

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



— NACKENSCHMERZEN

— RÜCKENSCHMERZEN

— EINGEDRÜCKTER
MAGEN

— EINGEKLEMMTE
OBERSCHENKEL

— DRUCKSTELLE AM UN-
TEREN OBERSCHENKEL

Schreibplatzrationalisierung

Endstation Muße.



02-394711-07-01

460

BOEKER
KARL

TARPENBECKSTR. 125

2000 HAMBURG 20

Schwerpunkt: Medizin und Technik

Der medizinisch-industrielle Komplex auf dem Vormarsch

— Interview mit Personalräten zur neuen Technologie
— Professionalisierung und Technik - ein Übel? — Computer-
systeme auf Intensivstationen — World Radiology Expo
in Brüssel

Gesundheitstag 81

Ärzte gegen den Atomkrieg

Neue Serie: Ärzteromane

Dokumente

Essential Drugs Liste — Textverarbeitung — Sozialgesetz-
chronik — Urteile

6/81

der kommentar

„Toller Apparat!“ – „Scheißtechnik!“

So oder ähnlich kurz – und verkürzt – sehen die Erfahrungen von vielen von uns mit technischen Entwicklung in der und um die Medizin aus.

Als wir von der Redaktion diesen Schwerpunkt für das letzte Heft des Jahres 1981 festlegten, wollten wir ganz bewußt ein „heißes Eisen“ anpacken. Denn die Diskussion um das Thema „Technik und Medizin“ verläuft bisher sehr wenig übersichtlich und angesprochen kontrovers:

Dies hat im wesentlichen folgende Gründe:

1. Die Technisierung der Medizin paßt zu ihrem überwiegend naturwissenschaftlich geprägten Welt- und Menschenbild.
2. dieses Menschenbild der Medizin und technisch-ökonomische Interessen der gesellschaftlichen Machtgruppen, die die Medizin im wesentlichen beeinflussen, wie Pharmaindustrie, Ärzteschaft, Medizintechnische Industrie und staatliche Institutionen, haben die forcierte technische Entwicklung in der Medizin der letzten Jahre hervorgebracht.
3. Das Eindringen der Technik in immer weitere Bereiche der Medizin paßte gut in die anscheinend ungebrochene Wachstumskraft des Kapitalismus.
4. Die Kritik am Medizinbetrieb Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre bezog sich im wesentlichen auf die ökonomische Seite und auf die Strukturen unseres Gesundheitswesens (Stichwort: Wer arm ist, muß früher sterben! Und: Halbgott in Weiß).
5. Wesentliche Anregungen zur Kritik an der Technisierung der Medizin vermittelte das Buch von Ivan Illich „Nemesis der Medizin“, ohne daß in der fortschrittlichen Medizin-Bewegung alle Konsequenzen der Aussagen Illichs akzeptiert wurden.
6. Die Sparpolitik der Jahre 1975–1981 vermittelte vielen recht handgreiflich, wie wenig im Prinzip die menschliche Arbeitskraft im Gesundheitswesen wert war und welche Bewunderung technische Verfahren zur „Einsparung von Personal“ (Schreibdienste, Laborautomaten, Computer und Bildschirmarbeitsplätze in Aufnahme und Verwaltung Intensivüberwachungsanlagen und ähnliches) bei Verwaltungsleitern und Chefärzten, Ministern und Kassengeschäftsführern hervorriefen.
7. Fundierte Analysen und verständliche Übersichten über die Hintergründe, Ziele, ökonomische Verflechtungen und Strategien gegen die forcierte Technisierung der Medizin wurden von fortschrittlichen Kräften bisher nicht – oder besser – nur in Ansätzen vorgelegt.
8. Die Kritik an der „seelenlosen Apparatemedizin“ ging in den letzten Jahren zunehmend einher mit einer Hinwendung zu einer – häufig nicht näher definierten – „alternativen Medizin“.

In dieser Situation konnten und wollten wir kein Schwerpunkt-Heft gestalten, das den Anspruch eines vollständigen, ausgearbeiteten Konzepts für das vorliegende Thema erheben soll.

Vielmehr geht es uns darum,

- Informationen zu vermitteln, die bisher noch nicht allzu verbreitet sind:
- Fragen zu stellen und aufzuwerfen: Was bedeutet die technische Entwicklung für den Patienten? Was für den Arbeitsprozeß im Gesundheitswesen? Was für die Finanzierung und Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen? Gibt es eine vorstellbare Alternative ohne die heutigen technischen Apparaturen unter unseren Bedingungen? Ist die Technik „an sich“ schlecht?
- Anregungen zu geben: Wir wollen anregen, am eigenen Arbeitsplatz in der eigenen Umwelt den Einsatz von technischen Mitteln kritisch zu untersuchen. Wir wollen vor allem die betrieblichen Interessenvertretungen (Personalräte, Betriebsräte) ermutigen, sich offensiv mit der technischen Entwicklung auseinanderzusetzen. Also: Nicht erst Betriebsvereinbarungen zur Abmilderung der größten Auswüchse abschließen, wenn der Zug längst abgefahren ist; sondern schon im Vorfeld technischer Neuerungen aller Art die Interessen der Betroffenen wahrnehmen und diese selbst mobilisieren.
- Tabus abbauen: Technische Apparate und Verfahren in der Medizin dürfen nicht länger nur Sache von technischen Experten und geschäftstüchtigen Managern sein. Ihr Einsatz, ihre Anschaffung, ihre Verteilung müssen ebenso von Patienten, Laien, Gewerkschaften und Krankenkassen wie von Beschäftigten des Gesundheitswesens diskutiert werden.
- zukünftige Entwicklungen aufzeigen: Wir wollen mit den Schwerpunkttiteln nicht die Strategien der Konzerne für die 90er Jahre darstellen, sondern gleichzeitig auch die Auswirkungen einer forcierten Technisierung auf die Strukturen künftiger Versorgung: eine Ausrichtung auf Prävention der medizinischen Versorgung gegen die Volkskrankheiten unserer Tage und gegen wachsende Umweltgefährdung wird durch diesen Prozeß nicht nur finanziell, sondern auch strukturell unmöglich gemacht. Ausbildungsinhalte aller Gesundheitsberufe müssen schließlich geändert werden, soll der von vielen von uns geforderte kritische Umgang mit der Technik (z. T. sicher auch ohne!) Wirklichkeit werden.

Schon als dieses Heft fertig vor uns lag, wurde uns klar, daß diese Diskussion erst am Anfang steht.

Paßt Euch also ein Artikel oder das ganze Heft (in seiner Richtung) nicht, dann freßt das nicht in Euch rein oder redet nur mit den Kollegen beim Bier drüber, sondern schreibt uns dazu Eure Meinung. Oder Eure Erfahrungen. Erfahrungen mit der „seelenlosen Apparatemedizin“, mit Arbeitsbedingungen, mit Auswirkungen auf Patienten oder Erfahrungen als Patienten.

Matthias Albrecht

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 Buchzik; **Krankenpflege:** Michael Rotzsch; **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, Spuckstr. 61, 4190 Kleve, Tel. (028 21) 265 61 (Mo, Di und Do 13–15 Uhr).

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint zweimonatlich bei:

DG Gesellschaft zur Herausgabe gesundheitspolitischer Schriften mbH, 4400 Münster, Siemensstr. 18 B Tel. (0251) 733 67; Konten: BfG Münster Nr.: 10 10 29 47 BLZ: 400 101 11; Postscheckamt Dortmund Nr.: 249 62 465 BLZ: 440 100 46

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) 364 051, Konten: Postscheckamt Köln 6514-503, Stadtparkasse Köln 106 522 38.

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für Nr. 1/82: 20. 11. 1981, Auflage 4 500.

Graphik: Christian Paulsen
Lay-out: Mathias Albrecht, Norbert Andersch, Harald Kamps, Peter Liebermann, Detlev Uhlenbrock
Satz und Druck: Druckerei und Verlag Locher GmbH, 5000 Köln 30.

JSSN: Nr. 0172-7091



Technische Apparate und Verfahren in der Medizin dürfen nicht länger nur Sache von Experten und geschäftstüchtigen Managern sein. Über ihren Einsatz, ihre Anschaffung und Verteilung müssen Patienten, Krankenkassen und Gewerkschaften mitdiskutieren und mitbestimmen dürfen.



15000 Besucher, 556 Veranstaltungen. Für Besucher sehr angenehm, von der Bevölkerung ziemlich isoliert. Weit mehr Berufstätige als beim letzten Gesundheitstag. Aber auch diesmal noch viel Durcheinander und Unklarheiten über die Strategie der Gesundheitsbewegung.



In Bonn fand die größte Demonstration der Nachkriegszeit statt. Drei Wochen vorher hatten sich 2000 Ärzte und Beschäftigte des Gesundheitswesens zum ersten Kongreß gegen den Atomkrieg versammelt. Eine erfreuliche Entwicklung, die den Ärztenverbänden arge Sorge bereitet.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE

Inhaltsverzeichnis: **6/81**

Kommentar

von Matthias Albrecht

Schwerpunkt:

Medizin und Technik

Im Dienste der Gesundheit? 8

DG-Interview mit Personalräten 14

Professionalisierung und Technik 16

Computer auf Intensivstationen 18

World Radiology Expo in Brüssel 30

Gesundheitsversorgung

Abgeschoben auf Nimmerwiedersehenn 20

Historisches

100 Jahre Sozialversicherung 24

Gesundheitstag 1981 26

Demokratie und Gesundheitswesen

Ärzte gegen den Atomkrieg 32

Volrad Deneke und die sittliche Substanz des Arztums 31

Kultur und Subkultur

Rivalinnen um Dr. Schlüter, Teil 1 36

Forum ambulante Versorgung

Erfahrungen aus einer Arztpraxis 38

Gesundheitsamt Marburg Biedenkopf 40

Dokumente

Rationalisierung bei der Textverarbeitung I

Computeranalyse des Echokardiogramms V

Abschlußerklärung des Atomkongresses V

Urteile VI

Liste der Essential Drugs VII

Sozialgesetzschronik VIII

Rubriken

Leserbriefe 2

Aktuelles 4

Termine/Kleinanzeigen 7

Kongreßberichte 30

Buchkritik 34

Wir möchten alle Leser auf die Beilage des Campus-Verlages, der Deutschen Volkszeitung und des J. Cromm Verlages hinweisen.

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

Leser-Briefe

ASI Ärzte-Service: Hilfreiche Beratung oder Prämienfänger?

Im Flugblattverteilungsverfahren waren aufwendige Einladungen zu einem „Berufsantritt-Seminar“ ins Bonner Nobel-Hotel Bristol an alle PJ-Studenten in NRW ausgegeben worden. Circa 20 alternative Tagungsorte und Termine sollten eine Vielzahl von uns zur Teilnahme bewegen. Außerdem lockten Abendessen und freie Getränke. Mit vorher einzuschickenden Anmeldeformularen und mit Teilnehmerlisten am Abend selbst wurden wir bei ASI akten- und dokumentationsfähig gemacht.

