Schweden und Norwegen sind auch Fälle gemeldet worden.

In der BRD gibt es die Möglichkeit der epidemiologischen Erfassung nicht, aber in der Mai-Ausgabe der Münchener Medizinischen Wochenschrift (6) war ein Fallbericht zu lesen. Auf eine Anfrage bei dem Bundesgesundheitsamt bezüglich Auftreten von TSS und geplante Schritte zur Vorbeugung erhielt DG bis heute keine Antwort.

Solange eine Frau nicht weiß, ob sie Träger von gelben *Staphylokokken* ist, gibt es nur eine Methode, dem TSS vorzubeugen – nämlich keine Tampons mehr zu benutzen. Die Konsequenz muß sein, die Tampons aus dem Handel zu ziehen – auf jeden Fall bis die Ursache letztendlich geklärt ist. Das Toxische Schock-Syndrom ist eine sehr ernstzunehmende Krankheit, und solange es gute Alternativen für den Menstruationsschutz gibt, sollte die Verantwortung für die Folgen nicht allein dem Verbraucher zugeschoben werden.

Die Herstellerfirma Proctor & Gamble mußte ihre Tampons aus dem Verkehr ziehen, als die Untersuchungen über die „Tampon“-Krankheit veröffentlicht wurden. Von März bis November 1980 wurden dem CDC (Center for Disease Control, Atlanta, USA) 299 Fälle von Toxischem Schock-Syndrom – die sog. Tampon-Krankheit – gemeldet, wovon 25 tödlich verliefen. Die Tamponkrankheit hat grippeähnliche Symptome: Fieber, Übelkeit, Muskelschmerz, niedrigen Blutdruck, roter Hautausschlag und tritt auf bei sonst gesunden Frauen, die während der Menstruation Tampons benutzen.

Aus den CDC-Studien ist zu ersehen, daß sämtliche Tampon-Marken, die auf dem amerikanischen Markt sind, in direkter Verbindung mit dem Toxischen Schock-Syndrom stehen, auch wenn die meisten erkrankten Frauen die Marke „Rely“ benutzten. (Diese Marke wurde sowieso von der Mehrzahl der amerikanischen Frauen benutzt.) Auch wird in den Studien klar herausgestellt, daß es sich nicht um verunreinigte Tampons handelt. In 90% der ge-

Shands u. a. (5) haben Untersuchungen gemacht, um Risikofaktoren bei den an TSS erkrankten Frauen zu finden. Sie verglichen 52 Patientinnen mit einer Kontrollgruppe von 52 Frauen. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen, weder bei der benutzten Tamponmarke, der Saugfähigkeit des Tampons, der Anwendungsweise (Häufigkeit des Wechsels) noch bei der Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs oder bezüglich Geschlechtsverkehr während der Menstruation. Es zeigte sich aber ein klarer Unterschied im Vorkommen von gelben *Staphylokokken* in der Vaginalschleimhaut. Entsprechende Befunde machen auch Davis u. a. (3), die noch einmal beweisen, daß gelbe *Staphylokokken* die Krankheit hervorrufen. Sie schätzen das Risiko für TSS bei tamponbenutzenden Frauen auf 8,8 Fälle pro 100 000 Frauen pro Jahr.

Literaturhinweise

- (1) A. F. Fuller et al.: „Toxic-shock Syndrome.“ *New England Journal of Medicine* 303, 881, 1980.
- (2) R. W. Tofte et al.: „Clinical Experience with Toxic-shock Syndrome.“ *N. Engl. J. Med.* 303, 1417, 1980.
- (3) J. P. Davis et al.: „Toxic-shock Syndrome. Epidemiological Features, Recurrence, Risk Factors and Prevention.“ *N. Engl. J. Med.* 303, 1429–1435, 1980.
- (4) L. A. Glasgow: „Staphylococcal infection in the Toxic-shock Syndrome.“ *N. Engl. J. Med.* 303, 1473–1474, 1980.
- (5) K. N. Shands et al.: „Toxic-shock Syndrome in menstruating Women.“ *N. Engl. J. Med.* 303, 1436–1442, 1980.
- (6) *MMW*, Nr. 8, 123 Jg., S. 753 ff.

„Gift in der Muttermilch“, „Der Verkauf von Muttermilch müsste verboten werden“, mit diesen und ähnlichen Schlagzeilen berichtete die Tagespresse Anfang Juli über eine neue Studie des Instituts für angewandte Ökologie, Freiburg: „Stillen trotz verseuchter Umwelt?“ von Elke Pröstler. In der Studie wird dargestellt, wie stark die Muttermilch mit chemischen Schadstoffen belastet ist.

Das Öko-Institut und die Umweltverbände Bundesverband Bürgerinitiativen Umweltschutz (BBU) und Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland (BUND) leiten daraus folgende Forderungen ab:

- Alle langlebigen Stoffe, die sich im Körper des Menschen anreichern, müssen verboten werden.
- Die Herstellung, Einfuhr und Anwendung aller chlorierten Kohlenwasserstoffe müssen sofort untersagt werden.
- Maßnahmen müssen ergriffen werden – vom Staat unterstützt – zur Förderung einer gesunden Landwirtschaft.
- Die Bevölkerung muß aufgeklärt werden über diese Stoffe, über mögliche akute und chronische Toxizität, Produktbezeichnungen und Alternativmöglichkeiten.

Dem Öko-Institut geht es also nicht darum, die Muttermilch oder das Stillen in Frage zu stellen, sondern darum, von den Verantwortlichen endlich konkrete Maßnahmen zur Verbesserung unserer Umwelt zu fordern. Aus diesem Umweltskandal wurde aber von vielen Journalisten ein Muttermilchskandal gemacht. (Bezeichnend, daß auf der Pressekonferenz etwa 30 männliche Journalisten und 1 weibliche waren.) Daß die Muttermilch und das Stillen trotz Schadstoffen nach wie vor der künstlichen Nahrung weitaus überlegen sind, wurde in der Presse wenig oder gar nicht dargestellt. So hat die Veröffentlichung dieser Studie und die großangelegte Pressekonferenz einen Bumerang-Effekt gehabt. Die verantwortlichen Politiker, die Industrie, die mit ihren Produkten systematisch die Umwelt zerstören und die Anwender, lassen die Umweltforderungen recht unberührt an sich vorbeigehen, während die stillende Frau entsetzt ist über ihre giftige Milch.

Die Verfasserin der Studie, die übrigens selber schon seit 8 Monaten ihr Kind stillt, hat zwar keine Panikreaktionen bei den Frauen auslösen wollen, sondern nur informieren wollen; sie muß sich aber vorwerfen lassen, daß die Aktion eher naiv war. Es wäre abzusehen gewesen, daß die einzelne Frau schneller verunsichert wird als die Groß-Industrie.

Die von Elke Pröstler aufgestellte Forderung, jede Frau solle ihre Milch auf Schadstoffe untersuchen lassen, scheint mir eine unnütze Verschwendung von Geld, Arbeitskraft und Nerven der Mütter. Was will die einzelne Mutter mit dem Befund anfangen? Die Schadstoffkonzentration in Zahlen zu kennen, wirkt kaum beruhigend.

Auf eine parlamentarische Anfrage bestätigte die Bundesregierung durch den Staatssekretär im Gesundheitsministerium, Prof. Georges Fülgraff, daß Muttermilch in vielen Fällen so mit Rückständen schädlicher chemischer Substanzen verseucht ist, daß sie nach den für Milch geltenden Höchstmengenbestimmungen für Schadstoffe nicht verkauft werden dürfte. Das Bundesgesundheitsministerium fördert aber bereits seit 1977 verschiedene Forschungsvorhaben, die sich mit dem Problem der Rückstände in der Muttermilch beschäftigen. Der Staatssekretär versicherte, die Bundesregierung wolle – auch auf der Ebene der Europäischen Gemeinschaft – weiter dafür sorgen, daß giftige, schwer abbaubare Stoffe, die sich im menschlichen Organismus anreichern, verboten werden, Gesundheitsgefährdende Substanzen in Lebensmitteln sollen stufenweise herabgesetzt werden.

Sylvia Brunn, Koordinatorin der freien Stillgruppen, meint dazu: „Wenn ich diese Aussagen vergleiche mit den vielen, groß aufgemachten Dementis nach dem ‚Östrogen-in-Babynahrung-Skandal‘ im letzten Herbst, dann erscheinen die jetzigen Meldungen zur Rehabilitation der Muttermilch etwas dürrig. Ob es eine Rolle spielt, daß bei dem sogenannten ‚Östrogen-Skandal‘ die Industrie geschädigt wurde, die sich vehement und mit großem personellem und finanziellem Aufwand zur Wehr setzen konnte, wohingegen in diesem ‚Umweltskandal‘ in der Hauptsache Säuglinge bzw. deren Mütter betroffen erscheinen?“ und – von mir hinzugefügt: – die Industrie hier eher eine Chance sieht, wieder Profit darauszuschlagen?

Im Laufe der letzten Jahre hat die Industrie auf dem Gebiet der Säuglingsnahrung einen ungeheuren Boom gehabt. Durch gezielte Reklame hat sie es gewußt, die verunsicherte oder die nichtsahnende Mutter dahinzubringen, daß sie zur Flasche greift. „Seien Sie unbesorgt, wenn es mit dem Stillen nicht klappen sollte. Eine problemlose Ernährung Ihres Kindes ist mit den XXX-Milchnahrungen bis zum Ende des Flaschenalters sichergestellt. XXX-Milchnahrungen sind in ihrer Zusammensetzung der Muttermilch angeglichen und bieten Ihrem Kind eine optimale Ernährungsbasis.“ Schon während der Schwangerschaft kommt einem diese Reklame in die Hand – sei es in Schwangerschaftskursen, Gymnastikkursen, bei den Vorsorgeuntersuchungen –; nach der Entbindung bekommt die Mutter einen „Bambino“-Koffer (Inhalt: Werbegeschenke von Nahrungs- u. Windelfirmen samt Creme für

Stillen – aber nicht s

von Unni Christiansen-Kamps



stillhalten



die sanfte Haut der Mutter – damit sie für Vati noch hübsch bleibt!) auf das Bett gelegt; und wohl zu Hause angekommen nach dem Klinikaufenthalt, hageln die Werbesendungen mit der Post ein.

Die Industrie übt nicht nur durch ihre Präbchen direkt auf die einzelne Frau ihren Einfluß aus, sondern sie hat auch in jahrelanger Arbeit die Gynäkologen, Kinderärzte, Hebammen und Kranken/Kinderpfleger(innen) dahingekriegt, daß selbst die meisten von ihnen – auch wenn sie vielleicht verbal etwas anderes sagen – schnell an der Stillfähigkeit zweifeln und der Mutter den Rat geben, zuzufüttern. (Für die, die es nicht wissen: Zufüttern ist ein feineres Wort für Abstillen.) Zum Zufüttern wird das Milchpulver empfohlen, wovon die jeweilige Firma gerade eine Jahresration gestiftet hat. Die im Gesundheitswesen Tätigen haben inzwischen wenig oder kein Wissen über das Stillen; im Gegenteil, oft zeigt sich, daß sie eher ein falsches Wissen haben und Fehlinformationen weitergeben.

Das Kind im 4-Stunden-Rhythmus zu füttern, vor und nach jeder Mahlzeit zu wiegen, zuzufüttern, wenn die festgelegte Grammzahl nicht erreicht wird – so wird die Grundlage für ein Scheitern des Stillens gelegt. Durch ihr fehlendes Wissen ist das Personal in der Situation der frischgebakkenen Mutter mit einer prallen Brust gegenüber verunsichert, und diese Verunsicherung setzt sich bei der Mutter fort.

Klappte das Stillen trotz Reklame und unsicherer „Fachleute“ im Krankenhaus, wird es zu Hause oft erst recht schwierig. Die Schwiegermutter kommt zu Besuch:

„Mein Enkel sieht ja sehr dünn aus. Bist du auch sicher, daß er satt wird?“ Erfahrene Frauen aus der Nachbarschaft: „Das mit dem Stillen klappt nicht lange. Bei mir hat es auch nur 3 Wochen geklappt“. Die wohlgemeinte, teilnehmende, aber sehr verunsichernd wirkende Frage: „Hast du auch genug Milch?“ Fast jede Frau (95%) kann ihr Kind voll stillen – also hat sie auch genug Milch. Aber durch die Einstellung der Umwelt und deren Einwirkung hat die heutige Frau den Glauben an die natürliche Milchproduktion verloren. Durch die veränderte Wohn- und Lebensstruktur geht das Wissen über das Stillen nicht mehr als natürliches Erbe von den älteren Verwandten an die jungen Eltern.

Stillhilfe-Gruppen

Die Funktion, die früher die Mütter und die älteren Frauen in der unmittelbaren Umgebung erfüllten, können heute Selbsthilfe-gruppen ausüben, deren Mitglieder selber praktische Erfahrungen und/oder faktisches Wissen über das Stillen haben. Solche Stillhilfegruppen sind in den letzten Jahren in der BRD parallel zu der zunehmenden Stillbereitschaft immer wieder lokal gegründet worden, so daß es im März 1980 zur Bildung der überregionalen Ar-

beitsgemeinschaft freier Stillgruppen kam. Im Juni 1981 beträgt die Zahl der in der AFS zusammengeschlossenen Gruppen 105.

Die AFS stellt sich selber vor:

„Die AFS sieht ihre primäre Aufgabe in der Vermittlung theoretischer und praktischer Information zum Stillen an alle Interessierten, in erster Linie an Eltern und Gesundheitspersonal. Dies geschieht hauptsächlich durch Gesprächskreise und Gruppentreffen, durch Aufklärung schon während der Schwangerschaft, durch gegenseitige Unterstützung während der Stillzeit und eine breite Öffentlichkeitsarbeit. Die AFS will Eltern nicht die Entscheidung über die Art der Ernährung ihrer Säuglinge abnehmen, sie will nur bessere Voraussetzungen für eine objektive Entscheidung schaffen.“

Mit dieser Zielsetzung arbeiten die Gruppen in ihrem lokalen Milieu, vermitteln ihre Erfahrungen weiter und leisten so einen wichtigen gesundheitspolitischen Beitrag. Die steigende Zahl der organisierten Stillgruppen ermöglicht es, auch auf Bundesebene (gesundheits)politisch mitzureden. Perspektivisch müssen deswegen klare Forderungen gestellt werden, wie z. B.:

- **Es muß verboten werden, daß die Industrie ihre künstliche Säuglingsnahrung als der gleichwertig Muttermilch anpreist!**
- **Es muß mehr Publikationen über das Stillen geben. – Die Stillgruppen schreiben, das Bundesgesundheitsministerium bezahlt.**
- **Im Lehrpensum für Ärzte, Hebammen und Pflegepersonal muß das Stillen als eigenständiges Thema einen Platz finden.**
- **Die Arbeitsplätze müssen so gestaltet werden, daß die Frau sich das Recht, ihr Kind zu stillen, auch tatsächlich nehmen kann. § 7 des Mutterschutzgesetzes garantiert jeder Frau die Zeit, die sie braucht, um ihr Kind zu stillen.**

Mit einem Stillhilfenetz, das einen politischen Druck ausübe, wären die eingangs zitierten Zeitungsberichte nicht zustande gekommen. Dann wäre aus dem Umweltskandal kein Muttermilchskandal entstanden, sondern er wäre ein Umweltskandal geblieben.