Vor jedem Teilnehmer lag eine äußerst aufwendige, mehrfarbige Broschüre – „ad usum proprium“ („Wir sprechen Ihre Sprache“) – und ein Kompendium zur Mitschrift. In seiner Einführung stellte der Geschäftsführer des Unternehmenszweiges Medizin/Zahnmedizin (ASI bewirbt auch andere hochverdienende Berufsgruppen) Dr. Bartels („ich bin selbstverständlich auch Arzt“) die uns alle brennend interessierende Frage: „Was ist eigentlich ASI?“ Die verblüffende Antwort lieferte der „Herr Kollege“ (jung, dynamisch, rundumgebräunt, sorgfältig seriöser Habitus: wir verzichten bewußt auf Anbiederungsversuche in Jeans und Rollis!) gleich selbst: „Jedenfalls kein Asinus! – Es lacht ja keiner!!! Sie hatten wohl kein Latein!“

Es folgte ein Exkurs über die wahren Ziele und ihre Finanzierung von ASI, nämlich uns allen kostenlos objektive Information zu allen interessierenden Fragen finanzieller und versicherungstechnischer Art für unser bald beginnendes ärztliches Dasein zu geben. Der Einfachheit halber zitiere ich die Hochglanzbroschüre: Es folgte ein mehr als zweistündiges Referat des stellvertretenden Geschäftsführers Dipl. Kaufmann Kaiser („ASI beschäftigt nur Mitarbeiter mit abgeschlossenem Studium“) quer durch alle Fragegebiete anhand einer Beispielrechnung mit dem frischgebackenen Norm-Ass. Arzt („27 Jahre, ledig“). Der Redfluß des Referenten wurde immer länger schneller und höherfrequent, je näher der Zeitpunkt des Kongreßessens rückte. Nicht-verstehen der Zuhörer und Lautstärke im Saal wurden immer größer.

Als schließlich das Auditorium für die Alternative „Immobilienfinanzierung oder Essen“ gestellt wurde entschieden wir uns einstimmig für „Essen“, da 1. unsere Köpfe rauchten und 2. wohl kaum jemand in unserer Lage ernsthaft an Schaffung vom Immobilieneigentum denkt.

Für die Referenten war das Selbstverständnis des Unternehmenszweiges Medizin ausgesprochen herkömmlich-standesgemäß:

Zitate:

- „die deutschen Ärzte sind sicher sehr ausgenommen worden“
- „seriöse Informationen sind selten“
- „... massiv über das Finanzamt Vermögensschaften, wir können versierte Steuerberater anbieten“
- „eigene Straßenzüge sind ja heute nicht mehr drin“
- „Wenn ich mal Steuerlehrlichkeit unterstelle: Beträge von mehr als 30.000 DM sind schwer wieder unauffällig zu verflüssigen“
- „Bei Haftpflichtprozessen stellten wir erfahrene Juristen, Denken Sie an Ihr Image!“

Für mich als von der Norm abweichenden angehenden – hoffentlich! – Ass. Arzt (31 Jahre, verheiratet, 2 Kinder, Ehefrau nicht berufstätig) mit guten Vorinformationen und schlechten wie guten Erfahrungen mit Versicherten war dieses Seminar vertane Zeit.

Fazit: Das Seminar könnte Ihr Euch schenken (vom Essen sind wir nicht einmal satt geworden). Die Einzelberatung halte ich für empfehlenswert, jedoch sollte man sich der Kontrolle und des besseren Verständnisses wegen irgendwoher ein Basiswissen aneignen und in jedem Fall einen gut informierten Bekannten fragen, ob die beabsichtigten Versicherungsabschlüsse überhaupt sinnvoll sind.

P.S.: Mich interessiert, ob es nicht eine Möglichkeit gibt, sich gleich gut oder besser (irgendwie müßte es doch möglich sein über Gewerkschaft oder Ärztekammer, die Prämien, die ASI zur Finanzierung seines Riesens-Apparates verwendet, zur Beitragssenkung der Versicherungen oder für einen sozialen Zweck zu verwenden) beraten zu lassen ohne sich von Leuten wie beim ASI vertreten zu lassen, die – wie oben dargestellt – fleißig am Bild und Selbstverständnis unseres Berufes „polieren“. Das ist mir nämlich zuwider!

Richard Beitzten, Student im Praktischen Jahr, Sankt Augustin

Gefahren beim Umgang mit Zytostatika-Lösungen

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Im Arzneimittelbrief vom 14 (1980), 111, wurde über die Gefahren beim Umgang mit Zytostatika-Lösungen informiert.

Trotz dieser Information besteht der Verdacht, daß dieses Problem weiterhin verharmlost wird, weil es zur Zeit noch an weiteren Untersuchungen fehlt.

Meine Bitte ist folgende, daß Ihr mir, soweit wie überhaupt möglich, zusätzliche Materialien zukommen laßt.

In dieser Sache bin ich als Personalrat angesprochen worden und die Kollegen brauchen jetzt einige Tipps und Ratschläge. Für Eure Mühe danke ich Euch im voraus.

Gerhard Gierling
Straßburger Str. 2
5600 Wuppertal 1

Anmerkung der Redaktion

Lieber Kollege,
daß gerade im Gesundheitswesen Probleme des Arbeitsschutzes häufig verharmlost werden, ist ein altbekanntes Problem. Um so wichtiger sind solche Hinweise, wie Du sie in Deinem Brief ansprichst.

In dem von Dir zitierten Artikel wird „darauf hingewiesen, daß Schädigungen der Haut, der Schleimhäute, der Augen und anderer Organe bei solchen Personen entstehen können, die z. B. zytostatische Substanzen auflösen und spritzfertig machen. Außerdem wird auf eine mögliche krebserregende Wirkung hingewiesen. Es werden konkrete Verhaltungsmaßnahmen empfohlen, wie das Tragen von Handschuhen, eines Mundschutzes und evtl. einer Brille. Besonders notwendig seien diese Maßnahmen bei folgenden Substanzen: Actinomycin, DTIC, Daunorubicin, Adriamycin, Aethylglucid, Methotrexat, Mitomycin, Stickstofflost, Vinblastin, Vincristin, Vindesin, Azathioprin, Bleomycin, Cisplatin und Melfalan. Keine besonderen Schutzmaßnahmen seien z. B. nötig bei Fluorouracil und Endoxan.“

Bei der Suche nach weiterer Literatur sind wir lediglich auf einen Artikel im norwegischen Ärzteblatt gestoßen, in dem ebenfalls konkrete Gebrauchsinformationen für das Pflegepersonal gegeben werden. Über das oben angegebene hinaus wird empfohlen, auf den Arbeitstisch ein absorbierendes Material zu legen und beim Öffnen der Ampullen diese vom Gesicht abzuwenden. Für Krankenhäuser, in denen regelmäßig Zytostatika gegeben werden, wird gefordert, daß die Zubereitung der Lösung in einem eigenen Raum und unter einem Abzug erfolgen sollte.

Wir möchten an dieser Stelle all die Kollegen, die sich bereits näher mit dem Problem befaßt haben, auffordern, uns ihre Erfahrungen und evtl. Routinen auf ihren Stationen mitzuteilen, damit wir diese Informationen weiterleiten können.

Liste soziales Gesundheitswesen

Sehr geehrter Herr Professor Deneke,
in Ihrem Kommentar im Deutschen Ärzteblatt Nr. 40 vom 1. 10. 1981 bezeichnen Sie die Warnung von 1400 Ärzten vor den Gefahren einer Atomkatastrophe als „Angriff auf die sittliche Grundsubstanz des Arztums“. Sie nennen die 1400 Ärzte des Hamburger Kongresses „als Ärzte bezeichnete Personen“, „Linke Propagandisten“, „ideologische Fremdenlegionäre“ usw. Solche Disqualifizierungen entlarven vor allem denjenigen, der sie benutzt. Es ist Kennzeichen von Ideologie, den eigenen Standpunkt zu verabsolutieren. Genau das tun Sie, indem Sie Ärzten, die in der Beurteilung der atomaren Bedrohung und ihrer möglichen Folgen zu anderen Schlüssen kommen als Sie und diejenigen, die Sie vorgeblich vertreten, die sittliche und moralische Qualifikation absprechen.

Nach dem hippokratischen Eid ist es die vornehmste Aufgabe des Arztes, Leben zu erhalten. Dazu gehört nach unserer Auffassung auch die Aufklärung über die Gefahren und die Folgen eines atomaren Weltbrandes. Die Gleichstellung einer solchen Gefährdung der Menschheit, wie es sie in der Geschichte der Erde noch nicht gegeben hat, mit der Gefährdung durch Knollenblätterpilz ist kein Angriff auf die sittliche Substanz des Arztums, sondern offenbart leider den totalen Mangel einer solchen sittlichen Substanz.

Ihr Vergleich widerspricht bei dem gleichzeitigen Verweis darauf, daß die Bundesärztekammer „die Katastrophenmedizin seit Jahren auch schwerpunktmäßig gefördert“ habe, auch den simpelsten Gesetzen der Logik. Denn falls die Gefährdung der Bevölkerung durch eine Atomkatastrophe gleich schwer zu wiegen ist, wie die Gefährdung durch Knollenblätterpilze, warum hat dann die Ärztekammer nicht auch die Knollenblätterpilzmedizin schwerpunktmäßig gefördert?

Sie hoffen in Ihrem Kommentar darauf, daß die allgemeine Publizistik die „linken Propagandisten“ von Hamburg schon entlarve. Wenn Sie die Berichterstattung dieser Publizistik über den Hamburger Kongreß tatsächlich gelesen hätten, hätten Sie uns schwer erkennen können, daß die allgemeine Publizistik durchweg sehr seriös und ernsthaft über den Hamburger Kongreß berichtet hat. Es blieb Ihnen und dem Deutschen Ärzteblatt überlassen, die schwerwiegenden Sorgen Andersdenkender in den Dreck zu ziehen.

Mit freundlichen Grüßen

für die Mitglieder der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein der Liste Soziales Gesundheitswesen

Christa Teiner
Spürckstr. 22
5040 Brühl

Krankenpflege-Ausbildung (DG 2/81)

Krankenpflege-Ausbildung chronisch erkrankt – nur gewerkschaftliche Therapie zeigte Erfolg!

Wie anderswo auch, leidet die Krankenpflege-Ausbildung am Essener-Uniklinikum schon seit Urzeiten an einer chronischen Erkrankung, deren Anzeichen sich insbesondere in mittelalterlichen Ausbildungsbedingungen äußern. Alle bisherigen Therapien haben versagt. Unter der schleichenden Erkrankung müssen hier z. Z. ca. 400 Krankenpflege-, Krankenpflegehilfe- und Kinderkrankenpflegeschüler leiden.

Die Symptome, die diese Krankheit hervorbringt, wurden bereits ausführlich im DG (Nr. 1 u.a.) beschrieben, daher sollen sie an dieser Stelle nicht wiederholt werden.

Hier am „Unikum“ (Mundart) haben seit 1977 Krankenpflege-Azubis entgegen der herrschenden Lehrmeinung im Gesundheitswesen versucht, eine wirksame Therapie zu entwickeln, die nun endlich erste Erfolge zeigt. Wir (die Azubis) mußten dabei auf die sonst allgegenwärtige Hilfe der großen Pharmakonzerne und der Klinik-Verwaltung verzichten, da diese offenbar gegen eine solche Art von Therapie allergisch waren.

Als relativ junge Nichtmediziner hatten wir natürlich unsere Schwierigkeiten eine entsprechende Therapie zu entwickeln. So verbrachte man von 1977 bis 1980 in einer Jugendgruppe viel Zeit damit, daß man versuchte ein Konzept für eine gemeinsame Arbeit zu erstellen, was jedoch nie so recht gelang und dazu führte, daß die Therapie zeitweise abgesetzt wurde. Doch aus den ersten Fehlern – man war nicht organisiert vorgegangen und bot somit dem Virus eine große Angriffsfläche – wurde gelernt.

So kam es endlich Anfang 1980 zur Gründung einer ÖTV – Betriebsjugendgruppe, die mit dem Rückhalt einer starken Gewerkschaft rechnen konnte. Doch war es anfänglich sehr schwer, die anderen Kollegen in der Ausbildung von der Notwendigkeit der Organisierung zu überzeugen, denn viele glaubten bzw. glauben noch, daß eine chron. erkrankte Krankenpflege-Ausbildung (CEKA) gottgewollt sei und alle weltlichen Mittel dagegen versagen. Aber – bis heute zeigt diese Therapie einen erfolgreichen Verlauf. Trotz Schichtdienst, langer Anfahrtsweg zum Treff u.ä. traf sich die BJJG so regelmäßig wie möglich, die aktive Mitarbeit der Kollegen steigt und es wird seit August 1980 ein azubi-info von der BJJG herausgegeben, welches fortlaufend über die Grunderkrankung, ihre Symptome und den Therapieverlauf informiert, so daß die CEKA von vielen Azubis nicht mehr als schicksalsgegeben betrachtet wird. Für den unmittelbaren Erfolg der ÖTV-BJJG-Therapie (ÖBT) sprechen auch folgende Anzeichen:

- die Diskussion über die CEKA wurde gefördert, es kam zu einem Schüler-Treff, der fortgeführt werden soll
- Schüler dürfen jetzt offiziell keine alleinverantwortlichen Nachtwachen und i.V.-Spritzen durchführen
- die Beurteilungsbögen sollen sinnvoller gestaltet werden
- auf dem (ÖTV) Klageweg – der Allergie des Arbeitgebers war nicht anders beizukommen – wurde durchgesetzt ...
 - daß auch Azubis Anspruch auf Zulagen nach § 33 BAT (Neurologie) haben
 - daß auch Azubis Anspruch auf Bildungsurlaub haben
- der tarifliche Urlaub (24 AT) wird jetzt gewährt (vorher nur 20 AT)
- 1 Azubi ist ÖTV-Vertrauensmann, 2 Azubis sind Mitglieder des ÖTV-Kreisjugendausschusses (KJA). 3 Azubis kandidieren auf der ÖTV-Liste zu den Personalratswahlen
- bisher traten ca. 50 Azubis der ÖTV bei

Diese aufgezeigten ersten Erfolge wurden in knapp 2 Jahren aufgrund der ÖBT verwirklicht. Die Grunderkrankung ist damit noch nicht ausgeremert, aber eine symptomatische Behandlung bringt immerhin schon Linderung. Da es sich um einen Langzeitpatienten handelt, wird die Behandlung systematisch weitergeführt und demnächst das Problem der Lernmittelfreiheit aus der Welt geschaffen. Wir werden den Arbeitgeber dazu überreden – wieder auf dem Klageweg –, uns die Ausbildungsmittel (Fachbücher) nach dem BBiG zu stellen bzw. zu bezahlen und wir sind uns des Erfolges sicher, denn die bisherige Therapie hat sich als effektiv erwiesen. Auch evtl. Rückschläge werden nicht zum Abbruch der Therapie führen, denn wir haben jetzt das richtige Rezept:

„SOLIDARITÄT MACHT STARK!“

ÖTV-BJJG
Uniklinik Essen
Ernst Schütte
Friesenbruchstr. 38
4300 Essen 14

GESUNDHEITSLADEN DÜSSELDORF im autonomen Stadtteilzentrum Bilk Neusser Str. 75/77

Angeregt durch den Gesundheitstag 1980 in Berlin traf sich im Januar 1981 zum ersten Mal die Projektgruppe Gesundheitsladen Düsseldorf. Nach monatelangen Diskussionen sind wir jetzt in eigenen Räumen im Stadtteilzentrum.

Durch unsere verschiedenen Interessen hat sich unsere Arbeit in drei Hauptbereiche gegliedert.

Betrifft „GESUNDHEITSARBEITER/INNEN“

Auseinandersetzung von Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens mit dem Ziel, durch Erarbeiten von Lösungsmöglichkeiten und Alternativen aus der Resignation und Unzufriedenheit ihres jetzigen Standes herauszukommen.

Betrifft „GESUNDE UND KRANKE oder Kranke und Menschen, die es nicht werden wollen“

1. Versuch unsere Selbstkontrolle und unser Selbstbewußtsein für unseren Körper wiederzufinden, indem wir Kenntnisse über unseren Körper, Massage, natürliche Heilverfahren usw. erwerben.
2. Wir wollen die Zusammenhänge zwischen Krankheiten (Kopf-, Magenschmerzen, Verstopfung etc.) und unsere Umgebung (Arbeit-Streß, schlechte Wohnverhältnisse mit Mietwucher, Kündigungs- und Abrißdrohung durch Spekulanten, Umweltverschmutzung, Beziehungen, Ernährung etc.) herausarbeiten und uns gegen diese krankmachenden Umstände wehren. Wer sich nicht wehrt wird krank.
3. Wir wollen erreichen, daß wir in dem bestehenden Gesundheitssystem nicht kaputt gehen und über Patientenrechte, Umgang mit Krankenkassen etc. Informationen sammeln und weitergeben. Z.B. erstellen wir gerade eine Kartei über gute und schlechte Düsseldorfer Ärzte/innen, sowie eine Kartei über Selbsthilfegruppen und soziale Dienste in Düsseldorf.

Betrifft „POLITISCHE ARBEIT“

Wir haben bewußt die Räume im autonomen Stadtteilzentrum, welches in einem besetzten Haus ist, gewählt. Dadurch unterstützen wir die Häuserkampf-bewegung, denn die hiesige (Sanierungs-)Politik macht uns krank und hat nichts von der heilenden Wirkung an sich, die das Wort „Sanieren“ eigentlich bedeutet. Wir wollen uns gegen solche Eingriffe in unsere Gesundheit wehren – Kampf um Leben heißt Revolte.

Unsere praktische Arbeit fängt langsam an ...

- Mo: 19.00 Uhr Kräutergruppe
- Di: 16.00 – 19.00 Uhr Beratung
- Di: 16.30 Uhr Babyturnen nach Laboyer
- Mi: 20.00 Uhr Chemie in Lebensmitteln
- Do: 16.00–19.00 Uhr Beratung
- Do: 19.00 Uhr Plenum
- Fr: 19.00 Uhr Sanitätsgruppe (erst ab 16.10)

ab November sind geplant:

- AG: – „Wohnen und Gesundheit“
- „Frauenselbstuntersuchungsgruppe“

Unsere zwei Räume im Stadtteilzentrum wollen wir zu den freien Terminen allen Selbsthilfegruppen zur Verfügung stellen, die keine eigenen Räumlichkeiten für ihre Arbeit haben.

In eigener Sache Heft 5/81

Wohin, Woher, Was soll werden!!!

Ich bin nun schon Leser ab der ersten Ausgabe des DG und fand die ersten Ausgaben durch die inhaltliche Streuung von Themen sehr ausgewogen und gut.

Die letzten Ausgaben haben an Inhalt etwas verloren, da die Artikel zu viel über die Psychiatrie berichteten.

Ein zuviel von Krankenpflegethemen in einer Ausgabe ist nicht gut.

Das Gesundheitswesen besteht aber nun nicht nur aus diesen beiden Richtungen.

Die Redaktion sollte den einzelnen Fachrichtungen je Fachrichtung 4 Seiten geben, wo begrenzt viel gebracht werden kann.

Viele Artikel könnten kürzer sein wenn die Redaktion nicht immer in polemischen Ausschweifungen verfallen würde.

Auf Ihre Fragen:

1. Die Erhöhung der Abo-Gebühren würde ich nicht durchführen. Das Heft ist für seinen Umfang und Inhalt teuer genug. Sie würden sonst sicher Leser verlieren.
2. Es ist notwendig die Abo-Zahlen zu erhöhen, bei gleichem Preis. Es sollte Werbung (keine Austau-

Leser-Briefe

schinerate) benutzt werden, da sie doch ein Teil (ca. 90%) der Unkosten decken. Eine Zeitung lebt nun einmal auch von Werbung.

3. Die Seiten „DOKUMENTE“ könnten verkleinert werden, da vieles durch die ÖTV als Rundschreiben an alle Mitglieder ausgegeben wird. Die ÖTV hat Geld, das DG nötig. Warum teure Abdrucke, für diese freien Seiten könnte man neue Seiten für Artikel gewinnen. Diese Seiten sollte man für freie Mitarbeiter benutzen. Aber auch Artikel veröffentlichten, was Sie nicht immer tun. Auch ich falle als freier Mitarbeiter darunter.
4. ÖTV-Informationen könnten dem DG beigelegt werden, es entstehen dadurch keine Unkosten.

Friedrich Heinze
Arnsberg 1

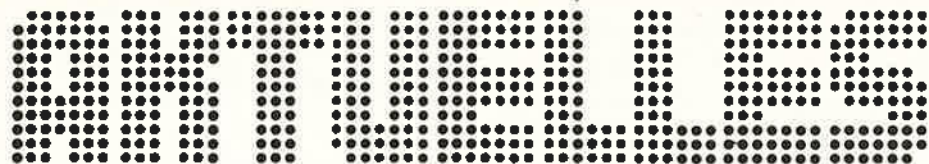
Liebe Kollegen(innen),
da ich davon ausgehe, daß eine rege Redaktion so arbeitet, daß sich die verschiedenen Mitarbeiter eh treffen, habe ich mir erlaubt, zwar einzelne Karten (wegen der Statistik) allerdings nur einen Umschlag (wegen des Portos) zu benutzen.
Die Rubrik „in eigener Sache“ in 5/81 hat mich dazu gebracht, endlich mal grundsätzlich über die Probleme, die mit dem Machen und Aufrechterhalten von DG verbunden sind, nachzudenken. Das führte dazu, daß ich zum einen ab sofort die „Gesundmacher“ in GE zum Abo verführen will und zum anderen, daß ich DG viel exakter und kritischer lese. Somit habt ihr einen Prozeß des Teilnehmens in mir ausgelöst: Zur Zeit kann ich ein detailliertes feedback noch nicht geben, bin aber gern bereit, ab jetzt Listen gut – schlecht – Wünsche aufzustellen und Euch nach und nach mehr feedback zu geben.
Bis demnächst also!

Gitta Martin
Brunnhildenweg 12
4660 GE-Resse

Liebe DG'ler,
nachdem ich so detailliert von Eurer Finanzmisere erfahren habe, möchte ich Euch folgendes dazu sagen:
1. Ich plädiere für eine Erhöhung des Heftpreises um (vielleicht vorläufig erstmalig) 1 DM auf 5 DM.
2. Ich befürworte eine Qualitätsminderung des verwendeten Druckpapiers.
3. Ich schlage eine Portokosteneinsparung vor und zwar, indem Ihr bei Fälligkeit der Abo-Rechnungen eine genügend auffällige Anzeige in Euer Blatt setzt und erst ein wenig später den säumigen Zahlern eine Zahlungsaufforderung zuschickt.

Im übrigen möchte ich sämtliche Mitleser bitten, sich zu überlegen, ob sie Euch nicht mit einer Spende von 10 DM jährlich unterstützen wollen, was der Zeitschrift bestimmt auf die finanziellen Beine helfen würde. Ich kann mir vorstellen, daß meine Ausführungen bei den wirklich an der DG Interessierten, und daß wird die überwiegende Mehrzahl sein, nicht auf Ablehnung stoßen werden. Als gutes Beispiel gehe ich mit einer Überweisung voran.

Andreas Frankenberg



„Unser täglich‘ Caritas-Skandal gib uns heute...“

Die Frankfurter Rundschau wählte die zurückhaltend-verfremdende Überschrift „Pflege nur bei gültiger Ehe“ (FR 21.10.1981) für das skandalöse Vorgehen des Caritas-Verbandes in Würzburg, wo eine katholische Krankenschwester bei ihrer Bewerbung abgelehnt wurde, weil sie mit einem evangelischen Mann verheiratet ist, dessen erste Ehe geschieden wurde. In der privaten Lebensführung müsse ein „der kirchlichen Lehre angemessenes Verhalten vorausgesetzt werden“ begründete die Caritas ihr verfassungswidriges Verhalten. Nach „katholischer Auffassung und nach göttlichem Recht“ sei die von der examinierten Krankenschwester eingegangene Ehe nicht gültig. Arbeiten wollte die Krankenschwester auf einer Caritas-Sozialstation im Landkreis Aschaffenburg, die auch von einem evangelischen Förderverein unterstützt wird.

Fazit: ein typisches Beispiel für die alltägliche Menschenrechtsverletzung und den Verfassungsbruch im konfessionellen Bereich.