DG-Veranstaltung auf dem Gesundheitstag. Siehe Umschlag-rückseite

Caritas-Klinik Datteln:

Beispiellose Jagd auf Gewerkschafter

An der zum katholischen Caritasverband zählenden Vestischen Kinderklinik in Datteln versucht seit Anfang des Jahres die Verwaltung der Klinik aktive Gewerkschafter der ÖTV mundtot zu machen.

In einer beispiellosen Auseinandersetzung, in der die Verwaltung der VK selbst caritasinterne Rechtsbestimmungen wie die Mitarbeitervertretungsordnung (MAVO) systematisch mißachtete, wurden bislang 3 Gewerkschafter gekündigt. 2 weitere ÖTV-Angehörige erhielten eine Strafanzeige wegen Hausfriedensbruchs; diese Kollegen wurden mittlerweile zur politischen Polizei (K 14) geladen. Schließlich erhielten insgesamt 3 Kolleginnen und Kollegen eine schriftliche Abmahnung (schriftliche Vorwarnung, die im Wiederholungsfalle eine außerordentliche Kündigung zur Folge hat).

Auslösendes Ereignis war die Kündigung des Psychologen und Gewerkschafters E. W. am 14.1. 1981 durch den Verwaltungsdirektor Günther Matern unter dem Vorwand einer „mangelnden Kooperationsbereitschaft und Kompetenzüberschreitungen gegenüber dem ärztlichen Dienst“. Trotz bekannter Reibungspunkte zwischen dem Psychologen und seinem ärztlichen Chef war für viele Mitarbeiter diese Begründung von vornherein fadenscheinig. Nur wenige Tage nach seiner Kündigung zum 30.3. 1981, die übrigens ohne die in der MAVO vorgeschriebene Information der MAV erfolgte, wurde E. W. durch den Verwaltungsleiter mit einem absoluten Hausverbot belegt. Der Kollege mußte innerhalb von 90 Minuten seine Sachen zusammenpacken. Er konnte weder die von ihm betreuten stationären noch die ambulanten Patienten aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz an einen entsprechend qualifizierten Mitarbeiter übergeben. Die Folge war, daß eine große Zahl von Psychotherapien abrupt abgebrochen wurde und viele Eltern mit ihren Kindern plötzlich vor verschlossenen Ambulanztüren standen. Vor diesem Hintergrund muß die Begründung der Verwaltung, das Hausverbot sei im Interesse der Patienten und zur Sicherung eines geregelten Dienstablaufes erforderlich, wie blanker Hohn klingen!

Die ÖTV-Gruppe informierte die Mitarbeiter der Klinik über diese Vorfälle am 11.2. 1981 morgens mit einem Flugblatt, das mehrere ÖTV-Angehörige vor dem Klinik Eingang verteilten. Der Assistenzarzt T. L. wird dabei durch die Klinikleitung aufgefordert, das Gelände der Klinik zu verlassen, da das Verteilen von ÖTV-Flugblättern nicht zulässig sei. Der Kollege folgte im Vertrauen auf das grundgesetzlich verankerte Recht auf Koalitionsfreiheit (Art. 9 GG) nicht dieser Aufforderung. Die Klinikleitung ruft daraufhin die örtliche Polizei herbei; diese trifft erst nach 8 Uhr ein, als nur noch eine Kollegin – z. Zt. im Mutterschutz und im 9. Monat schwanger – vor der Klinik Flugblätter verteilt. Die Polizei greift nicht ein, als die Kollegin von Verwaltungsdirektor Matern handgreiflich an der Verteilung gehindert wird; sie führt vielmehr die Kollegin vom Klinikgelände!

Drei Tage nach dieser Aktion flattert zwei Kollegen eine Abmahnung wegen des Verteilens von Flugblättern auf dem Klinikgelände ins Haus.

Zwei weiteren ÖTVlern (Heilpädagogen) wird aus „betriebsinternen Gründen“ zum 30.3. 1981 gekündigt. Wiederum bleibt die MAV unberührt! Gegen den Ass.-Arzt T. L. erstattet die Verwaltung zusätzlich Anzeige wegen Hausfriedensbruchs. Bei der hochschwangeren Kollegin tauchen zwei Tage nach der Flugblattverteilung 2 Mitarbeiter des Gewerbeaufsichtsamtes auf: Die Verwaltung hatte eine Aufhebung des besonderen Kündigungsschutzes laut Mutterschutzgesetz beantragt, da die Kollegin angeblich aus der Kirche ausgetreten sei. Dies sei erst gut drei Monate nach Abgabe der Lohnsteuernkarte – bei einem erneuten Durchsehen (!) der Personalakte – aufgefallen. Der Kündigungsversuch scheitert, da die Kollegin überhaupt nicht aus der Kirche ausgetreten ist; es handelt sich schlicht um ein Versehen der Lohnsteuerstelle. Die Verwaltung quittiert dies mit einer Abmahnung und Strafanzeige wegen Hausfriedensbruchs!

In der Zwischenzeit sind die sozialen Härten für die drei gekündigten Kollegen durch arbeitsgerichtlichen Vergleich wenigstens abgemildert worden. In allen drei Fällen konnte die Klinik allein aus Verfahrensfehlern heraus (Verstoß gegen MAVO) die Kündigungen nicht aufrecht erhalten. Doch

gelang es leider nicht, diesen Kollegen ihren Arbeitsplatz zu erhalten.

Als großen Erfolg für die weitere Gewerkschaftsarbeit an dieser Klinik – und darüber hinaus auch an anderen kirchlichen Institutionen – sehen wir die Durchsetzung einer einstweiligen Verfügung der abgemahnten Kollegen vor dem Arbeitsgericht Herne an. In der Verfügung wird den Gewerkschaftern ausdrücklich erlaubt, in den Räumen der Klinik, die regelmäßig von Bediensteten der Klinik aufgesucht werden, Informationsmaterial und Werbeschreiben der Gewerkschaft zu verteilen oder aufzuhängen.



In der Begründung zu diesem Urteil verweist das ArbG Herne ausdrücklich darauf, daß auch in caritativen Einrichtungen das im Art. 9 Abs. 3 GG verankerte Recht auf Koalitionsschutz besteht. Das Gericht folgt damit einem Urteil des Bundesarbeitsgerichtes vom 14.2. 1978, das besagt, daß das Recht auf Koalitionsschutz „auch für den Bereich caritativer Einrichtungen der Kirchen im Sinne des § 118 Abs. 2 Be. VG gilt, wenn unter anderem bei der Verteilung von Informations- und Werbematerial die Kirchenautonomie nicht beeinträchtigt und nicht in Abrede gestellt wird“.

Die Vorfälle in Datteln zeigen in eindrucksvoller Weise, mit welchen Mitteln innerhalb des Caritasverbandes eine Interessenvertretung der Kollegen durch die ÖTV behindert wird. Neben massiven Einschüchterungsversuchen der gesamten Belegschaft sollen vor allem einzelne Gewerkschafter kriminalisiert und in die „verfasungswidrige Ecke“ abgedrängt werden.

Anders sind Strafanzeigen und eine Zusammenarbeit mit der politischen Polizei nicht zu verstehen.

Angesichts der Ereignisse in der VK muß man sich darüber hinaus auch fragen, wie weit die im Konkordat geregelten Rechte der Kirchen verfassungsrechtlich unbedenklich sind. Wenn es auch heute noch möglich ist, Mitarbeitern wegen Kirchenaustritts zu kündigen, so ist damit der Willkür Tür und Tor geöffnet. Die Praxis beweist hier sehr deutlich, daß das im Konkordat verankerte Recht der Kirchen, „ihre Angelegenheiten in eigener Verantwortung zu regeln“, dazu geführt hat, unter dem Mantel der „Nachfolge Christi“ die verfassungsmäßigen Grundrechte der Arbeitnehmer außer Kraft zu setzen.

Die ganze Infamie dieser „Regelung der eigenen Angelegenheiten“ wird deutlich, wenn ein kirchlicher Arbeitgeber nicht davor zurückschreckt – wie in Datteln geschehen – eine hochschwangere Mitarbeiterin kündigen zu wollen, weil sie aus der Kirche ausgetreten sei. Wohlgermerkt, ein Arbeitgeber, zu dessen Selbstverständnis die Ablehnung jeglicher Form der Geburtenregelung gehört. Der vielbeschworene „Schutz des ungeborenen Lebens“, den sich alle Kircheneinrichtungen auf ihr Banner geschrieben haben, ist durch eben eine dieser Einrichtungen zur Phrase abgestempelt worden.

In der Zwischenzeit hat die Verwaltung der Vestischen Klinik eine deutliche Antwort auf diese gewerkschaftsfeindlichen Aktivitäten erhalten: Die Belegschaft wählte in der MAV-Wahl, die mit 70% eine sehr hohe Wahlbeteiligung hatte, insgesamt 8 ÖTV-Gewerkschafter in die neue MAV! Gerade die Gewerkschaftsmitglieder, gegen die die Verwaltung mit Abmahnung und Strafanzeige vorgegangen war, erreichten die höchsten Stimmenergebnisse. Der Erfolg wird dadurch vervollständigt, daß insgesamt 10 der 11 neuen MAV-Mitglieder auf einem gemeinsamen gewerkschaftlich orientierten Wahlprogramm kandidierten.

Die Strafanzeigen gegen die beiden Kollegen mußte die VK Datteln mittlerweile zurücknehmen. Eine geplante Revision gegen das ArbG-Urteil Herne vor dem Landesarbeitsgericht Hamm hat Verwaltungsdirektor Matern 3 Tage vor dem Gerichtstermin ebenfalls zurückgezogen. Derzeit bleibt somit nur noch die Forderung auf Entfernung der Abmahnungen aus den Personalakten auf dem Tisch. Der Rechtsanwalt der Klinik hatte zwar eine Entfernung der Abmahnungen bereits vor Wochen zugesagt, allein Herr Matern schießt in dieser Frage z. Z. noch quer. Die Kollegen der ÖTV sind jedoch angesichts der letzten Erfolge zuversichtlich, daß die Klinikleitung auch in diesem Punkt nachgeben muß, notfalls auch nach einem erneuten Prozeß vor dem Arbeitsgericht.

Zutrittsrecht im Krankenhaus:

Die Besserwisser von Karlsruhe

Kurz vor dem Hamburger Kirchentag unter seinem bezeichnenden Motto „Frieden schaffen“ wurde der bereits im Februar ergangene Spruch des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) zur Frage des Zutrittsrechts von Gewerkschaftsbeauftragten in karitativen Einrichtungen der Kirchen veröffentlicht.

Mit 7 zu 1 Stimmen verwiesen die Richter in den roten Roben die Gewerkschaften des Feldes. Nachdem über 70 Arbeitsgerichte, einschließlich des Bundesarbeitsgerichts, ein Zutrittsrecht bejaht hatten, wußten es die Karlsruher Richter besser.

Sie interpretierten wieder einmal das Grundgesetz, nach dem Grundsatz „was nicht geschrieben ist, das gilt auch nicht.“

In dem Urteil ging es hauptsächlich um 2 Artikel des Grundgesetzes (siehe Kasten):

Artikel 9 regelt die Koalitionsfreiheit, das Recht, Gewerkschaften zu bilden.

Artikel 140 die Übernahme des Artikel 137 Weimarer Reichsverfassung (WRV), der das Selbstverwaltungsrecht der Kirchen enthält.

Artikel 9 Abs. 3 Grundgesetz

Das Recht, zur Wahrung und Förderung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen Vereinigungen zu bilden, ist für jedermann und für alle Berufe gewährleistet. Abreden, die dieses Recht einschränken oder zu behindern suchen, sind nichtig, hierauf gerichtete Maßnahmen sind rechtswidrig.

Artikel 137 Abs. 3

Weimarer Reichsverfassung

Jede Religionsgesellschaft ordnet und verwaltet ihre Angelegenheiten selbstständig innerhalb der Schranken des für alle geltenden Gesetzes. Sie verleiht ihre Ämter ohne Mitwirkung des Staates oder der bürgerlichen Gemeinde.

„Dieses Selbstverwaltungs- und Selbstbestimmungsrecht umfaßt alle Maßnahmen, die in Verfolgung der vom kirchlichen Grundauftrag her bestimmten diakonischen Aufgaben zu treffen sind, z. B. Vorgaben struktureller Art, die Personalausstattung und die mit all diesen Entscheidungen untrennbar verbundene Vorsorge zur Sicherstellung der „religiösen Dimension“ des Wirkens im Sinne kirchlichen Selbstverständnisses“. Dies gilt für den Reinigungsdienst im Krankenhaus, Verwaltungstätigkeiten im Kindergarten oder den Verkauf kircheneigener alkoholischer Getränke.

Dieses Selbstverwaltungsrecht schränkt nun laut BVerfG das Zutrittsrecht der Gewerkschaften ein, denn weder im Art. 137 WRV ist

ein Zutrittsrecht für betriebsfremde Gewerkschaftsbeauftragte festgeschrieben, noch gibt es ein Gesetz, das dies regelt.

Das Verbot des Zugangsrechtes stellt auch keine Beeinträchtigung der Koalitionsfreiheit dar, denn diese Koalitionsfreiheit ist nur in einem Kernbereich geschützt, z. B. Werbung von Mitgliedern. Zum Kernbereich gehört aber nicht, daß die Gewerkschaften darüber bestimmen, „ob sie ihre werbende, informierende und betreuende Tätigkeit durch betriebsangehörige Gewerkschaftsmitglieder ausüben lassen oder betriebsfremden Beauftragten diese Tätigkeit übertragen und somit selbst ein Zutrittsrecht wahrnehmen. Daß ohne berufsverbandliches Zutrittsrecht für betriebsexterne Gewerkschaftsangehörige die Erhaltung und Sicherung der Koalition gefährdet wäre... ist jedenfalls dort, wo die Gewerkschaft bereits in Betrieben und Anstalten durch Mitglieder vertreten ist, mit Sicherheit auszuschließen.“

Gerade aber die Unterdrückung der gewerkschaftlichen Rechte der kirchlicher Beschäftigten – bis hin zur Kündigung – hat es doch notwendig gemacht, daß die hauptamtlichen Gewerkschaftler in die kirchlichen Einrichtungen gingen, um die Mitglieder vor Repressalien zu schützen.

Mit seiner Entscheidung hat das BVerfG den „Herr im Haus“-Standpunkt des zweitgrößten Arbeitgebers in der BRD bekräftigt. Wie schon im Urteil über das Krankenhausgesetz des Landes NRW hat es das Selbstverwaltungsrecht der Kirchen über alles gestellt. Daneben wird aber noch ein weiterer politischer Gesichtspunkt in der Urteilsbegründung deutlich. Es wird vom Gesetzgeber ein „Verbandesgesetz“ gefordert, in dem die „Tragweite der Koalitionsfreiheit zu bestimmen und die Befugnisse der Koalitionen auszugestalten und näher zu regeln“ sei.

Daß solch ein Verbandesgesetz im Zeichen der Krise, des Abbaues von Sozialleistungen, der Militarisierung, völkerrechtswidrigem Kampfgas für die Polizei nicht dazu dienen dürfte, gewerkschaftliche Handlungsmöglichkeiten zu erweitern, dürfte einleuchtend sein.

Dies bedeutet aber, daß wir, um das Zutrittsrecht zu erreichen, einen so starken Druck auf die Kirchen ausüben, daß sie nachgeben müssen.

Peter Liebermann

Zitate aus:
Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 17. 2. 1981 2 BvR 384/78

KONGRESS BERICHTE

ASG: Gesundheitsgerechte Arbeits- und Lebensbedingungen schaffen!