Referentenentwurf zum Krankenpflegegesetz

Anfang August veröffentlichte das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit einen neuen Referentenentwurf zum Krankenpflegegesetz.

Die wichtigsten Punkte sind:

- Das Berufsbildungsgesetz wird nicht angewendet;
- Die Trennung in Krankenpflege und Kinderkrankenpflege wird beibehalten;
- Die „Fehlzeitenregelung“ bleibt bestehen;
- Auf ausdrücklich geäußerten Wunsch der Kirchen wurden Sondervorschriften aufgenommen, danach können die Kirchen nach ihrem Gusto ausbilden und bezahlen.

Es ist allerdings nicht mit der Verwirklichung dieses Entwurfes zu rechnen, da das BMJFG schon signalisiert hat, falls die ÖTV den Entwurf ablehnt, ihn zurückzuziehen.

Da die ÖTV ihn abgelehnt hat...

Was an dem ganzen Vorgang verblüfft, ist die Dreistigkeit, mit der versucht wird, den Kirchen einen Sonderstatus einzuräumen.



Diözesan-Caritasverband - Postfach 29 01 47 - 5 Köln 1

An alle kirchlich-caritativen Einrichtungen im Bereich des Diözesan-Caritasverbandes für das Erzbistum Köln e.V.

Abteilung
Lagebericht für Jürgen für Köln

Geopelstraße 7 - 5000 Köln 1
Telefon-Sammel-Nr. (02 21) 2 01 01

Bank für Sozialwirtschaft Köln
11830/00 (B. 7 570 205 00)
P.A.K. Köln 20 600 (DLZ 270 001 93)
Kreuzparkstraße Köln 40 72
(R) 7 570 582 30
Friedrich Köln 514 02 - 343
(ELZ 370 190 00)

Betr.: Gewerkschaftliche Zutrittsrechte in kirchlichen Einrichtungen

Ehrwürdige Schwestern,
sehr geehrte Damen und Herren,

in seinem inzwischen veröffentlichten Beschluß vom 17. 02 1981, Az.: 2 BvR 384/78, hat das Bundesverfassungsgericht das Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 14. 2. 1978 aufgehoben und entschieden, daß **betriebsfremden** Gewerkschaftsbeauftragten nicht das Recht zusteht, in caritativen Einrichtungen der Kirche zu informieren, zu werben und Mitglieder zu betreuen.

So erfreulich und konsequent dieser Beschluß für die Kirchen ist, untersagt er den Gewerkschaften nicht generell die Werbung in kirchlichen Einrichtungen überhaupt. Diese muß vielmehr, wenn sie von den Gewerkschaften beabsichtigt ist, durch zur Belegschaft zählende Mitglieder betrieben werden.

Im Beschluß des Bundesverfassungsgerichts heißt es dazu ausdrücklich:
„Die Koalitionen können sich in diesen Fällen nicht nur den Betriebsangehörigen gegenüber **außerbetrieblich** uneingeschränkt betätigen; sie können durch ihre zur Belegschaft zählenden Mitglieder auch **innerbetrieblich** die ihrem Fortbestand dienenden Rechte wahrnehmen. Es bleibt den gewerkschaftlich organisierten Betriebsangehörigen unbenommen, sich – gegebenenfalls nach entsprechender Einführung – innerhalb des Betriebs, am gemeinsamen Arbeitsort, werbend und unterrichtend zu betätigen, in zulässigem Umfang Plakate auszuhängen, Prospekte auszulegen und zu verteilen und mit den Arbeitnehmern zu sprechen.“

Wie in anderen Diözesen schon deutlich geworden, werden die Gewerkschaften dazu übergehen, von nun ab über Mitarbeiter in der Einrichtung Werbung zu betreiben.

Sollten in Ihrer Einrichtung entsprechende Aktivitäten bekannt werden, darf ich Sie inständig bitten, sich unverzüglich mit der Rechtsabteilung des Verbandes, Herrn Mösenfechtel, in Verbindung zu setzen.

Änderung der Approbationsordnung für Ärzte-Referentenentwurf zum Ende diesen Jahres?

Zum 31. Juli 1981 hat das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit ein Positionspapier zu Fragen der ärztlichen Ausbildung fertiggestellt.

Neben einigem Neuen gibt es auch eine Menge Altbekanntes.

– Die Approbation als Arzt, die nach Abschluß der ärztlichen Ausbildung erteilt wird, berechtigt zu eigenverantwortlicher und selbständiger Ausübung des ärztlichen Berufes

– Verlängerung der Pflichtfamulatur von 4 Monate auf 6 Monate;

– Einführung weiterer mündlicher und mündlich-praktischer Prüfungen bei Beibehaltung der zentralen schriftlichen Prüfungen.

– Beim Physikum soll zusätzlich zum schriftlichen Teil mindestens ein Fach mündlich geprüft werden.

– Zwei Modelle für den klinischen Abschnitt:

Entweder Zusammenlegung des 1. und 2. Abschnittes der ärztlichen Prüfung mit einem schriftlichen und einem mündlich-praktischen Teil 3 Jahre nach dem Physikum; oder 1. Abschnitt der ärztlichen Prüfung wie bisher nur schriftlich und 2. Abschnitt schriftlich und mündlich-praktisch;

– Ärztliche Prüfung nach dem Praktischen Jahr nur noch mündlich-praktisch.

Die Leistungskontrollen im Rahmen der „Scheinerteilung“ bei den Pflichtpraktika sollen verstärkt mündlich-praktisch ausgerichtet werden.

– „Dem Bedarf an intensiver Ausbildung für bestimmte Bereiche (z.B. Prävention, Rehabilitation, Psychosomatik) oder an bestimmten „Akzentuierungen“ (z.B. Katastrophenmedizin und Sportmedizin) ist im Rahmen der herkömmlichen

chen Fächer und der für sie vorgeschriebenen Unterrichtsveranstaltungen (durch Umschichtung bzw. veränderte Gewichtung) Rechnung zu tragen. Dies ist bei schriftlichen, mündlichen und mündlich-praktischen Prüfungen zu berücksichtigen.“

– „Stärkere Berücksichtigung allgemeinmedizinischer Aspekte in der Lehre und bei Prüfungen“;

– „Verstärkung der praktischen Ausbildung im klinischen Studium vor dem Praktischen Jahr“;

– „Klarstellung zum Status des Studenten im Praktischen Jahr“;

– „Stabilisierung der Zahl der zum Medizinstudium zugelassenen“;

– Eine entscheidende Aufgabe der Lehre:

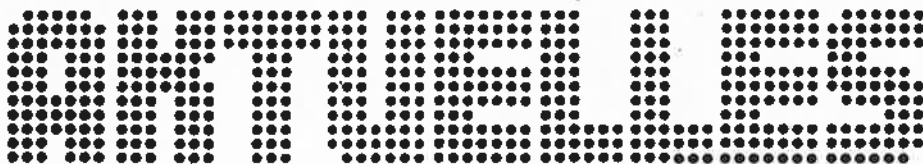
Erarbeitung von auf Kernwissen und Kernfähigkeiten konzentrierte Ausbildungskonzepte.

Erste Einschätzung: Wer die Situation an der Hochschule kennt, wird sicher nicht glauben, daß sich durch eine Änderung der Approbationsordnung in diesem Sinne zu diesem Zeitpunkt etwas sinnvolles tut.

Diese Punkte des Positionspapieres werden in der universitären Realität eine Studienverschärfung darstellen, egal wie man sonst dazu steht.

Drei AL-Gesundheitsstadträte in Berlin

Nach den Berliner Wahlen zum Abgeordnetenhaus und zu den Bezirksverordnetenversammlungen im Frühjahr dieses Jahres sind in den 12 Bezirken drei Vertreter der Alternativen Liste als Stadträte für das Gesundheitswesen gewählt worden. Die Bezirksämter bestehen aus dem Bürgermeister und im allgemeinen 6 Stadträten. Diese werden von den Bezirksverordnetenversammlungen gewählt. Nach dem Berliner Bezirksverwaltungs-gesetz sollen die Bezirksämter aufgrund von Wahlvorschlägen der Fraktionen entsprechend ihrem Stimmverhältnis in den Bezirksverordnetenversammlungen gebildet werden. Das Stärkeverhältnis entscheidet über die Anzahl der auf die einzelnen Fraktionen entfallenen Ämter und über die Reihenfolge, in die die Fraktionen ihr Vorschlagsrecht ausüben. Die jeweils stärkere Fraktion hat somit den Zugriff auf die für sie wichtigsten Aufgabengebiete. In Berlin-Wilmersdorf wurden „Ellis“ (= Erich) Huber



(AL), Mitorganisator der Gesundheitstage 1980 in Berlin und 1981 in Hamburg, in Berlin-Schöneberg Reinhold Grün und in Berlin-Tiergarten Christoph Trautner als Vertreter der AL gewählt. Alle drei sind Ärzte. Fünf weitere Gesundheitsstadträte gehören der SPD und vier der CDU an. Nach der vorherigen Wahl stellte die CDU noch 9 Gesundheitsstadträte. Inwieweit die Wahl der AL-Stadträte zu einer Änderung der Gesundheitspolitik in Berlin führt, wird die Praxis zeigen.

Erneute Kündigung gegen ein DGSP-Mitglied in Schleswig-Holstein

Am 13. 8. 1981 wurde einem weiteren DGSP-Mitglied vom Sozialministerium des Landes Schleswig-Holstein gekündigt.

Der Kündigung des Psychiaters und DGSP-Bundesvorstandsmitgliedes Klaus Pramann folgte nun die Entlassung des ebenfalls im LKH-Schleswig beschäftigten Psychologen und ehemaligen Vorstandsmitgliedes des schleswig-holsteinischen Landesverbandes der DGSP Ernst Meyer-Evers.

Beide Kündigungen stehen in einem engen Zusammenhang: Bei Klaus Pramann wurde als Kündigungsgrund „mangelnde Übereinstimmung mit den Zielen des Arbeitgebers, Störung des Betriebsfriedens, Treuepflichtverletzung und Unterstützung der Patientenzeitung „Der Ausblick“ genannt. K.P. erhob Kündigungsschutzklage, und die 1. Instanz des Arbeitsgerichtsverfahrens in Flensburg am 7. 4. 1981 fand vor einer ganzen Reihe interessierter Mitarbeiter aus dem LKH statt. Unter diesen war auch Ernst Meyer-Evers.

Was damals noch niemand wußte: Das Sozialministerium in Kiel hatte insgeheim an den ärztlichen Direktor des LKH-Schleswig, Prof. Eckmann, sowie an seinen Rechtsvertreter im Verfahren „Pramann“, Herrn Qualen, die Anweisung gegeben, die Namen aller LKH-Angestellten, die bei dieser öffentlichen Verhandlung zugegen waren, zu ermitteln.

Prof. Eckmann befolgte dies, wenngleich er „selbst nicht glücklich über diese Anweisung des Sozialministeriums“ gewesen zu sein meinte. Sein Schreiben an die lfd. Abteilungsarzte im LKH, in dem er diese Anweisung weitergab, war

an die Öffentlichkeit gelangt, so daß die Bespitzelung ans Tageslicht gekommen war.

Ernst Meyer-Evers, als selbst davon Betroffener, befand diese Bespitzelung als „Gestapomethoden“. Der Sozialminister war beleidigt und antwortete mit Kündigung: „Unter den gegebenen Umständen sehe ich eine von gegenseitiger Achtung getragene Zusammenarbeit als nicht mehr möglich an“.

Offenbar erhofft man sich im Sozialministerium durch die Kündigung von DGSP-Mitgliedern und Bespitzelung der Mitarbeiter, die Diskussion um die Zustände in der Anstaltspsychiatrie zum Erliegen zu bringen.

Wer hierzu im LKH nicht schweigen will, droht ebenfalls ein Opfer der von oben erzeugten Pogromstimmung zu werden und als „Sympathisant“ behandelt zu werden.

Kinderklinik Gelsenkirchen: Neuer Kammertermin soll Kündigungsgründe klären

Wie DG bereits berichtete, wurden im Mai die drei Assistenzärzte in der Kinderklinik Gelsenkirchen, Eckert, v. d. Marwitz und Schamell während der Probezeit gekündigt. Sie wurden entlassen, weil sie aktiv an gewerkschaftlicher Arbeit im Betrieb teilgenommen hatten. Die Klinikleitung warf ihnen u. a. ein gestörtes Vertrauensverhältnis vor, und riskierte sogar die Schließung einer Säuglingsstation aus Personalmangel.

Nach Klageerhebung der Assistenzärzte, denen die ÖTV im übrigen den Rechtsschutz verweigerte, fand inzwischen der 1. Kammertermin statt. Zu diesem Termin waren noch keine Zeugen geladen. Während die Ärzte einen Vergleich ablehnten und betonten, daß es ausschließlich um ihre Wiedereinstellung und die gerichtliche Bestätigung der Ungesetzlichkeit der Kündigungen gehe, war der Rechtsanwalt der Stadt bereit, die Ärzte mit einem Monatsgehalt und der Möglichkeit, selbst zu kündigen, abzufinden.

Durch eine Beweisaufnahme, Termin am 25. 11. 1981, hofft das Gericht nun Aufschluß über die, für die Kündigung maßgeblichen Gründe zu bekommen. Als Zeugen werden geladen: der zum Zeitpunkt

der Kündigung tätige Vorsitzende des Personalrats, die leitende Kinderkrankenschwester der Klinik sowie der Verwaltungsleiter der Klinik.

Die Beklagte wird aufgefordert, darzulegen, ob, in welchem Umfang und mit welchem Inhalt der Chefarzt die drei Ärzte vor der Kündigung „abgemahnt“ hatte. Zudem soll geprüft werden, ob die in der Buerschen Zeitung vom 13. 5. erschienenen Informationen durch Indiskretionen seitens des Ratsausschusses der Stadt Gelsenkirchen an die Zeitung gelangt sind.

„Beschäftigungspolitik statt Sozialabbau – Alternativen zur Sparpolitik“

Unter diesem Titel hat die Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik ein Sondermemorandum '81 veröffentlicht. Die Arbeitsgruppe veröffentlicht seit mehreren Jahren kritische Stellungnahmen zur Wirtschaftspolitik und zu den Gutachten des erzkonservativen Sachverständigenrates. Das Sondermemorandum '81 kritisiert das Sparpaket der Bundesregierung einschließlich der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen prinzipiell: „Wir halten die Grundannahmen dieser Politik allerdings für falsch. Das von den Bürgern verlangte Opfer wird sich im besten Falle als umsonst erbracht erweisen. Wahrscheinlicher ist es, daß ihm eine Reihe von neuen und größeren Opfern folgen wird, ohne daß die versprochenen Wohlstands- und Beschäftigungswirkungen eintreten werden. Denn schon jetzt zeigt sich, daß die theoretischen und politischen Fehler in der Wirtschaftspolitik der letzten Jahre durch noch größere theoretische und politische Fehler korrigiert werden sollen.“ (Blätter für deutsche und internationale Politik Heft 10/81, S. 1252–1274)

Die Einsparungen im Gesundheitswesen werden so charakterisiert: „Die Einschränkungen bei der Krankenversicherung belasten in erster Linie die Patienten, ohne die Ursachen für die ‚Kostenexplosion‘ im Gesundheitswesen anzugehen. Diese liegen zum überwiegenden Teil nicht in irgendwelchen ‚Mißbräuchen‘ durch die Patienten, sondern im oligopolistischen Preisverhalten der Arzneimittelunternehmen, dem Monopol der nie-

dergelassenen und der schematischen Trennung von ambulanter, stationärer, werks- und sozialärztlicher Behandlung... Wichtiger denn je wäre heute eine präventiv ausgerichtete Gesundheitspolitik, die nicht nur eingetretene Schäden möglichst früh erkennt und behandelt – oder häufig auch nur verharmlost – sondern die krankmachenden Ursachen durch eine menschenwürdige Organisation der Lebens- und Arbeitszusammenhänge ausschaltet. Dagegen wird die konservative ideologisch-verkürzte These, der Einzelne verursache durch seinen unvernünftigen Lebenswandel die Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen maßgeblich mit zur Begründung für eine stärkere ‚Eigenbeteiligung‘ des einzelnen verwendet – eine ebenso unsoziale wie widersprüchliche Lösung, die letztlich bewirken wird, daß Krankheiten verschleppt, später anfallende Kosten noch größer ausfallen und schließlich die Ausgaben der Rentenversicherung für Frühverrentung und die Leistungen der Sozialhilfe steigen werden – ganz abgesehen davon, daß ja wohl auch die Beiträge der Versicherten ‚Eigenbeteiligung‘ sind“.

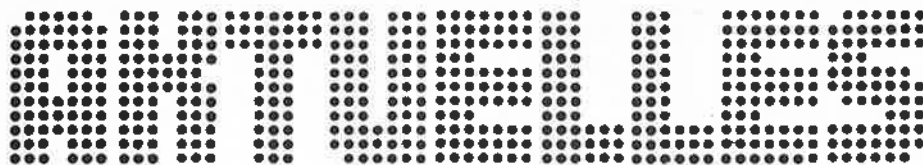
Das Memorandum schließt mit einem detaillierten Programm zur Beschäftigungspolitik, Umstrukturierung der öffentlichen Haushalte, Änderung der Hochzinspolitik, Abbau von Subventionen und Rüstkungsausgaben.

Bezug über:
Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, Postfach 2249, 3550 Marburg

ÖTV gegen Gesundheitssicherstellungsgesetz

Ein Schwerpunkt der letzten Bundesabteilungsvorstandstagung des Bundes Gewerkschaftlicher Ärzte (BGA) in der ÖTV am 7./8. 10. 1981 war das Thema Gesundheitssicherstellungsgesetz.

Die massiven Bestrebungen der Bundesregierung und der Standesorganisationen, ein Notstandsgesetz für das Gesundheitswesen zu verabschieden, wurden einhellig verurteilt. Monika Wulf-Mathies will sich im Hauptvorstand der ÖTV für eine Stellungnahme einsetzen, die das geplante Gesundheitssicherstellungsgesetz ablehnt und gleichzeitig an die Haltung der ÖTV und des DGB gegen die Notstandsgesetze allgemein erinnert.



Jährlich 510 Mio. DM Sozialabgaben durch die Lappen – bei Putzfirmen

Die Osnabrücker Gebäudereinigerfirma Piepenbrock (16.000 Beschäftigte, Umsatz 1980: 210 Mio. DM, 1981: 250 geplant) hat in ganzseitigen Zeitungsanzeigen auf einen seit langem zum Himmel stinkenden Skandal aufmerksam gemacht: Durch Beschäftigung der meisten Putzkkräfte unterhalb der Sozialversicherungsgrenze von 390 DM entgehen der Sozialversicherung jährlich hunderte von Mio. DM an Beiträgen. Piepenbrock hat selbst 10.000 Beschäftigte von der Versicherungspflicht befreit – er muß es also wissen. Hintergrund der ungewöhnlichen Piepenbrock-Aktion: mit Einführung der Versicherungspflicht sollen kleine Billigst-Anbieter aus dem Feld geschlagen werden. Piepenbrock schluckte gerade zwei weitere Putzfirmen, davon eine mit einem Jahresumsatz von 35 Mio. DM.

Kürzlich waren AOKs im Rheinland einigen Putzfirmen auf die Schliche gekommen, so mußte allein eine Firma an die AOK Bonn 5 Mio. DM Beiträge nachzahlen.

Die Größenordnung dieser vorenthaltenen Sozialversicherungsabgaben – die sicherlich erst die Spitze eines Eisberges darstellen – wird einem erst so recht klar, wenn man bedenkt, daß das gesamte Kostendämpfungs-Gesetz Nr. 2 1,3 Mrd. DM Einsparungen bringen soll.

DGB fordert Arbeitsschutz- gesetz

Anläßlich der Eröffnung des Arbeitsschutzkongresses in Düsseldorf wies der stellvertretende DGB-Vorsitzende Gerd Muhr darauf hin, daß die Arbeitswelt der zentrale Verursachungsbereich für vorzeitige Berufs- und Erwerbsunfähigkeit sei. Ursächlich dafür seien vor allem gefährliche Arbeitsstoffe, Schichtarbeit, Lärm, Vibration, Hitze, körperliche Schwerarbeit und nervliche sowie psychische Überbeanspruchung. Alarmierend sei der Anstieg arbeitsbedingter Krebserkrankungen. Dies zeige, daß man von der Verwirklichung des Grundrechts auf Leben und körperliche Unverletzlichkeit für die meisten Arbeitnehmer noch weit entfernt sei.

Muhr begrüßte, daß der Bundesarbeitsminister den Entwurf für ein Arbeitsschutzgesetz zugesagt habe, was einer gewerkschaftlichen Forderung entspreche. Der DGB erwartet von diesem Gesetz eine tiefgreifende Verbesserung des inhaltlichen Arbeitsschutzrechts und der Wirksamkeit des Arbeitsschutzsystems. Ein Hauptmangel sei, daß die Verhütungsaktivitäten gegenwärtig auf den engen Kreis der anerkannten Berufskrankheiten begrenzt seien. Der größte Teil der arbeitsbedingten Erkrankungen werde hiervon jedoch nicht erfaßt. Im Gegensatz zum geltenden Arbeitsschutzrecht, das viel zu oft auf Generalklauseln verweise, sollte das Arbeitsschutzgesetz schärfere Regelungen für den gesundheitlichen Schutz der Arbeitnehmer aufstellen.

Ein zentraler Punkt für den DGB sei die Neuordnung des Arbeitszeitrechts durch das Arbeitsschutzgesetz. Es sei eine Beleidigung für alle Demokraten, daß die von den Nationalsozialisten aus kriegswirtschaftlichen Gründen geschaffene Arbeitszeitordnung noch immer geltendes Recht sei. Die Verkürzung der Arbeitszeit müsse gezielt als Mittel der gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung eingesetzt werden.

Lübeck '81 Psychotherapie- kongreß diskutiert über Atomkrieg

Das Rahmenprogramm der diesjährigen Norddeutschen Psychotherapietage, die vom 3.-9. 10. in Lübeck zum zehnten mal stattfanden, erweiterten die Teilnehmer selbst: der traditionsreiche Kongreß, veranstaltet u.a. auch von der norddeutschen Ärztekammer stand unter dem Leitthema: „Selbstbehauptung und Hingabe im Spannungsfeld destruktiver und konstruktiver Aggression“. Aggressionen entwickelten sich in der Tat sehr rasch, nachdem die Stellungnahme des Ärzteblattes, geschrieben von Herrn Deneke, zum Atomärztekongreß bekannt wurde (siehe auch Artikel in dieser Ausgabe). Spannungen lagen anfangs besonders deshalb in der Luft, weil die Kongreßleitung durch Raumverbot „für solche politischen Veranstaltungen“ die Diskussion zu unterbinden versuchte. Aufgrund der sehr breiten Diskussion und des einmütigen Auftretens der großen Mehrheit der Kongreßteilnehmer konnte schließlich die Diskus-

sion im Plenum offiziell geführt werden. Etwa dreiviertel der Teilnehmer (darunter sehr viele niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten) unterschrieben den folgenden offenen Brief an das Ärzteblatt:

Die nachfolgenden Teilnehmer der 10. Norddeutschen Psychotherapietage in Lübeck verwahren sich in ihrer Sorge und Betroffenheit über die gegenwärtige Situation der allgemeinen atomaren Aufrüstung und Kriegsgefahr gegen die Diffamierung ärztlicher Kollegen in deren Bemühen, sich für den Frieden einzusetzen, wie dies das Deutsche Ärzteblatt im Kommentar von Herrn Deneke zum Ausdruck bringt. Wir weisen den Anspruch von Herrn Deneke als Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer zurück, quasi im Alleinvertretungsanspruch darüber zu bestimmen, was ärztlicher Ethik entspricht und was nicht.