Vom 12.–14. Juni 1981 fand der diesjährige 17. Bundeskongreß der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) in Bonn statt. Neben viel SPD-Prominenz waren auch Monika Wulf-Mathies vom Hauptvorstand der ÖTV und Karl-Heinz Janzen, Vorstand der IG Metall, als Gäste und Referenten vertreten. Koll. Janzen sprach zum Hauptthema des Kongresses kritisch zur bisherigen Bilanz betriebsärztlicher Versorgung: „Während das Arbeitssicherheitsgesetz auch im betriebsärztlichen Aufgabenkatalog der Gestaltung der Arbeitsbedingungen höchste Priorität gibt, liegt der Schwerpunkt der Tätigkeit der Betriebsärzte leider nach wie vor bei Maßnahmen zur Anpassung des Menschen an die Arbeit.“

Koll. Janzen faßte seine Ausführungen in 5 Hauptforderungen zusammen:

- „1. Eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung kann dadurch erreicht werden, wenn verstärkt Anstrengungen unternommen werden, die Entstehungsursachen von Krankheiten in ihrer Vielfalt zu erforschen und zu bekämpfen.“
2. Die Ursachen von Krankheiten, vor allem in der Arbeitswelt und dem sozialen Umfeld der Menschen sind durch umfassende Maßnahmen der Vorsorge abzubauen und konsequent zu bekämpfen.
3. Dazu bedarf es eines integrierten Systems der Gesundheitssicherung, in das der öffentliche Gesundheitsdienst ebenso eingebunden ist wie die Ärzte, Krankenhäuser, die betriebs- und sozialmedizinischen, die sozialen Dienste und Sozialleistungsträger.
4. Die psychiatrische Versorgung muß verbessert, bedarfsgerecht und gemeindenah gegliedert werden.
5. Wir brauchen überzeugende Programme und Aktivitäten zur Ursachenbekämpfung von Suchtkrankheiten.“

Der wiedergewählte ASG-Vorsitzende und Bremer Gesundheitssenator Herbert Brückner ging gleich einleitend auf die aktuelle Selbstbeteiligungs- und Spardiskussion ein: „Sozialdemokraten lehnen es ab, sich auf eine Diskussion einzulassen, die nur dem Ziel dient, das System der gesundheitlichen Versorgung in unserem Lande durch soziale Demontage zu verändern.“ Hoffentlich dringen diese Worte auch bis an die Ohren von Kanzler Schmidt und Minister Ehrenberg! Selbstbeteiligungspläne und Ausweitung des ambulanten Operierens in Arztpraxen wurden ebenso kritisiert wie die FDP, die versuche, „unter dem Deckmantel vermeintlicher Marktwirtschaft das jetzige System in die falsche Richtung fortzuschreiben.“

H. Brückner stellte die gesundheitspolitischen Forderungen in die Tradition der Gesundheitspolitik der SPD der zwanziger und dreißiger Jahre. In diesem Zusammenhang wurde ein Plakat mit den Forderungen des ersten sozialdemokratischen Ärztetages vom Mai 1931 im Faksimile nachgedruckt und verteilt. Es entstammt einem neuen Forschungsbericht von Stefan Leibfried/Florian Tennstedt über den sozialistischen Arzt Georg Löwenstein. „Von den damaligen sozialdemokratischen Alternativen zur bürgerlichen Gesundheitspolitik haben viele bis heute nichts von ihrer Berechtigung eingebüßt“, meinte Brückner.



Von den Beschlüssen ist besonders der Leitantrag „Zur Umsetzung einer Politik für gesundheitsgerechte Lebens- und Arbeitsbedingungen“ hervorzuheben. Der Beschluß stützt sich programmatisch auf die „Gesundheitspolitischen Leitsätze von 1977“ und versucht eine Strategie zur Durchsetzung zu formulieren. Dazu wird zunächst einmal zur Mobilisierung der Betroffenen innerhalb und außerhalb der SPD-Gliederungen aufgerufen, ferner werden die Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherungsträger und Kommunen aufgefordert, zur Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen regional gemeinsame Anstrengungen zu unternehmen.

Bund und Länder werden aufgefordert, den „gesetzlichen Rahmen zu schaffen, daß gesundheitsgerechte Lebens- und Arbeitsbedingungen“ geschaffen werden. „Das erfordert politische Konzepte, die mittelfristig angelegt sein müssen, vor allem in den Bereichen Umwelt und Arbeitsschutz, Wohnen, Städtebau und Raumordnung, Verkehr, Bildung und Freizeit.“ Die Gegner eines solchen Programms werden nicht näher definiert, jedoch eingeräumt: „Dieser politische Prozeß ist mühsam. Er wird nur in kleinen Schritten gegen massive Interessentenwiderstände durchzusetzen sein.“

Eine ganze Anzahl weiterer Beschlüsse befaßt sich mit strukturellen Fragen (Neustrukturierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes; Förderung von Selbsthilfegruppen), mit Fragen der psychosozialen Versorgung, des Verbots der Werbung für Tabak und Alkohol. Nicht zuletzt beschloß der ASG-Kongreß eine Beteiligung am Gesundheitstag in Hamburg. (Beschlusssammlung bei: ASG, Ollenhauerstr. 1, 5300 Bonn 1). Die ASG dokumentierte in zahlreichen Beschlüssen erneut ihren fortschrittlichen gesundheitspolitischen Standort, die Durchsetzung ihrer Beschlüsse scheiterte bisher nicht nur an den „massiven Interessentenwiderständen“,

sondern auch an den „Machern“ innerhalb von Partei und Regierung, die gerade in der aktuellen Spardiskussion wieder den Ton angeben.

K.-H. Janzen meinte dazu: „Es hat nicht an Kreativität, sondern an dem nun einmal nötigen Mut gefehlt, die Dinge beherzt anzupacken.“

M. Albrecht

4. Nationaler Kongreß für Krankenpflege

Der 4. Nationale Kongreß für Krankenpflege vom 9. bis 11. April 1981 im Kongreßzentrum Hamburg stand unter dem Leitthema – Moderne Medizin und deren Auswirkungen auf die Krankenpflege –

Eingeladen hatte hierzu der Fachverband für Krankenpflege e.V. Vor ca. 6000–8000 interessierten Zuhörern referierten zu diesem Thema Mediziner, Krankenpflegepersonen und Vertreter anderer Berufsgruppen.

Die Gliederung des Leitthemas orientierte sich an der geläufigen Aufteilung nach medizinischen Fachgebieten und berücksichtigte die Bereiche

Chirurgie, Orthopädie/Sportverletzungen, Unfallchirurgie, Anaesthesie- und Intensivpflege, Innere Medizin und Intensivpflege, Urologie und Dialyse, Hygiene, Psychiatrie, Neurologie sowie die außerklinische Katastrophenmedizin und den werksärztlichen Dienst.

Zusätzliche Veranstaltungen der Vereinigung der Stomatologen, der Fa. Braun Melsungen, der Akademie für medizinische Fortbildung e.V., des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, des Arbeiter-Samariter-Bundes und der Krebsliga Saarland ergänzten das vielfältige Programm.

Mit einem eigenen Programm wurden die Krankenpflegeschüler angesprochen.

Hier ging es während 2 Tagen um die Krankenpflege als soziales Übungsfeld. In 11 Beiträgen beschäftigten sich sechs Fachleute der Krankenpflege, zwei Psychologen sowie ein Mediziner und ein Pädagoge mit so aktuellen Themen der heutigen Krankenpflege wie

- Einstellung zum Beruf und Verweildauer
- Berufswahlmotivation und Berufsverständnis
- den Forderungen einer patientenorientierten Krankenpflege und der Pflegeplanung

In den z.T. parallel laufenden Veranstaltungen zu dem Kongreßthema referierten 86 Ärzte und 16 Fachleute der Krankenpflege aus der Sicht ihrer jeweiligen Fachgebiete.

Die hochspezialisierten Beiträge (z.B. im Fachbereich Anaesthesie und Intensivpflege): Präoperative Pharmakotherapie mit Herzglykosiden

Antihypertensiva und Beta-Blockern oder im Fachbereich Urologie und Dialyse: Formen der Peritonealdialysebehandlung boten dem terminologisch bewanderten und in diesem Fachgebiet geschulten Zuhörer ein medizinisch interessantes Angebot.

Wo jedoch blieb die eigentliche Auseinandersetzung mit den Auswirkungen moderner „Apparate“-Medizin auf die Krankenpflege?

Kaum einer diskutierte über die täglichen Belastungen der Pflege durch neue Technologien, die keine Zeit mehr läßt, sich um Planung und Organisation der Krankenpflege zu kümmern oder sogar den Kontakt zum Patienten verhindern.

Die Verzahnung beider Fachbereiche: Medizin und Krankenpflege ist unumstritten und Veränderungen in dem einen müssen sich notwendigerweise auf den anderen auswirken. Gerade aber die Wechselwirkungen solcher Prozesse wurden m.E. weder in der Zusammensetzung der Referenten (Verhältnis Ärzte : Krankenpflegepersonal) deutlich, noch in der Auseinandersetzung mit der Sache klar herausgearbeitet.

Beide Berufsgruppen sollten daran interessiert sein, solche Gelegenheiten, wie Kongresse, zu fachlich verständlichen Auseinandersetzungen zu nutzen, um fachspezifische Interessen und Probleme gemeinsam und partnerschaftlich zu diskutieren, damit für die Zukunft gemeinsame Ziele festgelegt werden können.

Notwendigerweise müßte dann das Thema des nächsten Kongresses „Veränderungen in der Krankenpflege und deren Auswirkungen auf die Medizin“ sein.

Margot Sieger
DTV-Fortbildungsinstitut für
Krankenpflegeberufe

Reha '81

Düsseldorf, 18.-24. 6. 1981

Spektakulär begann die Eröffnungsveranstaltung der Reha '81, einer internationalen Messe und Kongreß „für“ Behinderte, als der Behinderte Franz Christoph dem Bundespräsidenten Karl Carstens „eine zärtliche Berührung mit einem orthopädischen Hilfsmittel“ verschaffte. Er wollte so die Scheinheiligkeit der mit viel Brimborium beladenen Eröffnungsveranstaltung aufdecken. Doch sein Protest wurde nicht ernst genommen, die Messe und der Kongreß lief unter verstärkten Vorsichtsmaßnahmen weiter: die Kongreßbesucher mußten sich einer Taschendurchsuchung aussetzen, „verdächtige“ Personen wurden gar nicht erst reingelassen.

So interessant und wichtig die Themen Partnerschaft, Rehabilitation, Arbeitsplatzproblematik und Lebensraumplanung von Behinderten sind, so langweilig und unwichtig erschienen sie auf dem schlecht besuchten Kongreß. Die Referenten brachten nichts Neues, und in Diskussionen wichen sie bei unangenehmen, konkreten Fragen der Behinderten aus. Vorrangig wurde aufgezählt, was schon alles geändert worden sei und viele Belobigungen ausgesprochen.

In den Messehallen zeigten fast 200 Vertreter ihre Hilfen für Behinderte. Es besteht ein sehr großes Angebot an Hilfsmitteln, für den Laien undurchschaubar, für die Hersteller und Fachhändler sicherlich sehr lukrativ und imponierend. Siehe jedoch Artikel weiter unten.

Randbemerkung: Auf den Parkplätzen und im ganzen Messegelände gab es Hilfspersonal für Rollstuhlfahrer – ein (bezahltes, organisiertes) Hilfssparadies für einige Tage. Ob diese „Partnerschaft“ (Thema des Kongresses) auch jetzt noch besteht?

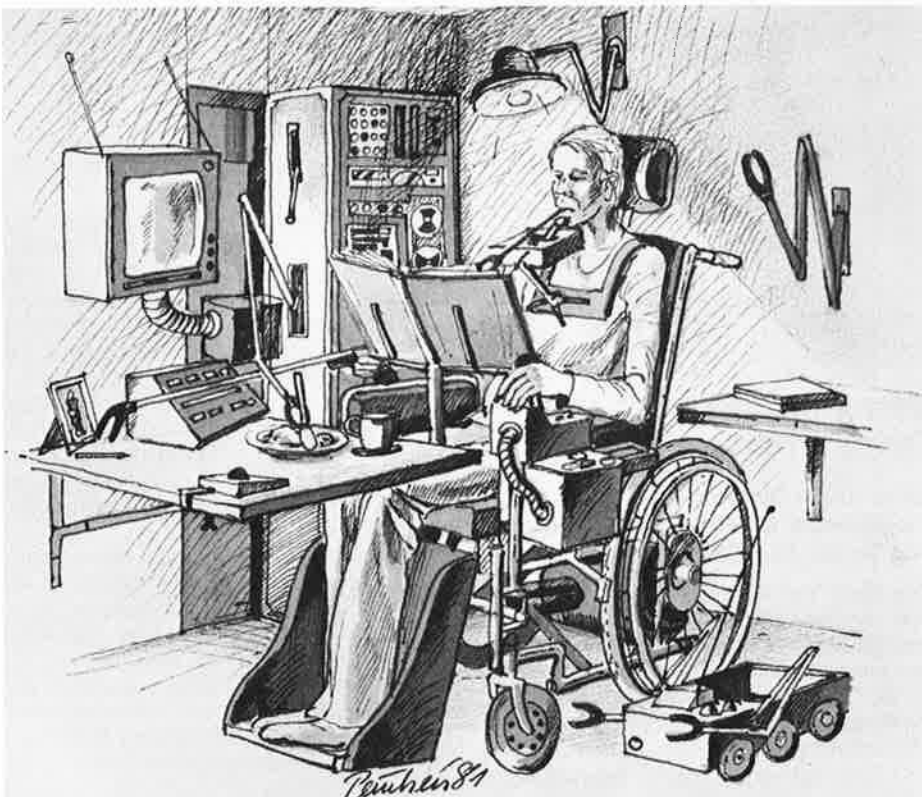
Ulla Funke

Fortschritt???

Überlegungen zur Entwicklung auf dem „Behinderten-Markt“

Ein Gang über die Reha '81 verursachte mir einige Magenschmerzen: es zeigte sich nämlich, wie willkommen der Industrie das Jahr der Behinderten ist – es wird produziert, ohne auf die Folgen zu achten.

Jetzt gibt es nicht mehr nur die Brille für jede Gelegenheit, nein, auch den Rollstuhl: fürs Haus, für draußen, fürs Auto, für den Sport... Es muß sicherlich verschiedene Ausführungen geben, aber das führt einfach zu weit. Dann werden immer mehr elektronische Geräte entwickelt, die Blinden, Gehörlosen, Amputierten usw. helfen sollen. Der Clou der Ausstellung war ein Auto, das ohne Lenkrad für Arm-Behinderte auf Sprache in ein Mikrofon reagierte (Vorsicht: Das Sprechen mit dem Fahrer während der Fahrt ist verboten!!!)



Sicher ist es für den einzelnen Behinderten wichtig, durch Hilfsmittel unabhängig zu sein, selbständig handeln zu können usw. Nicht ständig um Hilfe bitten zu müssen! Aber geht die Entwicklung nicht auf Kosten der menschlichen Kontakte? Und gerade die sollen doch durch den Fortschritt verbessert werden. Wenn die Entwicklung so weitergeht, stelle ich mir einen Behinderten im Jahre 2000 vor, der mit Hilfe elektronischer Geräte alles tun kann – aber allein in seinem Raum, liegend, umgeben von Kälte ausstrahlenden Geräten, in Technik vereinsamend, erstickend.