Es geht uns keineswegs um Verweigerung ärztlicher Hilfe in einem Katastrophenfall, sondern um die Abwendung der „Verteidigungsfalle“ genannten Kriegskatastrophe, für die die Illusion genährt werden soll, als könne es noch irgendeine Hilfe geben. Dieser Selbsttäuschung, die die atomare Gefahr verharmlost, wollen wir entgegentreten“.

Bisher hat das „Blatt aller Ärzte“ auf diesen Leser-Brief weder reagiert, geschweige denn, ihn veröffentlicht.

Spontan beschlossen die Teilnehmer darüberhinaus eine kurze „Friedensdemonstration“ zum Lübecker Rathaus und das Übergeben eines Friedensbaumes an die Stadt. An dieser Demonstration nahmen wiederum über 500 der 750 Kongreßteilnehmer teil.

Französisches Gesundheitswesen vor dem Umbruch

Nach ausgedehnten Besichtigungsreisen und Gesprächen mit Verantwortlichen von psychiatrischen Einrichtungen, hat der neue französische Gesundheitsminister, Jack Lalitte, jetzt Vorschläge für eine grundlegende Veränderung der französischen Psychiatrie bekanntgegeben.

Wesentliche Punkte des Programms sind:

– Die Aufhebung des Gesetzes über Zwangseinweisung aus dem Jahre 1938.

Dieses Gesetz ermöglichte, daß Menschen nicht nur durch Ärzte, sondern in Krisensituationen auch durch Familienangehörige in geschlossene Stationen zwangseingewiesen werden können.

– Einführung einer Gemeindepsychiatrie in ganz Frankreich unter Auflösung der Großkrankenhäuser.

Hierbei sollen keine Arbeitsplätze abgebaut werden, sondern durch Aufbau verschiedener ambulanter Einrichtungen zusätzliches Personal eingestellt werden. Bei diesen Reformen komme der Aus- und Weiterbildung der in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen besondere Bedeutung zu.

– Abschaffung der Privatstationen an den öffentlichen Krankenhäusern ab Januar 1982.

Der Verband der niedergelassenen Ärzte sieht in diesen Vorschlägen eine gefährliche Entwicklung in Richtung auf ein „totalitäres“ System im Gesundheitswesen.

Neue Gebühren- ordnung (GOÄ) vorgelegt

Mitte Oktober fand eine erste Anhörung zum Referentenentwurf für eine neue Gebührenordnung statt, die in Zukunft die Bezahlung der ärztlichen Leistungen durch Privatpatienten regeln soll. Betroffen sind ca. 4,7 Mio. Privatversicherte und 3,6 Mio. gesetzlich Versicherte mit privaten Zusatzversicherungen.

Der Entwurf sieht vor, daß der Arzt „nur noch“ maximal das Dreifache des einfachen Vergütungssatzes abknöpfen darf – bisher 6fach! Da gleichzeitig die Zahl der abrechenbaren Positionen von 1000 auf 2700 (!) erhöht wurde und eine Reihe von sog. „persönlichen ärztlichen Leistungen“ kräftig angehoben wurden, soll die neue GOÄ nach Ansicht des Bundesarbeitsministeriums „kostenneutral“ wirken.

DG wird sich in Heft 2/82 (Schwerpunkt: Kostendämpfung) ausführlich mit der GOÄ befassen.

Das Informationsblatt der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin, „der artikulator“ beschäftigt sich in der Septemberausgabe mit Selbstbeteiligung, Prophylaxe, Strahlengefährdung u.v.m.
Informationen beim Postfach 53 in 3550 Marburg 7.



Verschiedenes

Kurz notiert:

DIW: Ende 1981 1,5 Mio. Arbeitslose

Eine weitere dramatische Steigerung der Arbeitslosenzahlen sieht das West-Berliner Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung voraus. Für das Jahresende rechnet das Institut mit 1,5 Mio. Arbeitslosen und einer weiteren Verschlechterung in den Wintermonaten. Als zunehmender Krisenherd erweise sich dabei die Bauwirtschaft (FAZ 15. 10. 1981).

AKH-Prozeß:

Schmiergeldzahlungen branchenüblich

Im Prozeß um Finanzskandal beim Bau des Allgemeinen Krankenhauses (AKH) Wien haben die Verteidiger den Antrag gestellt, beweisen zu dürfen, daß Schmiergeldzahlungen im Wiener Baugeschäft „Branchenüblich“ seien. Zum Beweis verwiesen sie auf einen gleichzeitig aufgedeckten Bestechungskandal bei der Bundesgebäudeverwaltung Wien (FAZ 15. 10. 1981).

IAO: 900 krebserregende Substanzen

Nach einer Studie des Internationalen Arbeitsamtes (IAO) gibt es derzeit etwa 900 krebserregende Substanzen in der Arbeitswelt; etwa 20–40 davon sind bereits als sichere Cancerogene bekannt. So können z. B. Kohlenruß, Kohlentee, Senfgas, Arsen, Chrom, Nickel, Asbest bei Chemikarbeitsern, Schmelzern, Isolierern, Kaminfeuern, Bergwerksarbeitern Lungenkrebs auslösen.

Auf einem Symposium der IAO in Helsinki wurden Vorschläge verabschiedet zur stärkeren Forschung auf dem Gebiet des Krebses in der Arbeitswelt (Bonner Generalanzeiger, 8. 10. 1981).

Bundeshaushalt 81/82: 10 Mrd. DM zu wenig!

Nur einen Monat nach der ersten Lesung des Bundeshaushalts 1981 mit einschneidenden Sparbeschlüssen fehlen im Haushalt 1983 etwa 3,5 und im Haushalt 82 ca. 6 Mrd. DM, weil angeblich vor 4 Wochen die Wirtschaftssituation noch rosiger war. Im Klartext: man war von falschen Arbeitslosenzahlen ausgegangen.

Die Rezepte zur weiteren Sanierung sind auch jetzt schnell zur Hand: Bei Redaktionsschluß war bekannt, daß die Arbeitslosenversicherung von 3 auf 4% erhöht werden sollte, der Rest soll aus Bundesbankgewinnen stammen. Auch die waren angeblich vor 4 Wochen nicht in der Höhe bekannt.

Gespräch abgesagt

Die Gesundheitspolitiker der SPD-Bundestagsfraktion haben ein Treffen mit dem Präsidenten der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, abgesagt. Grund? Vilmar hatte es nicht für nötig gehalten, eine Bemerkung zurückzunehmen, die er Anfang vergangener Woche in einer Anhörung vor dem Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung machte. Dabei hatte er die Bonner Gesundheitspolitik in Zusammenhang mit der NS-Politik gebracht, als er zur Frage der Kostendämpfung von der „Bevormundung, Entmündigung und totalen Reglementierung des Bürgers“ sprach und meinte, das werde „zur Zuteilung von Gesundheitsleistungen“ mit „einer Art Punktekarte – wie früher die Reichsleiderkarte“ führen.

Selten so gelacht: Pharmapreise stabil

Nach Ansicht des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, haben seine Mitgliedsfirmen die Pharmapreise bis Ende 1981 weitgehend stabil gehalten (vgl. DG 5/81). Anlässlich der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen am 7. 10. 1981 erklärte der Verband, es bedeute „für die vorwiegend mittelständischen Unternehmen ein außerordentliches Opfer, wenn die Kostensteigerung anhalte und weitere Lohnerhöhungen zu verkraften seien“. Die FAZ übernahm diese offensichtlich ironisch gemeinte Mitteilung und druckte sie allen Ernstes kommentarlos nach (FAZ 15. 10. 1981).

Gruppenpraxis-interessierte

Wir wollen unsere, auf dem Gesundheitstag begonnene Diskussion weiterführen und uns am 13./14. Dezember zwecks weiterer Planung treffen. Interessant dürfte das Treffen für Leute sein, die – wie wir – ihre Ausbildung beendet haben und in die konkrete Planung für eine Gruppenpraxis einsteigen können.

Näheres:

Claudia Lehner

(Tel: 0641/7 52 45)

ZDL – Arzt

sucht für Frühjahr 1984 Zivildienststelle in sozialmedizinischem, oder psychiatr. Projekt, möglichst mit Weiterbildungsberechtigter Leitung.

Zuschriften an:

Hartmut Mall

Sedanstr. 27

7900 Ulm

Suche Kontakt zu Krankenpflegeschüler(inen) zwecks Informationsaustausch über Probleme in der Ausbildung

Henner Grutkamp

Kampstr. 40

4330 Mülheim a.d. Ruhr

Ich bin klinisch erfahrene Dipl.-Psychologin und möchte meine Energie in eine konstruktive psychosoziale Versorgungsarbeit stecken. Wer/welches Team will das – im Großraum Düsseldorf/Ruhrgebiet mit mir gemeinsam tun oder kann mir weiterhelfen

Chiffre

„KÖLN + Ruhrgebiet:

Suche Stelle als

BESCHÄFTIGUNGS- UND ARBEITSTHERAPEUTIN

(27 J., Examen April 1982) zum

Mai/Juni 1982, evtl. später

Zuschriften unter Chiffre

Initiative

„Sanfte Geburt“

Bremerhaven

Kontaktadresse:

Sigrd Immoor

Dorfring 14

2851 Driftsethe

Tel. 04746/68 86

Termine:

- 27.–29. 11. 1981

Göttingen:

Zwischen Enthusiasmus und Resignation – Strategien und Perspektiven extramuraler Psychiatriearbeit.

Veranstalter: AG SPAK, Information bei Karl-Ernst Brill, Tel. 0551/5 74 68

- 4. 2. 1982

Viersen-Sücheln:

Integration von psychisch Kranken – Auflösung der Großkrankenhäuser – was bedeutet das aus gewerkschaftlicher Sicht?

Seminar für ÖTV-Mitglieder aus den Rheinischen Landeskliniken.

Auskunft: Wilfried Kühle, ÖTV-Bezirk NW I, Friedrich-Ebert-Str. 34–38, 4000 Düsseldorf 1

- 14.–19. 2. 1982

Berlin-West:

2. Kongreß für klinische Psychologie und Psychotherapie

Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt) und Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

Tel.: 07071/3 26 97 bzw. 0221/23 79 17

Treffen der Liste Demokratischer Ärzte Hessen: jeden zweiten Freitag im Monat bei Ernst Girth, Lillencronstr. 10, 6000 Frankfurt/Main 1, Tel. 611/56 19 62

- 24. 3.–26. 3. 1982

München:

Leben, Lernen, Arbeiten in der Gemeinschaft-Ambulante Pflege- und Hilfsdienste zur Eingliederung Langzeitkranker und Behinderter.

Auskunft: Vereinigung Integrationsförderung e.V., Tel. 089/59 19 34

- 30.–31. 3. 1982

Dortmund:

Asbest und seine Ersatzstoffe

Informationstagung mit Arbeitsgruppen
Veranstalter: Bundeszentrum Humanisierung des Arbeitslebens bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz
Vogelpothsweg 50–52, 4600 Dortmund-Dorstfeld, Tel. 0231/1 76 33 06

Im Dienste der Der Medizinisch-industrielle

Von Andreas Zieger

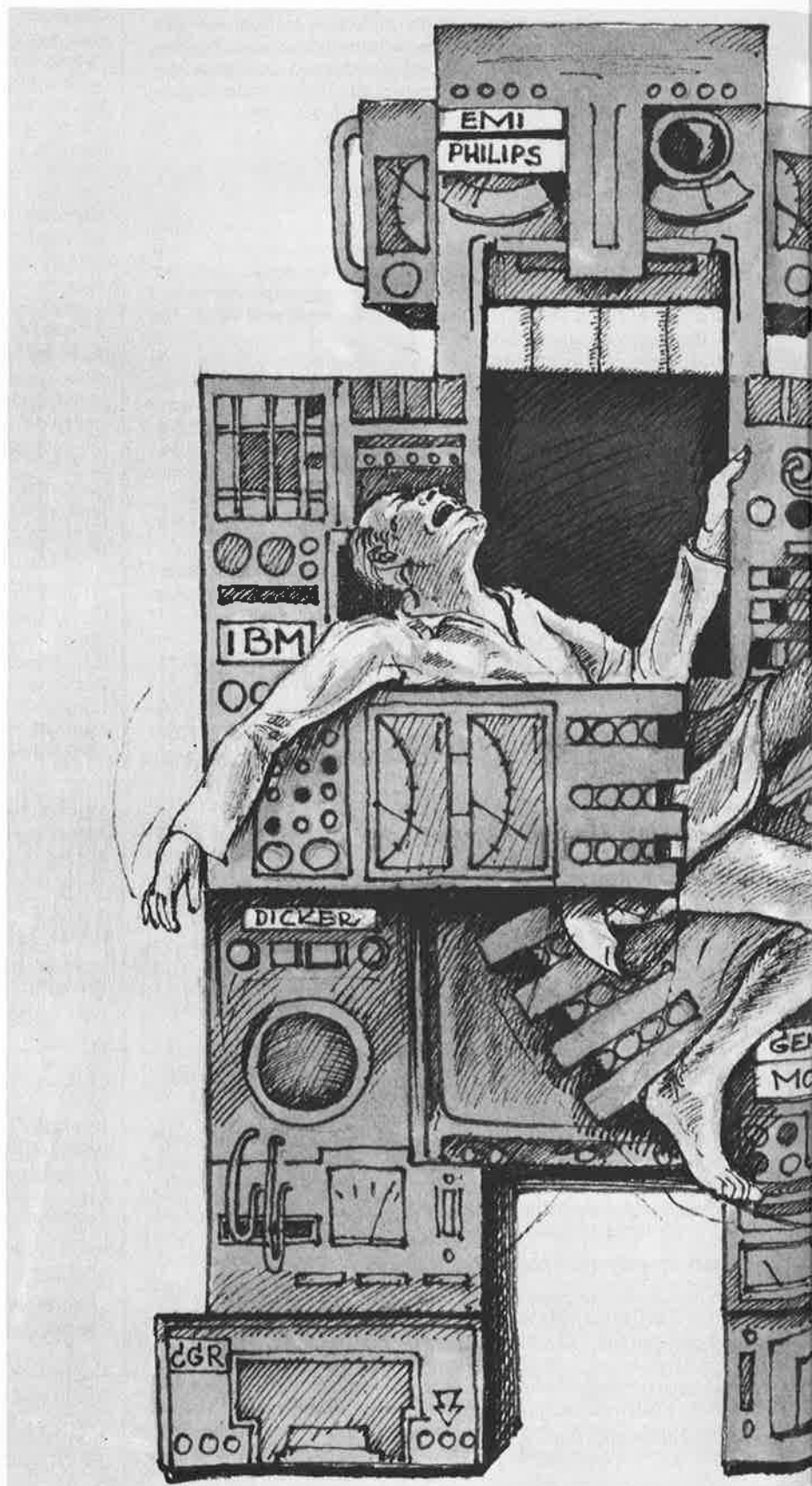
„Wenn immer das Schlagwort fällt, die kapitalistische Industrie und Technik seien der Feind des Menschen, dient uns die medizinische Technik als bester Beweis für das Gegenteil. Treue Dienerin des kranken und helfenden Menschen, erweitert sie die Möglichkeiten der Diagnose und Therapie, entlastet Ärzte und Schwestern und sichert uns phantastische Wachstumsraten ...“

Dieser hemmungslos naive Fortschrittgläubigkeit propagierenden Aussage in der Managersprache der Siemens AG, des größten bundesdeutschen Konzerns für medizintechnische Produkte, zu mißtrauen, beginnen eben erst – erfreulicherweise aber zunehmend – weite Teile der im Gesundheitswesen Beschäftigte und Teile der Bevölkerung. Das Unbehagen am herrschenden Medizinbetrieb reiht sich ein in die Sorge vor Umweltzerstörungen, Atomkraftwerken und -raketen. Während verantwortliche Politiker die medizinische Wissenschaft und Technik leichtfertig als Ursache für die „Krise der Medizin“ verabsolutieren, wird unsere berechtigte Kritik am unkontrollierten Einsatz des technologischen Fortschritts im Gesundheitswesen unter dem Schlagwort „Übertechnisierung“ oder „Kostenexplosion“ als Vorwand zum Leistungsabbau mißbraucht.

Folgen und Auswirkungen einer seelenlos betriebenen Apparatemedizin sind für Kranke und Pflegepersonal unmittelbar erfahrbar. Doch während die kriminellen Methoden der Pharmaindustrie breit aufgedeckt wurden, sind uns die Ursachen und Praktiken der im Dickicht eines eng verflochtenen medizinisch-industriellen Komplexes konkurrierenden Geräteindustrie kaum bekannt. Mein Artikel soll zur Bestandsaufnahme dieses gesundheitspolitisch wesentlich relevanten Problems beitragen und die Betroffenen zur Diskussion und Verständigung über Gegenmaßnahmen anregen.

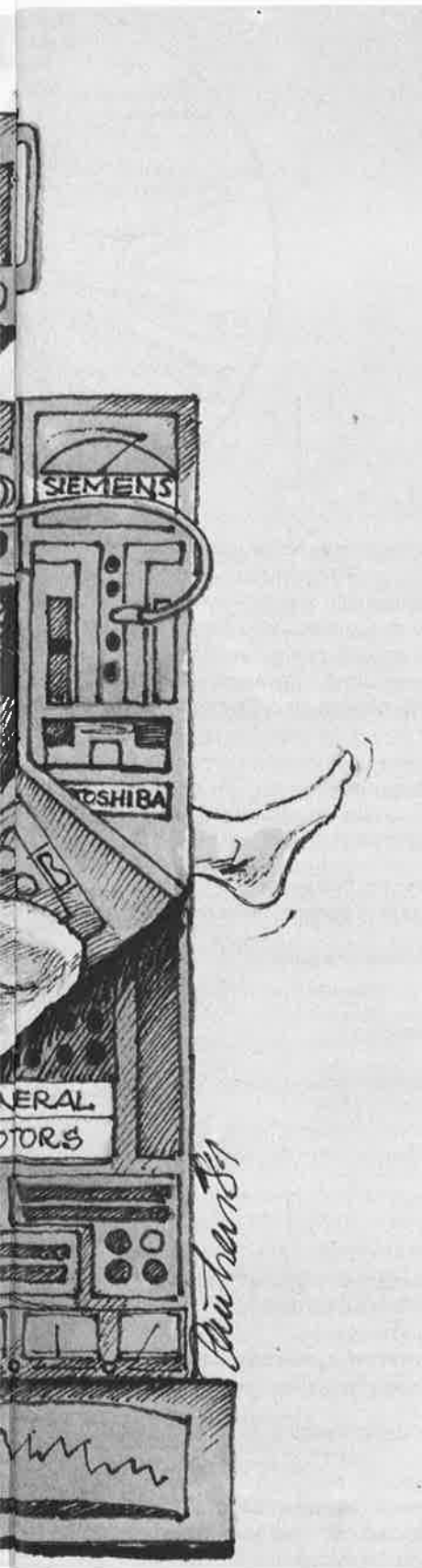
Ursprünge und Entwicklung der Medizintechnik

Die Ursprünge der industrialisierten Medizintechnik liegen in den naturwissenschaftlichen Entdeckungen der Physik, Biologie und Chemie des 19. Jahrhunderts und in der allgemeinen Industrialisierung.



r Gesundheit?

Komplex auf dem Vormarsch



Mikroskop, physiologische Meßmethoden, quantitative chemische Verfahren und die Entwicklung des elektrischen und dynamischen Prinzips bis hin zur Entdeckung der Röntgenstrahlen 1895 schafften die wesentlichsten Voraussetzungen für die Medizintechnik. Claude Bernhard (1813–1878) gilt als der Klassiker der naturwissenschaftlich-experimentellen Medizin, weil er die Einheit der drei großen Elemente der medizinischen Wissenschaft: Physiologie, Pathologie und Therapie lehrte und verwirklichte.

Unter dem Einfluß der Industrialisierung vollzog sich der Einbruch der Technik in die Medizin in einem rasanten Entwicklungstempo. Schon früh vereinigten sich dabei naturwissenschaftlich-experimentelle Wissenschaft und der damit verbundene Fortschrittsgedanke, Ärzteinteressen und gewinnstrebendes Unternehmertum miteinander (Tab. 1). So z. B. entwickelte die 1847 von Siemens gegründete „Telegraphenbauanstalt Siemens & Halske“ in enger Zusammenarbeit mit dem Berliner Physiologen du Bois-Reymond das Elektrokardiogramm (EKG). Einthoven leitete um die Jahrhundertwende erstmals ein EKG ab (Abb. 1). Auf Anregung Hamburger Ärzte begann der Hamburger Fabrikant C.H.F. Müller wenige Wochen nach der Entdeckung der Röntgenstrahlen 1895 mit der Produktion von Röntgengeräten (Abb. 2). Innerhalb kürzester Zeit verschaffte sich seine Firma einen weltweiten Ruf als „Spezialfabrik für Röntgenröhren“. Müller selbst verstarb 1912 an Strahlenfolgen. 1927 führte Forssmann im Selbstversuch die Herzkatheteruntersuchung durch. Im gleichen Jahr wurde „Röntgen-Müller“ vom holländischen Philips-Konzern übernommen, und 1930 wurden die ersten Universalgeräte zur Bewegungsbestrahlung hergestellt. Im Nationalsozialismus wird die Medizintechnik für Versuche an Gefangenen in Konzentrationslagern mißbraucht.

Nach dem zweiten Weltkrieg werden unter dem Einfluß der elektrotechnischen Industrie in der Röntgentechnik neue Wege beschritten. Die Gesundheitsindustrie erfährt durch internationale Kooperation und Konzentration eine gewaltige Ausdehnung. Neue Technologien wie elektronische Datenverarbeitung, Isotopendiagnostik, Fernseh- und Videotechnik sowie die Computertechnik finden eine zunehmende Verbreitung in der Medizindiagnostik. Beispielsweise zeichnet sich innerhalb des

Philipskonzerns ein verstärkter Trend zur internationalen Zusammenarbeit, Spezialisierung und Arbeitsteilung ab, um den harten Konkurrenzkampf bei der Entwicklung neuer medizinischer Technologien bestehen zu können: in Frankreich werden Präzisionsstomographen, in England Linearbeschleuniger und in den USA ab Anfang der 70er Jahre Computertomographen hergestellt. Bei der Siemens AG reicht das Spektrum medizintechnischer Geräte in dieser Zeit vom kleinen Herzschrittmacher über Meßgeräte für Herzkreislauf- und Gehirnuntersuchungen, Elektrotherapie, Nuklearmedizin bis hin zu kompletten elektronisch gesteuerten Überwachungsanlagen



Abb. 1: Ableitung eines EKGs in Einthovens Labor

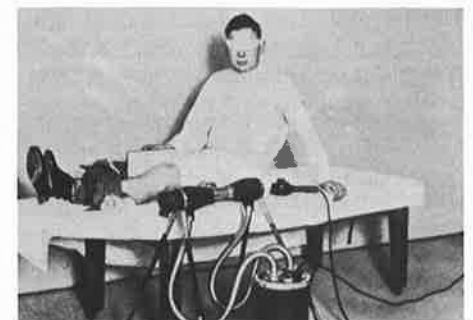


Abb. 2: Röntgen Kleinapparat um die Jahrhundertwende

auf Intensivstationen. „Biomedical engineering“ wird als „den Menschen auf seine biologischen Bau- und Funktionsprinzipien hin zu untersuchen und mit dem Wissen unter Einsatz moderner technischer Hilfsmittel medizinische Gebrechen zu lindern“ von den USA aus propagiert. In Anlehnung an die Mayo-Klinik entsteht die DKD in Wiesbaden. Die Volkswagen-Stiftung stellt bereits 1968 eine finanzielle Starthilfe für die Einrichtung eines Institutes für biome-

medizinische Technik zur Verfügung. Der Wissenschaftsrat spricht von der Notwendigkeit, Medizintechniker und Krankenhausingenieure auszubilden. Die Zahl der medizinisch-technischen Assistentinnen und Assistenten in der BRD verzeichnet von 1960 bis 1977 mit 223 % die höchste Steigerungsrate aller im Gesundheitswesen Beschäftigten.