Oder, wie in der USA, wo die Perversion – Verzeihung – Perfektion immer schon ein Stück weiter ist, werden bereits Affen dazu dressiert, hilflose Menschen zu füttern!

Wird nicht gerade durch diese Entwicklung, die als Eingliederungshilfe deklariert wird, eine Aussonderung vorgenommen? Ich glaube manchmal, daß die Elektronik die Gesellschaft vom schlechten Gewissen der mangelnden menschlichen Hilfe den nicht so Leistungsfähigen

KONGRESS BERICHTE

gen gegenüber entlasten soll – und dabei lautete das Konzeptthema: „Recht auf Partnerschaft“!

Durch eine andere Einstellung den Behinderten gegenüber, die z. B. Hilfe als etwas Selbstverständliches ansieht (und nicht etwas zur ewigen Dankbarkeit verpflichtendes) und durch besseren Ausbau der ambulanten Hilfen wäre ein menschlicheres Leben vieler Behinderter möglich. Ich lasse mich doch lieber von einem Menschen zudecken, waschen, anziehen, füttern als durch eine Maschine!

Auch durch bessere Wohn- und Verkehrsmöglichkeiten, die gleich bei der Planung und nicht erst hinterher gebaut werden, gehören dazu. In

Schweden werden fast alle Wohnungen und Verkehrsmittel behindertengerecht gebaut, da erwiesen ist, daß 25% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens mit Behinderungen in Berührung kommen. Wäre eine solche Einstellung bei uns nicht auch möglich? Was hat dazu geführt, daß Behinderte (geistig und körperlich) ausgegliedert werden? Wo steuert die Entwicklung hin?

Zum Schluß noch ein Gedanke: Jeder weiß doch, wie reparaturrempfindlich hochentwickelte Geräte sind – und bei Versagen der Technik stehen die Behinderten genauso da wie heute – nur, daß dann noch mehr Leute den normalen Umgang mit Behinderungen verlernt haben und...

Ich weiß, daß ich mit diesen Überlegungen sicher auf manch harten Widerstand stoßen werde – für die einzelnen bedeutet eine technische Hilfe immer eine große Erleichterung (für mich als Gehbehinderte hat mein Auto diese Bedeutung), doch kann ich mich nicht gegen diese düstere Zukunftsvision wehren.

Ulla Funke

buch *Kritik* buch



Vernachlässigte Gesundheit

Hans-Ulrich-Deppe u.a.
Kiepenheuer & Witsch, Köln 1980
342 Seiten, 39,- DM

Das Buch von Deppe ist nunmehr fast ein Jahr auf dem Markt. Seine Autoren haben sich die Mühe gemacht, eine vielen als trockenen und wenig attraktiv erscheinende Materie zu bearbeiten: die ökonomischen und ideologischen Grundlagen der derzeitigen Gesundheitspolitik.

Das Buch hat hervorragende Beurteilungen erhalten und seine Verbreitung unter medizinpolitischen Fachleuten gefunden. Es gehört jedoch weniger in Universitäten und Institute als in die Hand einer breiten medizinpolitisch interessierten Leserschaft.

In der Tat ist „Vernachlässigte Gesundheit“ nicht so einfach zu lesen wie so manche derzeitige Publikation über die traurigen Skandale im Gesundheitswesen. Denn was z.B. die Gemüter über die „Gesunden Geschäfte“ der Pharmaindustrie berechtigterweise in Wallung bringt, hat seinen ökonomischen Hintergrund, der nicht immer so spektakulär – dafür aber bedeutungsvoller ist – als so manche Eruption an der Oberfläche.

Deppes Buch behandelt diese Hintergründe ausführlich: Geschichte + Ökonomie der Sozialversicherungen, Ärzteverbände, ambulante und stationäre Versorgung, präventive und kurative Medizin, Zahlen und Fakten aus der Pharmaindustrie, Gesundheit + Arbeitswelt etc. An diesem Gesundlagenwissen kommt keine alternative, andere, wie auch immer vorwärtstreibende gesundheitspolitische Diskussion vorbei, die wirklich etwas in Bewegung setzen will.

Eine weite Verbreitung ist dem Buch auch deshalb zu wünschen, weil die in den letzten Jahren ausgeweitete öffentliche Diskussion über Fragen des Gesundheitswesens nicht in gleichem Maße mit der Erarbeitung wirksamer Reform- und Durchsetzungsstrategien einhergegangen ist. – Zu viele Kritiker unseres Gesundheitssystems kommen nicht über oberflächliche Situationsbeschreibungen hinaus.

Häufig dominiert bei ihnen eine anklagende, zum Teil recht hilflos moralisierende Haltung. Trotz radikaler Ablehnung der herrschenden Verhältnisse bleibt die Formulierung wirklicher Alternativen bei Allgemeinplätzen hängen. – Ungefährlich für die Profis und Profitmacher im Gesundheitssektor, die die Kunst des Moralisierens viel besser als mancher „Alternative“ beherrschen. Der selbst schon wieder profitträchtige Publikationsboom über Gesundheitsfragen zeigt, wie geschickt von dieser Seite die Aufdeckung ökonomischer und ideologischer Hintergründe verhindert werden soll.

„Vernachlässigte Gesundheit“ ist ein Buch, das diesem Trend entgegenarbeitet: nicht moralisierend, nicht sensationslüstern, dafür wissenschaftlich fundiert. „Vernachlässigte Gesundheit“ ist ein **Handbuch** für die medizinpolitische Diskussion. Keine fertigen Rezepte, dafür mit dem Schwerpunkt auf umfangreicher Analyse. Schon ihre Lektüre zeigt, daß es an Reformmöglichkeiten nicht mangelt, sondern daß von herrschender Seite dazu der politische Wille – von fortschrittlicher Seite dazu noch die politische Kraft – fehlen, um solche Veränderungen durchzusetzen.

„Vernachlässigte Gesundheit“ demonstriert, wie „Fachmediziner“ und pharmazeutische Industrie mit einer weitgehend ungeprüften „Wissenschaftsdiskussion“ das teure und in effektive – für den Patienten (viele Ärzte) jedoch undurchschaubar eindrucksvolle – Gebäude der kurativen (heilenden) Medizin aufrechterhalten. Die kostspielige, fast wirkungslose Früherkennung einiger Erkrankungen wird offiziell zur „Vorsorge“ hochgejubelt. Wirkliche Vorsorge im Sinne krankheitsvermeidender Maßnahmen werden jedoch tunlichst unterlassen. Sie wären zwar billiger und setzen – wie in dem Buch eindrucksvoll gezeigt wird – weniger neue medizinische Kenntnisse als politischen Reformwillen im außermedizinischen Bereich voraus. Dazu gehört jedoch der Mut, mächtigen Lobbyisten und Interessengruppen auf die Füße zu treten. „Vernachlässigte Gesundheit“ bietet trotz – oder gerade wegen – der sehr grundlegenden Abhandlungen viel Anregung für die Diskussion unter Pflegepersonal und Ärzten. Sehr gut sind das Stichwortverzeichnis, die umfangreiche Darstellung der verwendeten Literaturquellen und die Erklärung fast aller Fachausdrücke und Fremdwörter.

Bedauerlich, daß sich einige der Autoren des Buches immer noch nicht von ihrem reichlich akademischen Stil lösen können. Für manchen Leser ist dies sicher ein Hemmschuh – genau wie der Preis von 39,- DM, der der notwendigen Verbreitung des Buches diametral entgegengesetzt ist. Eine Taschenbuchausgabe für 6,80 DM könnte die gesundheitspolitische Diskussion sicher mehr beleben.

Norbert Andersch

Kopfkorrektur oder Der Zwang, gesund zu sein

Monika Aly, Götz Aly, Morlind Tumler

Rotbuch Verlag Berlin 1981
160 Seiten

„Ein behindertes Kind zwischen Therapie und Alltag“ lautet der Untertitel dieses Buches, in dessen Mittelpunkt die medizinischen und therapeutischen Maßnahmen für ein behindertes Kind in dessen ersten beiden Lebensjahren stehen.

Im ersten Teil des Buches wird ein Aufsatz von Monika Aly abgedruckt, der bereits 1980 als Broschüre unter dem Titel „Verdrängung, Normalität und Therapieglaube“ erschienen ist. Hier werden aus eigenem Erleben die Wege der Integration Behinderter dargestellt, wie sie in Italien (Florenz) gegangen werden. Im Mittelpunkt steht dabei das von Prof. Milani-Comparretti geleitete Ambulatorium „Anna Torrigiani“. Daneben kommt Monika Aly zu einer kritischen Einschätzung ihrer Tätigkeit als Krankengymnastin: „Eine Therapie darf nicht nur aus der Anwendung verschiedener Techniken bestehen, son-



dern die Methode des Therapeuten muß eine individuelle sein, bei der er auch Techniken hinzunehmen kann. Milani sagte mir: „Es gibt verschiedene Techniken, ihre Therapie heißt aber nicht Bobath oder Vojta, sondern immer Monika.“ (34). Die herkömmlichen Methoden der Krankengymnastik werden später im Buch gut und verständlich beschrieben, besonders bei der Methode von Václav Vojta wird ihre Unmenschlichkeit und Gewalttätigkeit deutlich.

buch *Kritik* buch

Der größte Teil des Buches beschreibt die ersten zwei Lebensjahre des behinderten Kindes Karlina. Die Geschichte dieses Kindes ist eine „Horror-Story“, wie sie jeder kennt, der mit behinderten Menschen zu tun hat. Sie ist gekennzeichnet durch die Angst der Mutter, durch die Dummheit, Ignoranz und Unfähigkeit der Ärzte und Therapeuten, die „Hoffnungen zerstören, wo Hoffnung gebraucht wird.“ (56). Persönliche Erlebnisse der Autoren werden durch theoretische Erläuterungen ergänzt, die gut verständlich, allerdings auch mitunter etwas oberflächlich sind (so bei der Behandlung der Arbeitsweise des menschlichen Gehirns).

Neben der cerebralen Bewegungsstörung Karlina stehen Anfälle im Mittelpunkt, die sie mit einem dreiviertel Jahr bekommt. Aufgrund eines EEG-Befundes wird dem Kind ein „medikamentöses Dauerregime“ (103) verordnet, ohne daß der Arzt sich das Kind angesehen hätte. Wie bei den Krankengymnastik-Methoden wird auch die medikamentöse Epilepsie-Behandlung dargestellt und kritisiert. Auch hier wird sichtbar, mit welcher Schlampigkeit Ärzte mit dem Wohlergehen ihrer Patienten umgehen können, besonders, wenn diese behindert sind.

Überlegungen der Verfasser, die einen Zusammenhang zwischen Rachitisprophylaxe mit Vitamin D und dem Auftreten von Epilepsie bei Cerebralparese vermuten, sind sehr interessant und einer Nachprüfung wert. (121–127).

Das Buch endet mit einem Abschnitt über NS-Verbrechen an behinderten Menschen, das Verhalten der Ärzteschaft im Faschismus und die inhaltliche und personelle Kontinuität von Teilen der Schulmedizin von damals bis heute.

Schwach und widersprüchlich wird das Buch, wenn es um Gegenstrategien gegen diesen unmenschlichen Medizinapparat, um Alternativen geht. Sie werden gesehen in der Flucht ins Privatleben, in Nachbarschaftshilfe, in „Änderung des Lebensrhythmus“. Es wird völlig übersehen, daß nicht die Medizin an sich schlecht ist, sondern die Medizin im Dienste des Kapitals, daß es auch demokratische Ärzte gibt, die um eine demokratische Praxis bemüht sind, daß auch die Gewerkschaften Bündnispartner sind und sich nicht „in einer Koalition mit Bürokratien, Apparateherstellern wie Siemens, Baulöwen und linksradikalen Ärzten“ befinden (24). Auch bei der Ablehnung von Wissenschaftlichkeit und Wachstum fragen die Verfasser nicht danach, wem es dient, den Pharmakonzernen oder den Menschen.

Trotz der genannten Mängel überzeugt das Buch. Die Argumentationen sind größtenteils klar und einleuchtend, die Erlebnisse Karlina und der Verfasser machen dem Leser Angst, Angst vor terroristischen Methoden der Krankengymnastik, vor unmenschlicher Epilepsiebehandlung, Angst vor einem Gesundheitswesen, in dem der Profit des Kapitals vor der Gesundheit der Menschen steht.

Heinz Becker, Bremen

Still-Bücher

(Sammelbesprechung)

Zum Thema Stillen sind in den letzten Jahren mehrere Bücher auf den Markt gekommen. Wir möchten drei von den erschienenen Büchern besonders hervorheben.

Vom Deutschen Grünen Kreuz ist „Stillen und Stillhindernisse – Bericht über ein internationales Symposium“ herausgegeben worden. Hier werden alle physiologischen Vorgänge bei der Milchproduktion, die Zusammensetzung der Milch, Stillhindernisse bei Mutter und Kind (die es so gut wie nicht gibt!) und Schadstoffe und Medikamente in der Milch besprochen. Zusätzlich finden sich noch exotische Beschreibungen von „circadiane Rhythmen der Nahrungsaufnahme“ und „Präverbale Lautäußerungen“ – von Männern für Männer geschrieben! Im letzten Teil des Buches – Praxis der Muttermilchernährung – wird klar und eindeutig erzählt, wie Mutter und Kind (und Vater) im Krankenhaus behandelt werden müßten, wie eine nichtärztliche Stillberatung funktionieren sollte, und zum guten Schluß werden die Empfehlungen des Symposiums abgedruckt.

Das Buch ist von Fachleuten geschrieben; es ist Fachleuten zum Lesen zu empfehlen – vor allem der letzte Teil. Wenn die Konsequenzen aus den Empfehlungen gezogen werden würden, sähe heute schon die Wochenbettsituation und somit die Stillsituation für manch eine Frau besser aus. Von zwei Frauen aus der Stillberatung sind auch Bücher gekommen – „Die Kunst des Stillens“ von Sylvia Brunn und „Das Stillbuch“ von Hanny Lothrop. Im Gegensatz zum erstgenannten Buch sind diese von Frauen mit Still- und Beratungserfahrungen geschrieben. In beiden Büchern wird über das Stillen, die Vorbereitung darauf und über Fragen und eventuelle Probleme, die auftreten können, berichtet. Beide Auto-

rinnen schreiben aufmunternd und zuversichtlich, so daß jede „Möchte-gerne-Stillen“-Frau sich beim Lesen psychische Stärkung holen kann. Beide Bücher sind sehr übersichtlich gegliedert, haben ein gutes Inhalts- und Stichwortverzeichnis und sind als Nachschlagewerk in Problemsituationen immer wieder zu gebrauchen. Sie lesen sich sehr leicht, wobei der Schreibstil von Hanny Lothrop mir allerdings besser gefällt. Sie schreibt einfach, natürlich und selbstbewußt. Schon ein Vergleich der beiden Titel zeigt den Unterschied, der beim Lesen der Bücher die ganze Zeit zu spüren ist.

Eines dieser Bücher sollte Pflichtlektüre aller im Gesundheitswesen Tätigen werden, die in irgendeiner Weise mit Schwangeren, Gebärenden und frischgewordenen Eltern zu tun haben. Hier können die Experten noch viel von den Laien lernen.

Unni Kristiansen-Kamps

Stillen und Stillhindernisse

Deutsches Grünes Kreuz, Postfach 1207, 3550 Marburg
1980, 150 Seiten, 16,80 DM

Das Stillbuch

Hanny Lothrop, Kösel Verlag 1980
212 Seiten, 19,80 DM

Die Kunst des Stillens

Sylvia Brunn, Eberhard Schmidt
Lector-Verlag 1979
200 Seiten, 24,80 DM

Das Recht des Krankenpflegepersonals

von Hans Böhme, Teil I Arbeitsrecht
2., erw. Auflage 1978, 245 Seiten,
Lempp-Verlag, 28,50 DM

Der Verfasser, Rechtsanwalt und Dozent im Fach Rechtskunde im Fortbildungswerk für Sozialberufe im DGB-Berufsbildungswerk Stuttgart, hat es geschafft, in verständlicher und mit vielen Beispielen versehener Form Grundbegriffe des Arbeitsrechts zu vermitteln. In den sieben Kapiteln: Grundlagen des Arbeitsrechts, Beginn des Arbeitsverhältnisses, Vergütung, das Anweisungsverhältnis zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber, Arbeitsgestaltung und Arbeitsschutz, Urlaub, Sonderurlaub und Arbeitsbefreiung, Änderung und Beendigung des Arbeitsverhältnisses werden die wichtigsten Begriffe des Arbeitsrechts aus der Sicht des Krankenpflegepersonals erläutert, die aber für alle Beschäftigungsgruppen im Krankenhaus Anwendung finden. Bei einer künftigen Neuaufgabe sollten im Abschnitt „Beteiligung der Belegschaftsvertretung“ das Betriebsverfassungsgesetz und die Mitarbeitervertretungsordnungen in konfessionellen Krankenhäusern stärkere Berücksichtigung finden.

Dieses Buch kann allen, die sich über ihre Rechte gegenüber ihrem Arbeitgeber informieren wollen, trotz seines Preises, empfohlen werden.

Peter Liebermann





Foto: J. Giesel

Karl-Heinz Janzen, im IG-Metallvorstand zuständig für den Bereich Sozialpolitik einschließlich Arbeits- und Sozialrecht, Arbeitssicherheit, Schwerbehinderte sowie Automation und Technologie und Humanisierung der Arbeit. Dazu noch Arbeitsmarktpolitik, in dieser Funktion gehört er dem Verwaltungsrat der Bundesanstalt für Arbeit an.

„... was wir durch einen 16wöchigen Streik 1956 in Schleswig-Holstein erkämpft haben, nicht widerstandslos nehmen lassen.“

Haushaltssanierung, Begrenzung der Sozialleistungen, Kürzung des Arbeitslosengeldes, neues Kostendämpfungsgesetz – seit Monaten schwirren diese Begriffe durch Presse und Fernsehen. Hochdotierte Politiker und Journalisten versuchen mit allen Mitteln, der Bevölkerung Sozialabbau und Aufrüstungskurs schmackhaft zu machen. Ob dieser Kurs durchgesetzt werden kann, hängt entscheidend von der Haltung der Gewerkschaften ab. Mit dem IG-Metall-Vorstandsmitglied Karl-Heinz Janzen sprach DG-Redakteur Matthias Albrecht am 4. August.

DG-Interview mit K.-H. Janzen

DG: In den letzten Wochen wurden wichtige Weichen in Richtung Sozialabbau gestellt. Wie beurteilt die IG Metall diese Pläne?

Janzen: Zwar ist der finanzielle Umfang der geplanten Maßnahmen bekannt, aber sonst liegt wenig Konkretes auf dem Tisch. Dann gibt es eine ganze Reihe von Überlegungen, die mit dem Haushalt zunächst gar nichts zu tun haben. Da ist z. B. der Bereich Krankenversicherung. Was in diesem Bereich stellenweise beabsichtigt ist – nämlich zu einer Kostendämpfung zu kommen –, das würden wir außerordentlich begrüßen.

Hingegen hat es Vorschläge von einigen Politikern gegeben, so z. B. zum Thema Lohnfortzahlung von Wirtschaftsminister Lambsdorff. Wir werden uns das, was wir durch einen 16wöchigen Streik 1956 in Schleswig-Holstein erkämpft haben, nicht widerstandslos nehmen lassen. Ich hoffe, das Thema ist bald vom Tisch.

DG: Und was ist mit der angekündigten Kürzung des Arbeitslosengeldes?

Janzen: Die FDP schlägt vor, das Arbeitslosengeld von 68 % auf 63 % des letzten Nettolohnes zu kürzen. Auch dazu werden wir unsere Zustimmung nicht geben. Wir sind der Meinung, daß das Arbeitslosengeld mit 68 % vom vergleichbaren Nettoverdienst nun wirklich nicht zu hoch ist. Ich halte es auch nicht für sinnvoll, wenn nach einer Kürzung des Arbeitslo-

sengeldes dann in manchen Fällen Sozialhilfe gezahlt werden müßte.

DG: Wie könnten denn Kürzungen des Arbeitslosengeldes verhindert werden?

Janzen: Zur Finanzierung des Defizits im Haushalt der Bundesanstalt für Arbeit wird der Vorschlag gemacht, den Beitrag zur Arbeitslosenversicherung zu erhöhen. Wir haben von Anfang an gesagt, daß zunächst einmal auch Selbständige, Freiberufler und Beamte einen Arbeitsmarktbeitrag zahlen müssen. Wenn das durchgesetzt ist, lassen wir auch über die Höhe der Beiträge mit uns reden.

„Mir scheint es wirklich makaber – und uns auch immer aufgedrängt –, daß zu einem Zeitpunkt, wo man bereit ist, enorme Mittel in den Rüstungsbereich zu stecken, gleichzeitig über Reduzierung von Sozialleistungen für die sozial Schwächsten gesprochen wird.“

DG: Ist denn die Einführung eines allgemeinen Arbeitsmarktbeitrages für die genannten Gruppen realistisch?

DG: Ich sehe von der Sache her durchaus Realisierungschancen, allerdings habe ich den Eindruck, daß unsere Politiker nicht bereit sind, das Thema überhaupt ernsthaft zu erörtern. Es werden immer sehr vordergründig verfassungsrechtliche Argumente

dagegen vorgebracht. Damit kaschiert die Politik die Angst vor der eigenen Courage.

DG: Es ist – auch in den Medien – sehr viel vom „Einsparen“ und „Sanieren“ die Rede, aber sehr wenig von einer aktiven Beschäftigungspolitik zum Abbau der Arbeitslosigkeit.

Janzen: Der DGB und auch die IG Metall haben sich dazu schon oft geäußert: hier muß eine Menge geschehen. Vor allem muß ein massives staatliches Investitionsförderungsprogramm mit den Schwerpunkten Wohnungsbau, Energie und Umwelt her. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen müßten unseres Erachtens höhere Einkommen stärker als bisher steuerlich belastet werden. Das kann z. B. durch die Einführung einer Ergänzungsabgabe geschehen. Ferner müssen Steuerrückstände energischer eingetrieben werden. Außerdem entstehen bei der Arbeitslosenversicherung riesige Ausfälle durch illegale Leiharbeit. Wir haben schon seit Jahren gefordert, daß Leiharbeit grundsätzlich verboten werden soll.

DG: Worin siehst du eigentlich die Ursachen der gegenwärtigen Spardiskussion? Leben wir alle mit einer „Hängemattenideologie“, sind deshalb die „Grenzen des Sozialstaates“ erreicht?

Janzen: Das wurde schon in den 60er Jahren auf CDU-Parteitag von Spitzen-

politikern dieser Partei behauptet. In den letzten Wochen sprach der FDP-Vorsitzende Genscher gar von der „sozialen Hängematte“. Für mich ist immer interessant, wer eigentlich darüber redet. Im Regelfall sind es die, die materielle Sorgen nie gekannt haben. Ihre Existenz ist so gut abgesichert, daß sie in diese „Hängematte“ gar nicht reinfallen können. Wer sich damit mal etwas näher befaßt, wird sehr schnell sehen, daß Arbeitslosengeld oder -hilfe z. B. nicht dazu ausreichen, auf „Mallorca Urlaub zu machen“.

„Nur sollte sich jeder darüber im klaren sein, daß das, was jetzt so unter ‚Mißbrauchs‘-Diskussion läuft, für den Haushalt so wenig bringt, daß es sich nicht einmal lohnt, sich darüber ernsthafte Gedanken zu machen.“

DG: Ist die „Mißbrauchs“-Diskussion also nur vorgeschoben?

Janzen: Sicherlich ist in den Jahren der vollen Kassen bei den Sozialversicherungsträgern das eine oder andere in den Leistungsbereich gekommen, was man heute – nach einiger Erfahrung – mit Sicherheit nicht mehr machen würde. Darüber muß man nachdenken und an der einen oder anderen Stelle Korrekturen vornehmen. Nur sollte sich jeder darüber im klaren sein, daß das, was jetzt so unter „Mißbrauchs“-Diskussion läuft, für den Haushalt so wenig bringt, daß es sich nicht einmal lohnt, sich darüber ernsthafte Gedanken zu machen.

DG: Sind sozialpolitische Leistungen eigentlich Rechte oder Gnadenweise, die jederzeit widerrufen werden können?

Janzen: Bei dieser Diskussion ist interessant, wie fein man unterscheidet: Versucht der Arbeitnehmer, das was an gesetzlichen Möglichkeiten vorhanden ist, voll auszuschöpfen, ist es Mißbrauch. Wenn Arbeitgeber über den gesetzlichen Rahmen hinaus Ansprüche stellen bzw. Leistungen in Empfang nehmen, wird hier von „Mitnahmeeffekt“ gesprochen.

DG: Die „Grenzen des Sozialstaates“ sollen erreicht sein, wann sind es die „Grenzen des Rüstungsstaates“?

Janzen: Mir scheint es wirklich makaber – und uns auch immer aufgedrängt –, daß zu einem Zeitpunkt, wo man bereit ist, enorme Mittel in den Rüstungsbereich zu stecken, gleichzeitig über Reduzierung von Sozialleistungen für die sozial Schwächsten – denn für die sollen sie ja vorhanden sein – gesprochen wird.

DG: Auf die gesetzlichen Krankenkassen soll 1982 wieder eine Welle von Beitrags erhöhungen zukommen. Minister Ehrenberg kündigte ein 2. Kostendämpfungsgesetz für September 1981 an. Ist die bisherige Kostendämpfungspolitik gescheitert?

Janzen: Nach unserer Auffassung hat das Kostendämpfungsgesetz (von 1977) seine Aufgabe nicht erfüllt. Wir begrüßen es deshalb, daß dem Arbeitsminister der Auftrag gegeben wurde, ein neues Kostendämpfungsgesetz auszuarbeiten. Man müßte bei dieser Gelegenheit einmal zurückblicken. In der Krankenversicherung hatten wir 1970 einen Beitrag von durchschnittlich 8,2%. Bei den AOK noch darunter. Heute müssen wir feststellen, daß bei den AOK der Beitrag schon bis zu 14–15% beträgt. Der durchschnittliche Beitrag liegt in der gesetzlichen Krankenversicherung bei 12%. Wer nach den Ursachen fragt, wird



schnell feststellen, daß die Erhöhung des Beitrages zur Renten- oder Arbeitslosenversicherung ein politisches Datum ist und gesetzlich festgelegt wird. Dagegen werden die Beiträge zur Krankenversicherung ja letztlich von den Selbstverwaltungen jeder einzelnen Krankenkasse festgesetzt. Auf der Basis dessen, was die Leistungsanbieter – Ärzte/Zahnärzte, Krankenhäuser, Pharma-Industrie usw. – an „Kosten“ vorgeben. Die KV ist aufgrund ihrer Zersplitterung bezogen auf diesen Anspruchsdruck ziemlich ohnmächtig.

„Die IG Metall hat schon auf dem Gewerkschaftstag 1977 beschlossen, sich für ‚eine leistungsstarke, einheitliche und versicherten nahe‘ Krankenversicherung einzusetzen.“

DG: Wo liegen denn die Ursachen?

Janzen: In den Jahren 1970 bis 1980 haben die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen ganz enorm zugeschlagen. Auch die Organisationsstruktur der Krankenversicherung einerseits und das Konkurrenzdenken der Kassen untereinander – und hier schließe ich auch einen Großteil unserer Selbstverwaltung nicht aus – haben mit dazu beigetragen, daß die Leistungsanbieter überhaupt eine solche

Entwicklung betreiben konnten. Deren geschlossene Front war somit in der Lage, die rund 1300, z. T. untereinander konkurrierenden Kassen auseinanderzudividieren. Gleichzeitig stellen wir fest, daß die gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung in keiner Weise mit der Ausgabenentwicklung für das Gesundheitswesen Schritt gehalten hat.

DG: Wie sieht eure Alternative dazu aus?

Janzen: Die IG Metall hat schon auf dem Gewerkschaftstag 1977 in Düsseldorf beschlossen, sich für „eine leistungsstarke, einheitliche und versicherten nahe Krankenversicherung, der alle Erwerbstätigen, unabhängig von ihrer beruflich bzw. soziologisch bedingten Zuordnung, angehören“, einzusetzen. In dieser Richtung hat sich bedauerlicherweise nichts entwickelt. Es hat z. T. sehr polemische Auseinandersetzungen mit unseren Vorschlägen gegeben. Im sozialpolitischen Programm des DGB gibt es inzwischen allerdings Beschlüsse, die die erheblichen und ungerechtfertigten Unterschiede der einzelnen Krankenversicherung beseitigen wollen.

DG: Was tut ihr praktisch zur Durchsetzung?

Janzen: Wir sind u. a. zur Zeit dabei, über eine Klage von Mitgliedern aus der AOK Burgsteinfurt festzustellen, daß diese Form der Krankenversicherung mit fast gleichen Leistungen, aber sehr unterschiedlich hohen Beiträgen nicht mit dem Grundgesetz in Übereinstimmung steht.

„Wenn z. B. ein Betrieb mit einer Betriebskrankenkasse pleite macht, wandern die ‚guten Risiken‘ zu den Ersatzkassen ab, die ‚schlechten‘ kommen zur AOK.“

DG: Warum klagen gerade Mitglieder von AOK?

Janzen: Die schlechte Finanzsituation der AOK hat natürlich eine Reihe von Ursachen. Eine Entwicklung können wir nicht übersehen: bei ohnehin ungünstiger Risikostruktur geht mit der Beitragsentwicklung eine Abwanderung von Mitgliedern mit „besseren Risiken“ zu den Ersatzkassen einher, deren Beiträge in der Regel niedriger liegen. Hinzu kommt, daß die AOK das Auffangbecken für alle Pflichtversicherten ist. Ich will das an einem Beispiel deutlich machen: Wenn z. B. ein Betrieb mit einer Betriebskrankenkasse pleite macht, wandern die „guten“ Risiken zu den Ersatzkassen ab, die „schlechten“ kommen zur AOK. Im Fall der Adler-Werke Bielefeld gingen z. B. 400 Versicherte an die AOK über, der weitaus größere Teil jedoch an Ersatzkassen. Durch solche Vorgänge, die ja nun nicht gerade selten sind, verschlechtert sich die Finanzsituation der AOK weiter. Wir halten das nicht länger für tragbar.

„Der Sozialstaat muß bleiben“

von Matthias Albrecht

Unter dieser Überschrift nahm IG-Metall-Chef Eugen Loderer in der Mitgliederzeitschrift „metall“ im Juni zu den angekündigten massiven Streichungen im sozialen Bereich Stellung, die für den Bundeshaushalt 1982 vorgesehen sind.

– Verschlechterung beim Mutterschaftsgeld;
– Kürzung des Wohngeldes (alle Angaben FR 1. 8. 1981)

Weitere drastische Verschlechterungen sozialer Leistungen sind im Gespräch, so be-

Aus dem Bundesverband der Ortskrankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen kamen fast gleichlautend die Vorschläge:

– weiterer Abbau von Krankenhausbetten.
– Ausgabe nur eines Krankenscheins pro Quartal.

Damit wird einmal mehr das Pferd vom Schwanz her aufgezäumt: Nicht die Struktur-mängel unseres Gesundheitswesens werden analysiert und beseitigt, sondern bei den Versicherten soll gespart werden. Als ob die Kosten für ambulante Behandlung sinken würden, wenn der Zugang zum Facharzt erschwert wird – durch Begrenzung auf den einen Krankenschein pro Quartal.

Und Betten sind in den letzten Jahren reichlich abgebaut worden, übrigens besonders forsch in SPD-Ländern. Geändert hat das an den Struktur-mängeln der stationären Versorgung – hierarchische und teure Chefarztsysteme, Krankenhaustechnisierung entsprechend den Verkaufsstrategien der Geräteindustrie, grundsätzliche Finanzierungsmängel durch Lastenumverteilung auf die Krankenkassen – bislang natürlich nichts.

„Das solidarische Opfer, das von allen gesellschaftlichen Gruppen verlangt werden muß, wird der Bürger dann akzeptieren, wenn er es als gerecht empfindet und wenn es ihm auf einem – sei es auch auf einem niedrigeren – Level die Zukunft sichert. Zugleich erschließt eine solche Entlastung von staatlichen Aufgaben der Gemeinschaft die Chance, Aufgaben wieder der Initiative von Bürgern und Unternehmern zu überlassen und das bedeutet für alle eine Bewährung zu eigenverantwortlichem Handeln.“ (Hans-Günter Hoppe, FDP-MdB, 2. Juni 1981 im Bundestag)



„Sie haben in den letzten zehn Jahren Zustände einreißen lassen, daß heute das soziale Netz für viele eine Hängematte – man möchte sogar sagen: eine Sänfte – geworden ist; eine Sänfte, in der man sich von den Steuern und Sozialabgaben zahlenden Bürgern unseres Landes von Demonstration zu Demonstration, von Hausbesetzung zu Hausbesetzung, von Molotow-Cocktail-Party zu Molotow-Cocktail-Party und dann zum Schluß zur Erholung in Urlaub nach Mallorca oder sonstwohin tragen läßt.“ (Erich Riedl, CSU-MdB, bei der 2. Lesung des Bundeshaushalts am 2. Juni 1981)

Was im Juni noch wie ein Nebelkerzenschießen aussah, war das ideologische und publizistische Weichklopfen der Bevölkerung zum Thema „Wildwuchs bei den Sozialausgaben“ und „Mißbrauch sozialer Leistungen“. Mittlerweile hat das Bundeskabinett Einsparungen und Steuererhöhungen in Höhe von 15 Mrd. DM für den Haushalt aufgelistet. Hier einige Kostproben aus dem Streich-Quartett:

- Verschärfung der Vorschriften über zumutbare Arbeiten für Arbeitslose;
- Erhöhung des Arbeitslosenversicherungsbeitrages auf 3,5%;
- Herabsetzung des „großen“ Unterhaltsgeldes von 80 auf 68% des ausfallenden Nettolohnes;
- im Bereich der beruflichen Rehabilitation Verringerung des Übergangsgeldes von 100 auf 90 des Nettoeinkommens;
- Begrenzung des Umfangs der Rehabilitationsmaßnahmen;
- „Saldierung von Kurzarbeit und Überstunden beim einzelnen Arbeitnehmer“
- Einschränkung von Kuren, besonders der Kuren zur Erhaltung der Arbeitskraft;
- Einsparungen bei den Kriegsopfem;
- Verminderung der Zuschüsse zur studentischen Krankenversicherung;

sonders zu erwähnen, die Abschaffung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, für die die IG Metall 1956/57 16 Wochen lang streiken mußte (siehe Interview mit K.-H. Janzen in diesem Heft Seite 34/35).

Die Unternehmerverbände trommeln schon lange für dieses Programm des Sozialabbaus. In seiner Rede bei den Bayerischen Unternehmertagen im Januar 1981 führte BDA-Präsident Esser aus: „Ideologische Barrieren für private Investitionen ist die eine, der überbordende Sozialstaat die andere Seite der gleichen Medaille... Endlich sollten Politik und Gesellschaft sich anschicken, das gesamte Soziale Sicherungssystem, seine Finanzierung und das Verhältnis vom Bund zu den sozialen Selbstverwaltungseinrichtungen auf den Prüfstand zu setzen.“

Auf das Gesundheitswesen kommt ein zweites Kostendämpfungsgesetz zu, das folgende Ziele erreichen soll:

- Begrenzung der Kassenausgaben auf den Anstieg der Grundlohnsumme;
- für die Verweildauer im Krankenhaus sollen „Standards“ festgelegt werden;
- Erhöhung der Selbstbeteiligung bei den Fahrtkosten und beim Zahnersatz;
- Überlegungen zu weiteren Selbstbeteiligungsmodellen.

Daß CSU/CDU und FDP mehr Sozialabbau und mehr Unternehmerbonbons verlangen – wen wundern's? Die SPD stellt den Sozialabbau ebensowenig in Frage, verlangt aber nach „sozialer Symmetrie“. Unfreiwillig ironisch kommentierte die regierungsnaher Frankfurter Rundschau: „Allerdings sei von der Natur der Sache her nicht zu vermeiden, daß die Kürzungen bei den mittleren und unteren Einkommensschichten besonders spürbar ausfallen müßten.“ (FR, 23. 6. 1981)

Wie im Bereich der Aufrüstungspolitik keine Besserung oder Einsicht aus eigener Kraft von der sozialliberalen Regierung zu erwarten ist, so ist dies nach den Erfahrungen mit dem Sozial-Schritt von 1975 – damals beschönigend „Haushaltsstrukturgesetz“ genannt – im sozialen Bereich genausowenig der Fall.

Es ist eine „Friedensbewegung“ zur Abwehr des Sozialabbaus erforderlich. Diese wird ohne die Gewerkschaften keinen durchschlagenden Erfolg haben können. An den engen Zusammenhang von Sozialabbau und Hochrüstungspolitik sollten wir denken, wenn wir auf dem Gesundheitstag in Hamburg diskutieren oder am 10. Oktober an der großen internationalen Demonstration „Für Abrüstung und Entspannung in Europa“ teilnehmen.

Geschichte anders gesehen

Jürgen Kuczynski

Geschichte des Alltags des deutschen Volkes

Fünf Bände

Band 1: 1600–1650

Bereits in dritter Auflage

Band 2: 1650–1810

Band 3: 1810–1870 (September 1981)

Großformat, Leinen mit Schutzumschlag,
Personenverzeichnis, ca. 450 Seiten,
DM 29,80

ISBN 3-7609-0581-1

Band 4: 1870–1918 (Anfang 1982)

Band 5: 1918–1945 (Frühjahr 1982)

Bei Fortsetzungsbestellungen aller fünf Bände verringert sich der Gesamtpreis gegenüber dem Einzelabnahmepreis von 149,- auf 138,-. Dieser Subskriptions-Vorzugspreis wird bei Lieferung von Band 5 angerechnet; wir berechnen dann DM 18,80. Bei Erscheinen des letzten Bandes erlischt der Vorzugspreis für Fortsetzungsbestellungen.

Jürgen Kuczynski

GESCHICHTE DES ALLTAGS DES DEUTSCHEN VOLKES

3



1810–1870



Der dritte Band behandelt den Alltag des deutschen Volkes von 1810 bis 1870/71, das heißt seit den großen Reformen zur Befreiung von den Fesseln des Feudalismus bis zur Reichsgründung und Commune.

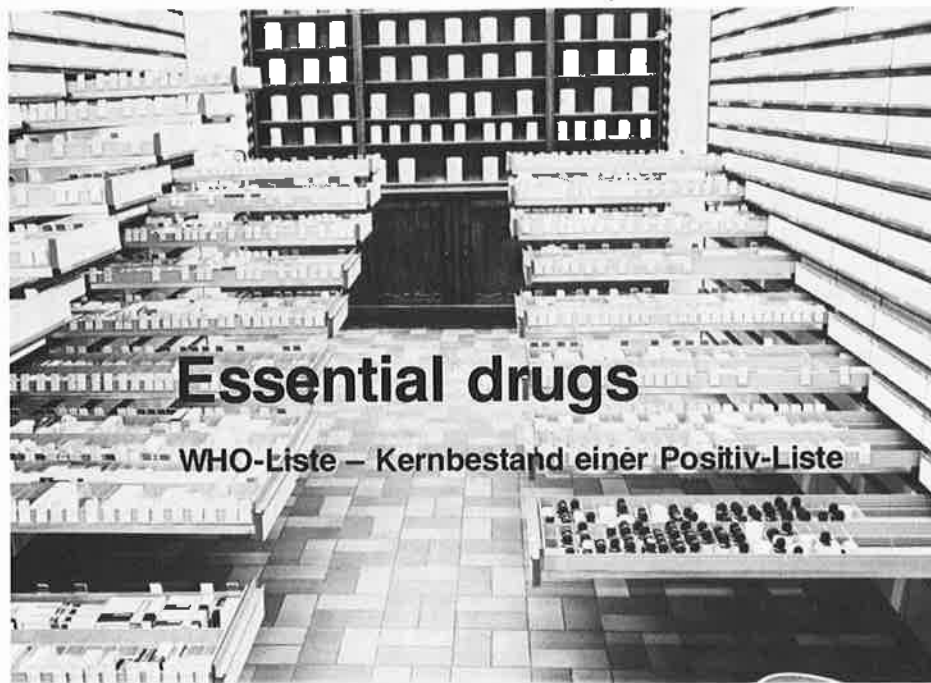
Das sind aufregende Jahrzehnte in der Geschichte des deutschen Volkes, denn in ihnen entsteht die moderne Klasse der Lohnabhängigen, gelangen die Arbeiter zum Bewußtsein ihrer gesellschaftlichen Lage, wird zum ersten Mal von den Werktätigen eine eigene, eine „zweite Kultur“ geschaffen, und – voll erschreckender Negativität: es geschieht das Unglaubliche, daß der Mensch dem Werkzeug (der Maschine) entfremdet wird.

Auch die Einheit der Produktionsfamilie löst sich auf, die uns bekannte Form der Familie, in der Eltern und Kinder außerhalb des Wohnplatzes arbeiten und keine fremden Hilfskräfte in ihren Kreis aufnehmen. Alles das sind Wandlungen, die den Alltag der Werktätigen ebenso verändern wie die Tatsache, daß immer weniger Gegenstände des täglichen Gebrauchs, Grundnahrungsmittel und Kleidung in der Familie hergestellt, daß sie vielmehr auf dem Markt gekauft werden. Der Alltag des Kapitalismus bildet sich heraus.

Pahl-Rugenstein

Gottesweg 54 · 5000 Köln 51

Telefon (0221) 364051



Essential drugs

WHO-Liste – Kernbestand einer Positiv-Liste

von K.-D. Kolenda

Ein Charakteristikum der Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist die kaum mehr übersehbare Zahl an Arzneimitteln, die größtenteils überflüssig sind oder aus fixen Kombinationen bestehen und von der pharmazeutischen Industrie in mehr als 500 Fachzeitschriften intensiv beworben werden^{5,7}). Während in einigen Ländern wie Schweden, Dänemark, Holland, Österreich und der DDR die Zahl der Arzneimittel wesentlich geringer ist, findet der Arzt bei uns allein in der „Roten Liste“ ca. 8500 Arzneispezialitäten. Unter Berücksichtigung aller Darreichungsformen und Stärken, nicht aber der Packungsgrößen, wie häufig behauptet wird, werden in der Bundesrepublik von Arzneimittelherstellern etwa 60 000 Arzneimittel angeboten. Hinzu kommen ca. 30 000 meldepflichtige Arzneimittel aus den ca. 15 000 Apotheken, denen überwiegend regionale Bedeutung zukommt. Zusammen mit den 25 000 bis 30 000 nicht apothekenpflichtigen, aber meldepflichtigen Präparaten liegen im Bundesgesundheitsamt etwa 110 000 Anmeldungen vor. Ohne eine drastische Reduzierung dieses unübersehbaren und immense Kosten verursachenden Arzneimittelangebots ist heute eine wirk-same Reform der Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik nicht denkbar.

Man sollte deshalb annehmen, daß die 1977 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum ersten Mal vorgelgte Liste von „essential drugs“¹) auch bei uns auf ein lebhaftes Interesse gestoßen wäre. Aber weit gefehlt. Auch die 2. erweiterte Liste aus dem Jahre 1979²), die etwa 240 unbedingt notwendige Arzneimittel enthält, wurde von der hiesigen medizinischen

Fachpresse fast vollständig totgeschwiegen, wenn man von dem firmenunabhängigen Informationsblatt „Der Arzneimittelbrief“ absieht, der seine Leser in den letzten Jahren mehrfach auf die Bedeutung der WHO-Liste hingewiesen hat^{3,4}).

Der Grund für dieses Schweigen im medizinischen deutschen Zeitschriftenwald dürfte darin zu suchen sein, daß die Erwähnung der WHO-Liste in scharfem Gegensatz zu dem Reklameüberangebot von Tausenden teilweise oder vollständig überflüssigen Arzneimitteln in diesen Zeitschriften steht. Im April dieses Jahres hat sich nun das „Deutsche Ärzteblatt“ zum ersten Mal auf insgesamt 3 Druckseiten mit der WHO-Liste befaßt⁶). Wie nicht anders zu erwarten, kommt dieses Blatt zu einer insgesamt negativen Beurteilung der WHO-Liste. Es will uns weismachen, daß (wenn überhaupt) die Liste nur für Entwicklungsländer von Bedeutung ist. Die Liste sei zu spartanisch und es sei deshalb ausgeschlossen, daß sie hierzulande als Orientierung dienen könne. Die eigentliche Begründung für diesen Standpunkt wird im Editorial zu diesem Artikel klipp und klar nachgeliefert: „Auch analoge Präparate haben im Lande einer hochdifferenzierten und nach den Prinzipien der Marktwirtschaft arbeitenden pharmazeutischen Industrie Berechtigung – nachdem die bundesdeutsche pharmazeutische Industrie (1979) im Arzneimittelexport an erster und in den Innovationen an dritter Stelle aller exportierenden Länder stand.“ Eindeutiger läßt sich die Orientierung unseres Arzneimittelangebotes an den Interessen der pharmazeutischen Industrie nicht formulieren.

Die vom Expertenkomitee der WHO vorgelegte Liste der unbedingt notwendigen Arzneimittel stellt den modellhaften Versuch dar, diejenigen Medikamente, die zur Zeit im Interesse der Volksgesundheit überall und jederzeit verfügbar sein sollten, zu benennen. Notwendigerweise muß

diese Liste ständig überarbeitet und gegebenenfalls ergänzt werden, wie es bisher geschehen ist und auch für die Zukunft vom Expertenkomitee geplant wird. Die einzelnen Länder werden vom Expertenkomitee ausdrücklich aufgefordert, die Liste entsprechend ihren besonderen Gegebenheiten zu modifizieren, da wegen der Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern unmöglich alle Gesichtspunkte in einer Liste berücksichtigt werden können. Auch wenn der Erarbeitung der Liste Überlegungen zugrundelagen, wie die beschränkten Mittel, die den Entwicklungsländern im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen, möglichst effektiv auch für Arzneimittel eingesetzt werden können, so ergibt sich schon aus den Auswahlprinzipien des Expertenkomitees, daß diese Liste für eine rationale Pharmakotherapie in den Industrieländern von ebenso großer Bedeutung ist.

Für die Aufnahme in die Liste sind nach Ansicht des Expertenkomitees nur Präparate geeignet, deren Wirksamkeit durch kontrollierte Studien nachgewiesen wurde, deren standardisierte Qualität gewährleistet ist und über die objektive Informationen vorhanden sind. Stehen mehrere Mittel für die gleiche Indikation zur Verfügung, dann wird das Präparat mit dem besten Nutzen-/Risikoverhältnis ausgewählt. Bei mehreren therapeutisch gleichwertigen Präparaten sollte das preiswerteste Mittel bevorzugt werden. Wichtig ist auch, daß für die Berücksichtigung von Kombinationspräparaten Vorschläge gemacht werden. Diese kommen für die Liste nur unter bestimmten Bedingungen in Betracht, z.B. wenn der therapeutische Effekt der Kombination erwiesenermaßen größer ist als die Wirkung der Summe der Einzelkomponenten oder wenn durch die Kombination das Einnahmeverhalten der Patienten verbessert wird.

An einigen Beispielen soll die vorliegende WHO-Liste kurz erläutert werden. Sie enthält 234 Arzneimittel, samt Dosierungsvorschlägen, von denen 45 Ersatzmedikamente sind. Darunter befinden sich ganze 6 Kombinationspräparate. Dazu gehören ein Antibiotikum (Co-Trimoxazol), ein Antiparkinsonmittel (L-Dopa und Carbidopa) und ein Ovulationshemmer (Ethinyloestradiol + Norethisteron). Demgegenüber besteht die „Rote Liste“ zu 80 bis 90% aus Kombinationspräparaten. Das Antibiotikum Chloramphenicol wurde in die Liste aufgenommen, weil bei korrekter Anwendung sein Nutzen das Risiko übersteigt. Nicht berücksichtigt wurden dagegen Phenylbutazon und Metimazol (Novalgin®), da es ähnlich wirkende Präparate mit einem besseren Nutzen-/Risikoverhältnis gibt. Einige wirksame Mittel, wie z.B. Cimetidin wurden ebenfalls nicht aufgenommen, weil ausreichende Angaben über ihre Langzeitwirkung bisher fehlen. Bei den Herz- und Gefäßmitteln begnügt sich die Liste mit einem Betablocker (Propranolol) und zwei Herzglykosiden, Digoxin und Digitoxin.

Dem stehen in der „Roten Liste“ über 200 glykosidhaltige Präparate gegenüber, die zum großen Teil aus heute obsoleten Galenika bestehen. Natürlich findet sich in der WHO-Liste auch keines der über 600 Lebertherapeutika aus der „Roten Liste“, für deren Wirksamkeit bei Erkrankungen der Leber bisher kein fundierter Nachweis gelang.

Diese wenigen Beispiele sollten deutlich machen, daß es sich bei der WHO-Liste um einen Kern von Arzneimitteln mit nachgewiesener Wirksamkeit handelt, auf den heute nicht verzichtet werden kann. Natürlich gibt es noch weitere wirksame Arzneimittel, die man als in der Bundesrepublik tätiger Arzt nicht missen möchte. Dazu gehören zum Beispiel das schon erwähnte Cimetidin für die Behandlung von peptischen Ulcera, ein oder zwei orale Antidiabetika und Goldsalze zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis. Um diese und weitere wirksame Mittel müßte die WHO-Liste ergänzt werden, wenn aus ihr eine Positiv-Liste der wirksamen und notwendigen Medikamente für die Bundesrepublik entstehen sollte. Diese Positiv-Liste würde dann vielleicht 50 oder 100 oder gar 200 weitere Arzneimittel enthalten. Die Gesamtzahl aller darin enthaltenen wirksamen und notwendigen Medikamente würde jedoch auch unter Berücksichtigung aller Spezialgebiete die Zahl 500 wahrscheinlich nicht überschreiten. Eine kürzlich vorgelegte Positiv-Liste aus Lübeck⁸⁾ mit ca. 900 Arzneimitteln ist sicher zu umfangreich. Nach Einschätzung der Autoren enthält sie auch Arzneimittel, „die gern und dem Anschein nach auch mit Erfolg eingesetzt werden, obwohl ihre Wirkung nicht immer allen Mitgliedern der Kommission zwingend begründet zu sein schien“.

Die Bedeutung der WHO-Liste besteht somit darin, daß es sich dabei um einen international anerkannten Kernbestand einer Positiv-Liste handelt, die für die Bedürfnisse der Bundesrepublik noch zu schaffen ist. Ärzte und Gesundheitspolitiker sollten die WHO-Liste als Basis für eine Diskussion benutzen, wie die Flut der Arzneimittel eingeschränkt werden kann, ohne daß der Fortschritt auf dem Gebiet der Arzneimitteltherapie behindert wird. Der Wegfall von Tausenden unnötiger Präparate wird es dem Arzt eher möglich machen, die Pharmakologie (einschließlich Pharmakokinetik, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen) der wirksamen Arzneimittel zu beherrschen. Dabei werden ihm Bücher wie die kürzlich erschienene „Praktische Pharmakologie“⁹⁾, in dem die für die Therapie grundlegenden pharmakologischen Daten von 1964 wichtigen Arzneimitteln zusammengestellt sind, eine bedeutende Hilfe sein. Das Argument, daß eine solche Beschränkung auf Kosten der „Therapiefreiheit“ gehe, ist schon deshalb nicht zu halten, weil die Ärzte mit so viel Freiheit nichts anfangen können. Bekanntlich gebraucht ein Arzt selten mehr als 200 ver-

schiedene Präparate⁵⁾. Ganz abgesehen davon, kann eine solche Vereinfachung des Arzneimittelmarktes von unabsehbarem wirtschaftlichem Nutzen sein. Der Anreiz zur Entwicklung von Analog-Präparaten und der Kampf um entsprechende Marktanteile im Gefolge von neuen therapeutischen Entdeckungen würde weitgehend wegfallen, so daß eine erhebliche Kostensenkung bei Arzneimitteln möglich wäre.

Literaturhinweise

- 1) The selection of essential drugs. WHO, Genf, 1977 (Technical Report Series 615).
- 2) The selection of essential drugs. WHO, Genf, 1979 (Technical Report Series 641).

- 3) WHO-Modell einer Liste „essentieller Medikamente“. Arzneimittelbrief 12/1978, 45–48.
- 4) Die zweite (ergänzte) WHO-Liste der wesentlichen Arzneimittel. Arzneimittelbrief 14/1980, 9.
- 5) Friedrich, V., A. Hehn, R. Rosenbrock: Neunmal teurer als Gold. Die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik. ro ro ro aktuell 1977.
- 6) Forth, W.: „Essential drugs“ – für Industrieländer zu spartanisch. Deutsches Ärzteblatt, Heft 15, 1981, 734–736.
- 7) Rosenbrock, Rolf: Die Rolle der chemisch-pharmazeutischen Industrie im Gesundheitswesen. In: H.U. Deppa: Vernachlässigte Gesundheit, Klepenheuer & Witsch, 1980, 222–256.
- 8) Sack, K. F. Schmidt, G. Seidel: Positiv-Liste. Wegweiser für eine rationale Arzneimitteltherapie. Hans Marseille Verlag München, 1977.
- 9) Saller, R., T. Berger, E.M. Ulmer, D. Hellenbrecht: Praktische Pharmakologie. Stuttgart-New York, 1979.

Greiser-Geister

Eine neue Arzneimittelliste geistert seit einiger Zeit durch die Medizin- und Laienpresse. Da wird von „Politschau“ eines „Bremer Unruhe-Instituts“ gesprochen, da werden „die betroffenen Herzpatienten“ und der „Schock für Kranke“ beschworen.

Worum geht es? Minister Ehrenberg hat vor kurzem zusammen mit dem Herausgeber Professor Greiser dessen „bewertende Arzneimittelliste“¹⁾ der Öffentlichkeit vorgestellt, in der 567 Herzpräparate nach Wirksamkeit und sinnvoller Kombination beurteilt werden. 22 wissenschaftlich namenhafte Pharmakologen, Kliniker und Praktiker klassifizierten in 5jähriger Arbeit, gefördert durch ca. 800 000 DM öffentlicher Gelder, 231 Monosubstanzen in 309 Klassifikationen. Davon wurden 214 als „wirksam“, 22 „wahrscheinlich wirksam“, 73 „möglicherweise wirksam“ und keines „nicht wirksam“ beurteilt. Von 336 Kombinationspräparaten bekamen lediglich 5 das Urteil „sinnvoll“.

Eine Flut mehr oder weniger gehässiger Kritik überschwemmte den Blätterwald. Wesentliche Kritikpunkte:

1. *Mangelnde Wissenschaftlichkeit:* Zur Methodik meinen die Herausgeber, daß sie sich in der Drug Efficacy Study bewährt habe. Jeweils zwei wissenschaftliche Mitarbeiter pro Substanzgruppe haben gutachterliche Erhebungsbögen mit entsprechenden Quellenangaben erarbeitet, die den monatlichen Diskussionsrunden als Grundlage der Beurteilung dienten. Juristische Rücksichten mögen wohl ein oftmals im Raum stehendes, zu negatives Urteil verhindert haben.

Die Beurteilung von Kombinationspräparaten wurde anhand der Crouthens Kriterien erarbeitet, wonach jeder einzelne Inhaltsstoff einer Kombination wirksam und ausreichend dosiert sein muß. Sämtliche Kombis mit Digitalis fielen unter das Urteil „nicht sinnvoll“ wegen der Schwierigkeit der individuellen Dosierung, wie auch international üblich.

2. *Zu teuer!* – Die Angaben über öffentliche Förderungsmittel schwanken zwischen 800 000 und einigen Millionen DM. Das Arznei-Telegramm errechnete 1400 DM pro Handelsmarke.

3. *Spärliche Quellenangaben.* Die Herausgeber meinen, daß man sich bewußt auf klinisch-pharmakologische Standardliteratur

beschränkt habe, damit die Beurteilung für jeden transparent sei. Dies mag für die aufgeführten Herzmedikamente angebracht sein, aber wie wird es bei Analgetika, Psychopharmaka, Zytostatika usw. aussehen?

Tatsächlich bringt die Liste – wie das Arznei-Telegramm richtig feststellt – für jeden fachkundigen Arzt und Apotheker nichts Neues. Sie reproduziert nur stinknormales Lehrbuchwissen. Warum – so fragt man sich – dann dieser Aufruhr? („Sollen Ärzte uniform behandeln? Millionen Steuergelder für Dr. Greiser, damit Ärzte gehorsam verordnen“.) Hat sich die praktische Medizin mit ihrem Verschreibungsverhalten so meilenweit vom gängigen pharmakologischen Wissen entfernt? Dr. Hemmer, Med. Tribune will dies offensichtlich bestätigen: „Es fehlt ihm (Dr. Greiser) das Gespür dafür, daß die Empirie der Medizin sich jeglicher Bindung an eine fest vorgegebene Regel entzieht.“ (Wäre damit Lege artis gleich intuition?)

Dr. Greiser hat hier offensichtlich in ein Wespennest der praktischen Medizin gestochen, die sich in ihrer Abhängigkeit von der pharmazeutischen Industrie und deren offenen und verdeckten Bestechungsmethoden er tappt fühlt.

Staatliche Forschungsprojekte mögen oft zweifelhaft sein, Kritik an den Geldern und ihrer Verteilung berechtigt erscheinen. Hier allerdings hat vor allem die falsche Institution „geforscht“: Wirksamkeitsnachweise von Arzneimitteln sollten in kontrollierten Studien nicht vom Staat, sondern von der pharmazeutischen Industrie selbst vorgelegt werden.

Die nächste Liste der RVO-Kassen steht bevor. – Mit Krankenkassen- und Steuergeldern wird wieder einmal das erbracht, was die Industrie leisten sollte. Diese wird sich sicher „wehren“ durch Prozesse, ein Vergleich mit der Firma Schwabe betreffs Crataegus wurde schon geschlossen. Man darf auf weitere Index-Bände (und Prozesse) gespannt sein.

Cornelia Selke
Hans Georg Güse

1) „Arzneimittelindex. Eine bewertende Arzneimittelklassifikation. Band 1: Arzneimittel bei Herzinsuffizienz, Coronarinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen“ v. E. Greiser (Hrsg.) medpharma Verlag 1981.

The WARGAME

ein Film von Peter Watkins

Das Kriegsspiel
im Verleih der FiFiGe/AG-Kino, Hamburg
Deutsche Fassung

Zwischen Filmherstellung und Heute liegen 15 Jahre Wettrüsten. Jetzt kommt der mit den Stilmitteln eines Dokumentarspiels gedrehte Film erneut in die bundesdeutschen Programmkinos. Seine Sendung in England und seine Weitergabe an ausländische Fernsehgesellschaften war bis dahin vom Britischen Fernsehen (BBC) verhindert worden, mit der Begründung, der Film sei für das breite Publikum „zu erschreckend“. Mit Mitgliedern der Laienspielgruppe der Grafschaft Kent, deren Familien und Studenten wurde in schonungsloser Härte die Zeit vor und nach der Explosion dreier Atomraketen nachgespielt. Die Szenen sind zwar alle gestellt, aber sind nicht bloß ausgedacht, sondern das Ergebnis weitreichender Recherchen von Wissenschaftlern, die mit Computern das Überleben nach Atomexplosionen erforscht haben.

Zum Inhalt des Filmes: Am 16. September irgendeines Jahres lösen die Spannungen in Asien einen Zwischenfall in Berlin aus, der die NATO veranlaßt, Raketen überall in Europa, darunter auch auf britischen Flugplätzen, in Abschußbereitschaft zu bringen. In der Grafschaft Kent wird die Evakuierung der Bevölkerung mit allen admini-

strativen und psychologischen Schwierigkeiten vom 16.–18. September gezeigt. Eine Kamera, scheinbar die des örtlichen Fernsehens ist immer und überall dabei, von einem nüchtern-sachlich berichtenden Kommentar begleitet. Einwohner und Betroffene werden über ihren Informationsstand befragt, Politiker der Stadt ins Gespräch gebracht, überall vorwiegend Unsicherheit, Unwissenheit, Ausweichen. Die Sowjetunion sieht sich zu einem nuklearen „Präventionsschlag“ veranlaßt. Der Film zeigt die letzten Friedensminuten. Zwischen 9.13 und 9.16 Uhr folgen die Explosionen dreier Atombomben, die im Zivilschutzgebiet von Kent Menschen und Städte durch Hitze und Druckwellen, Feuerstürme und radioaktiven Niederschlag vernichten. In den ersten 48 Stunden nach der Explosion sind die Straßen von Toten übersät, die rußgeschwärzten und verbrannten Verwundeten ohne medizinische Hilfe. Feuerwehrlente werden in die entstehenden Feuerstürme gerissen. Der letzte Teil schildert, was in den drei Monaten danach geschehen könnte. Die Bevölkerung, soweit sie nicht durch den Schock apathisch ist, stürmt Lebensmittellager und schreckt auch vor Mord an Polizisten nicht zurück.

Plünderer werden erschossen, durch die Radioaktivität sterben immer mehr Menschen, Mangelkrankheiten und Seuchen lassen die Überlebenden die Toten beneiden. Die furchtbaren Folgen einige Jahre nach der Explosion werden gar nicht gezeigt, doch auch so wird jedem Zuschauer schlagartig klar, was ein Atomkrieg für jeden von uns bedeutet.

Dieser Film wurde bereits von mehreren Ärzteinitiativen als Kontrast zu den verharmlosenden Veranstaltungen der Ärzteschaft zur „Katastrophenmedizin“ vor größerem Publikum gezeigt. Wünschenswert wäre eine weitere Verbreitung in Gewerkschafts- und Studentengruppen, insbesondere, da der Film kostenlos über alle Landesbildstellen und die Zentrale für politische Bildung ausgeliehen werden kann (16mm).

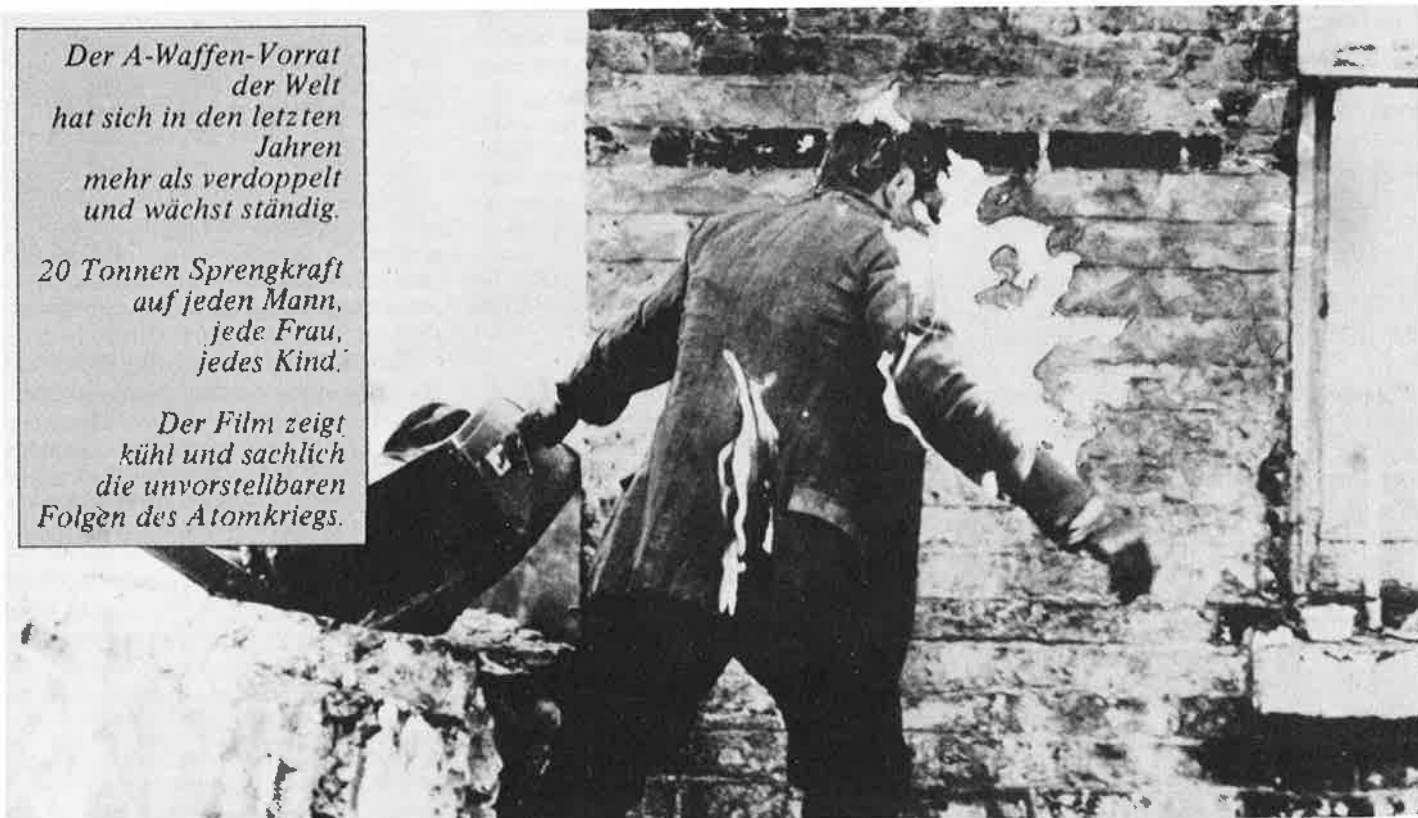
Für Breitwandkinowände gibt es 35mm Kopien für ca. 300 DM über den Verleih der FiFiGe/AG Kino, von Melle Park 17, 2000 Hamburg 13, Tel.: 040/41 88 30

Gunar Stempel

*Der A-Waffen-Vorrat
der Welt
hat sich in den letzten
Jahren
mehr als verdoppelt
und wächst ständig.*

*20 Tonnen Sprengkraft
auf jeden Mann,
jede Frau,
jedes Kind.*

*Der Film zeigt
kühl und sachlich
die unvorstellbaren
Folgen des Atomkriegs.*



In eigener Sache

An 2631

Abonnenntenadressen wurde unser Heft 4/81 versandt. Darunter befinden sich erfreulicherweise 73 Buch- und Zeitschriftenläden, die jeweils 3–5, manchmal mehr, Exemplare anfordern. Dazu kommen noch 200 Hefte, die von der Redaktion an feste Weiterverkäufer versandt werden. Zusammen gut 3000 Hefte. Gunar, weil arbeitslos zur Zeit, hat sich diese Liste mal vorgenommen und in viel Kleinarbeit einige Details zusammengeklaut:

1. **die Abo-Rangliste der Bundesländer:** NRW: 955, Hessen: 334, Berlin: 236, BaWü: 236, Bayern: 203, Niedersachsen: 198, Hamburg: 175, Bremen: 108, Schleswig-Holstein: 79, Rheinland-Pfalz: 55, Saarland: 14! Natürlich sieht das etwas anders aus, wenn wir das in Relation zu den Einwohnern setzen, aber die letzten drei sollten sich doch erheblich an die Brust klopfen!

2. **Auslandsabos:** 48 Exemplare gehen regelmäßig ins Ausland, in erster Linie in die Schweiz (14), Österreich (11) und Holland (6). Der entfernteste Abonnent wohnt in Tansania.

3. **Stadt-Land-Gefälle:** 45% der Abonnenten wohnen in 10 Städten: Berlin (236), Hamburg (178), Bonn (120), Bremen (103), München (100), Münster (100), Frankfurt (99), Köln (96), Düsseldorf (84), Marburg (59). Was Abowerbung mit persönlichem Bekanntenkreis zu tun hat, zeigt der Platz 3 der 300 000-Einwohner-Stadt Bonn; hier kommen die meisten Redakteure her.

4. **Weiße Flecken:** Signalwirkung erhoffen wir uns mit der Veröffentlichung der Städte, die zu den 25 größten der BRD gehören, wo aber nur einzelne Abonnenten zu Hause sind: Stuttgart, Nürnberg, Wuppertal, Gelsenkirchen, Mannheim, Karlsruhe, Wiesbaden, Braunschweig, Mönchengladbach!!!

Also: Die Flecken wecken

Werbungsunabhängig Abonnenntenfinanziert Stabil

Diesem Finanzziel sind wir bisher in diesem Jahr ein gutes Stück nähergerückt; aber wir sind noch nicht da! 15 000 DM kosten Satz, Druck, Papier, Hefen und Versand einer Ausgabe. Hinzu kommen die Kosten für die Führung der Abo-Kartei und den Rechnungsversand. Alle Redakteure und Herausgeber arbeiten nebenberuflich, aber nicht kostenlos, im Gegenteil: Jeder

Redakteur (und Herausgeber) muß seine Ausgaben selbst bestreiten. Wir haben's mal zusammengezählt: Im Schnitt zahlt jeder Redakteur pro Monat 300 DM aus eigener Tasche für DG: Fahrt zur Redaktionssitzung, Porto, Telefon, Schreibmaterialien, Fahrten zu Interviews, Tagungen etc. Einer bekommt seine Arbeit mehr schlecht als recht bezahlt: Christian, unser Graphiker und Wieseldesigner. Er lebt (u. a.) davon!

Auch die Werbung kostet: Unser Werbefaltblatt (Auflage 12 000) verschlang 2500 DM. Die aktuellen Flugblätter zum DGSP-Stemmarsch nach Bonn und zur Medizinerdemo waren dagegen mit ca. 600 DM eher billig. Doch solche Ausgaben lohnen sich: 160 neue Abos kamen allein in den ersten 4 Wochen nach Veröffentlichung des Falblattes. Auch die Flugblattabschnitte werden als Abo-Bestellzettel auffallend häufig genutzt.

Finanzen – Wohin?

Den genannten Ausgaben stehen zur Zeit maximal 12 000 DM an Einnahmen pro Heft gegenüber. Nur etwa 90% der Abonnenten zahlen auch (Schandel!). Die Inserate sind zum allergrößten Teil Austauschinserte, die kein Geld bringen. Zur Abdeckung nur der Herstellungskosten müssen also pro Heft 3000 DM (= 18 000 DM pro Jahr) aufgebracht werden. Dies konnten und können wir nur damit ausgleichen, daß Redakteure, Herausgeber und gut 25 weitere Kollegen Kommanditisteneinlagen von mindestens 1000 DM zur Verfügung gestellt haben. Damit auch für die Zukunft zu rechnen, ist jedoch keine solide Finanzbasis!

Als wir die Zeitschrift begonnen haben, waren wir uns einig, daß wir unsere Arbeit und unseren „Aufwand“ nicht in Rechnung stellen, sondern selber reinbuttern. Unser Ziel muß es aber sein, Herstellungs-, Vertriebs- und Werbungskosten durch die Abo-Gebühren wiederzubekommen, wenn wir nicht auch – wie so manche linke Zeitung – eines Tages einen dramatischen Appell ausrufen wollen. Hierfür sehen wir nur zwei realistische Möglichkeiten:

1. Erhöhung der Abo-Gebühren
2. Erhöhung der Abonnenntenzahlen

Lösung 1 ist sehr problematisch, da es der Lösung 2 wahrscheinlich entgegenwirkt. (Vielleicht müssen wir's trotzdem!) Lösung 2 ist fraglos die beste, wenn alle mitmachen: 3500 Abonnenten bis 31.12. 1981; 4000 bis 30.4. 1982!!!

Andere Möglichkeiten werden bei uns auch diskutiert (z. B. Probehefte nur noch gegen Bezahlung, weitere Minderung der Papierqualität etc.), diese bringen jedoch finanziell wenig und sind bezüglich der Werbung – besonders unter Berufstätigen – auch problematisch.

Schreibt uns Eure Meinung am besten zusammen mit einem neuen Abonnennten!!!

Mitarbeiter Kommanditisten Interessenten

Bis Anfang dieses Jahres haben wir regelmäßig sogenannte Mitarbeiter-Rundbriefe an alle, die sich hierfür interessierten, versandt. Mit der Herausgabe von 6 Ausgaben und dem Anwachsen der Mitarbeiterkartei auf über 120 Adressen waren wir hiermit arbeitsmäßig – und auch finanziell – überlastet (jeder Rundbrief kostete ca. 250 DM). Wir haben lange nach einer Ersatzregelung gesucht und wollen in dieser Ausgabe etwas ausprobieren, womit andere Zeitschriften sehr gute Erfahrungen gemacht haben, und was auch unseren Adressendschungel etwas lichten soll. In der Mitte dieser Ausgabe findet ihr fertige Postkarten eingeklebt, die vorgedruckt und adressiert sind (Abos und Probehefte an den PRV-Verlag, Kleinanzeigen nach Kleve, Kommanditistenunterlagen-Bestellung nach Münster und: Kritik, Lesermeinungen, Kurzbriele, Anregungen an unser Postfach in Duisburg. Da diese Zusammenstellung auch Geld kostet, wollen wir mit dieser Ausgabe einen Probelauf starten: Wenn genug Rückmeldung kommt, heften wir in jedes Heft so eine Einlage.

Außerdem: Wir wollen diese Seite „In eigener Sache“ regelmäßiger einführen und mehr über unsere interne Arbeit berichten. Z. B. wichtige Redaktionstermine frühzeitig veröffentlichen:

Die nächste Sitzung von Herausgeberkreis und Redaktion findet am 17. 10. 1981 in Köln statt. Vor dieser Sitzung wird die erste Gesellschafterversammlung der GmbH abgehalten. An alle Kommanditisten gehen gesonderte Einladungen. Interessenten können den genauen Ort und die Zeit ab 1. 10. über Telefon (02821) 2 65 61 (Redaktion in Kleve) erfragen.

Außerdem treffen sich Herausgeber und Redakteure auf dem Gesundheitstag, am 3. 10. morgens. Ort und Zeit am DG-Info-Tisch erfragen. Bei beiden Terminen wird es im wesentlichen eine Diskussion um den Gesundheitstag und die inhaltliche Planung für 1982 gehen.

Wir bitten alle Mitarbeiter und Interessenten, die Redaktion auf dem Gesundheitstag zu unterstützen – Zeitschriftenverkauf, Abowerbung, Flugblattverteilung, Vorbereitung der Veranstaltungen, Besetzung des Info-Tisches etc.!!!

Ulli Raupp

Klebt der Pharmaindustrie . . .

Unser rot-schwarzer Aufkleber Ø 10 cm kann ab sofort bestellt werden:

5,- DM	—	5 Aufkleber
10,- DM	—	12 Aufkleber
20,- DM	—	25 Aufkleber
40,- DM	—	55 Aufkleber
50,- DM	—	70 Aufkleber
100,- DM	—	150 Aufkleber

Portokosten sind im Preis inbegriffen.

Bestellungen (Geldscheine oder Verrechnungsscheck) an:
Ulli Raupp
Spyckstraße 61
4190 Kleve



. . . einen!



Donnerstag, 1. 10., 9–11 Uhr, Raum Phil 1136
Stillen, Aufbau von Stillhilfegruppen
(Unni Kristiansen-Kamps)

Donnerstag, 1. 10., 11–13 Uhr, Raum WiWi B2
Geschichte der Friedensbewegung –
Mediziner gegen den Atomkrieg.
(Gunar Stempel)

Freitag, 2. 10., 10–14 Uhr, Phil Turm A
Stationäre Krankenpflege – was ist
das?
(Annette Schwarzenau)

Freitag, 2. 10., 14–16 Uhr, Raum WiWi 2089 =
2194
Demokratisches Gesundheitswesen –
Leser diskutieren mit Redaktion und
Herausgebern.
(Ulli Raupp)

Freitag, 2. 10., 18–20 Uhr, Raum WiWi 2079
Vorschlag für eine fortschrittliche, bun-
deseinheitliche Krankenpflegeausbil-
dung.
(Michael Roitzsch)

Samstag, 3. 10., 18–20 Uhr, Raum Phil D
Gesundheitliche Situation und medizini-
sche Versorgung ausländischer Frauen
in der BRD.
(Dietzel-Papakyriakou)

Alle Tage: Ausstellungen von Graphiken und
Zeichnungen aus DG.
(Christian Paulsen)

Außerdem sind wir an allen Tagen am DG-Infostand mit allen bisherigen Ausgaben von DG,
Aufklebern usw. zu finden.