Mit der Einführung der Computertomographie (Abb. 3) Anfang der 70er Jahre hält



Abb. 3: Computertomograph

die Großtechnik entscheidenden Auftrieb in der Medizindiagnostik. Erstmals können Querschnittsbilder des menschlichen Körpers zu Lebzeiten hergestellt werden. Dazu werden eine komplizierte Rekonstruktionsmathematik, eine moderne Röntgentechnik, elektronische Datenverarbeitung und Computertechnik kombiniert zum Einsatz gebracht. Im Auftrage der britischen Regierung hatte sich 1967 bis 1971 der Physiker Hounsfield im Zentralforschungslabor der EMI Varian Ltd. in London für militärische Fragestellungen mit Untersuchungen der Mustererkennung und Computertechniken beschäftigt. Er fand heraus, daß die Absorption jedes einzelnen Röntgenstrahls durch die Schicht eines Objekts durch ein System mathematischer Gleichungen ausgedrückt und zur Rekonstruktion einer Monitorabbildung herangezogen werden kann. Die britische Sozial- und Gesundheitsbehörde gewährte von Anfang an ihre volle finanzielle Unterstützung. Über 2500 moderne Computertomographen sind bis heute weltweit aufgestellt worden.

Der medizinisch-industrielle Komplex

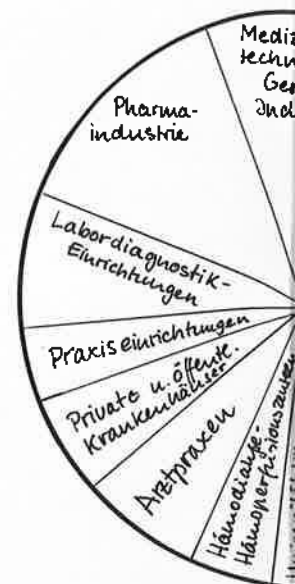
Beim medizinisch-industriellen Komplex (MIK) handelt es sich um ein wirtschaftliches Interessengeflecht, das unter kapitalistischen Produktionsverhältnissen und im Einzugsbereich staatlicher Gesundheitspolitik von den großen Industriekonzernen und -monopolen der medizinischen Geräte- und Pharmaindustrie über die mittlere und kleinere Gesundheitswarenindustrie und Teile der organisierten Ärzteschaft sowie verschiedene Forschungsinstitutionen bis hin zu branchenfremde Bereiche wie Leasing-, Bau- und Immobilienfirmen reicht und in den westlichen Industrienationen einen großen Wirtschaftszweig ausmacht.

Während sich die Pharmakonzerne relativ eigenständig innerhalb der chemischen Industrie entwickelt haben, ist die medizintechnische Industrie kein eigenständiger Industriezweig, sondern nur Bestandteil der elektrotechnischen Industrie wie Philips, Siemens AG oder General Electric geblieben, die im Gesundheitswesen, offenbar auch wie Teile der Atom-, Welt- und Rüstungsindustrie einen hochprofitablen und krisenfesten Markt sehen und sich am Geschäft mit der Gesundheit der Bevölkerung aus Profitgründen beteiligen. Zu den Unternehmen, die profitorientiert und privatwirtschaftlich Dienstleistungen im Gesundheitswesen anbieten, gehören: Ketten von Kur-, Privat- und Rehabilitationskliniken (z. B. Wicker KG), Laborgesellschaften, Ausstattungsfirmen für Labor und Praxis, private Träger für Alten- und Pflegeheime, Fitness-Center, Dialyse- und Diagnostikzentren (z. B. DKD in Wiesbaden), private Wäscherei-, Reinigungs-, Kantine- und Hygienetechnikfirmen und Rettungsgesellschaften (ADAC-SOS-Hubschrauber) (Abb. 4).

Ärzte verschaffen sich mit Privatpraxen und -kliniken, Aktien- und Bodenkäufen finanzielle Gewinne. Durch ihre Rolle als Verteiler von gesundheitlichen Leistungen sind sie nicht unwesentlich am industriellen, technischen Umwälzungsprozeß im Gesundheitswesen beteiligt. Verwaltungen, Forschungsgesellschaften, Marketing-Unternehmen, Stiftungen, Kuratorien und Ausschüsse bestimmen in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Forschung und Technologie und den Führungskräften der Gesundheitsindustrie den medizinisch-technischen Fort-

schrift. Nicht Ärzte, medizinische Wissenschaft oder Sozialversicherungen bestimmen, welche Heil- und technischen Hilfsmittel in die Medizin eingeführt werden, sondern eine auf hohem Niveau international organisierte Gesundheitsindustrie unter der Regie weniger einflussreicher Konzerne. Der medizinisch-industrielle Kom-

Medizinisch-industrieller Komplex



plex hat eine immer enger werdende Verflechtung von Produktionsindustrie und Verteilungsbereich hervorgebracht, die die eigentlichen sozialen Aufgaben des Gesundheitswesens unternehmerischen Profitinteressen und privatwirtschaftlichen Gesetzmäßigkeiten und Zwängen unterordnet.

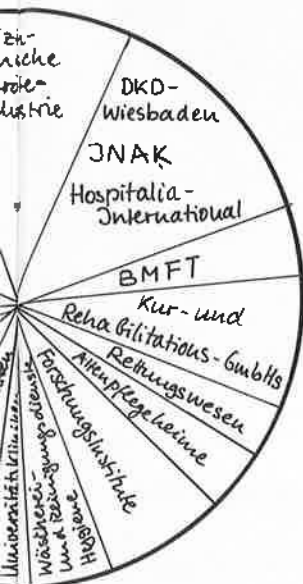
Tab. 1: Ursprünge und Entwicklung der Medizintechnik

1813–1878	Claude Bernard, Klassiker der naturwiss.-experiment. Medizin.
1895	Entdeckung der Röntgenstrahlen. Röntgen-Müller in Hamburg beginnt mit dem Bau von Röntgengeräten.
um 1900	Einthoven und du Bois-Reymond entwickeln das EKG, letzterer in Zusammenarbeit mit „Siemens & Halske Telegraphenbauanstalt“
1927	Forssmann entwickelt im Selbstversuch Herzkatheteruntersuchung. Röntgen-Müller wird von Philips übernommen.
1945	Gebauer erfindet die Transversaltomographie.
1946	Bloch und Purcell entdecken die Kernspin-Resonanz.
seit 1952	„Biomedical engineering“ in den USA.
1960	Programm-Politik des Philipskonzerns: Präzisionsstomographen (Frankreich), Linearbeschleuniger (England), später Computertomographie (USA).
1961	Oldendorf entwickelt das Prinzip der Röntgen-Rekonstruktions-Tomographie.
Mitte 60er	EDV, Bildverstärker, Regeltechnik und Fernsteuertechnik finden Eingang in die deutsche Medizin. Siemens wird Hauptaktionär der DKD-Wiesbaden. Böhringer steigt ins Diagnostika-Geschäft ein. VW-Stiftung gibt Starthilfe für biomedizinische Forschung.
1967–1971	Hounsfield entwickelt den ersten klinikreifen Computertomographen in London.
1972	Ausbildung von Mediziningenieuren an der Fachhochschule Gießen.
1976	Mansfield und Hinshaw entwickeln die Kernspin-Tomographie. Siemens steigt ins Computertomographie-Geschäft mit eigenen Entwicklungen ein. Bundesministerium für Forschung und Technologie fördert die Computertechnik von Siemens.
1978	Höhne entwickelt in Zusammenarbeit mit der DESY, Hamburg, die Computerangiographie.
1979	EMI entwickelt den ersten Kernspin-Tomographen.
1980	Philips stellt in den USA einen eigenen Computer-Angiographen vor (DVI). EMI wird in Teilgebieten von General Electric, Picker und Philips übernommen.
1981	Gründung von „Picker International“

Ökonomische Daten:

Allein 1979 erreichten die privaten Unternehmen, die in den USA profitorientiert gesundheitliche Dienstleistungen anbieten, einen Gesamtjahresumsatz von 30–40 Mrd. Dollar. In der BRD beliefen sich 1978 die Aufwendungen für die medizinische

Medizinischer Komplex



Versorgung auf 175 Mrd. DM, das entspricht 12,2% Anteil am Bruttosozialprodukt. Für Arzneimittel und medizinische Geräte (Herstellerpreise) wurden 1979 in der BRD 18–20 Mrd. DM ausgegeben. In Krankenhäusern und Arztpraxen waren medizintechnische Einrichtungen und Geräte insgesamt im Werte von 25–30 Mrd. DM zu bewirtschaften. Insgesamt betragen heutzutage die geleisteten Investitionskosten für den Gerätepark einer modernen Klinik etwa 100 Millionen DM (Tab. 2). Mit einem jährlichen Kaufkraftvolumen von etwa 10 Milliarden DM sind die bundesdeutschen Krankenhäuser zu einem wichtigen Wirtschaftsfaktor geworden.

Das wirtschaftliche Engagement der Geräteindustrie findet seinen Niederschlag in einer Vielzahl von speziellen Messen, Ausstellungen und Tagungen. Allein in diesem Jahr beteiligten sich 1045 Firmen aus über 18 Ländern und etwa 60.000 Besuchern an der größten Krankenhausmesse der Welt, die INTERHOSPITAL '81, in München. Außerdem betreibt die Geräteindustrie eine aufwendige, subtile Werbung: mit dem Kauf eines Gerätes wird beispielsweise ein kostenloses Training im Ausland samt Flug-Ticket für zwei Personen angeboten.

Strategien der medizinischen Geräteindustrie

Marktbedingungen:

In der „Wirtschaftswoche“ plaudert man unbefangen über Umsätze und Geschäfte auf dem Medizinmarkt. Der mit über 2 Mrd.

DM einschlägigem Umsatz größte bundesdeutsche Konzern auf dem Gesundheitsmarkt, Siemens AG, beklagt „die seit 4 Jahren zu beobachtende Stagnation des Marktes“ für medizinische Technik. Der Kostendruck auf die Krankenhäuser und die geringe Investitionsbereitschaft der niedergelassenen Ärzte sei spürbar zu verzeichnen. Bis 1975 waren zweistellige Wachstumsraten zu erzielen. „Das unternehmerische Risiko war relativ gering, weil der Markt bis zu diesem Zeitpunkt nahezu unbegrenzt aufnahmefähig war“, erinnert sich ein Unternehmensberater aus Frankfurt. „Für die Finanzierung sorgte die laufende Erhöhung der Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenkasse“. Jetzt liegen im Rahmen der von Bund und Ländern ergangenen Sparpolitik in Bonn Anträge für medizintechnische Investitionen in bundesdeutschen Krankenhäusern im Werte von 10–12 Mrd. DM vor. Der Markt für Arzneimittel und medizinische Geräte hat aber auch heute noch mit 18–20 Mrd. DM eine attraktive Größenordnung. Die elektromedizinische Industrie hat Überkapazitäten. Trotz „bahnbrechender Technik“ sind sich die Konzerne darüber einig, daß die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen zu langsameren Steigerungsraten führen werden.

ren verdoppeln. Auf den Weltmärkten der Elektroindustrie gelten Schlachtrufe wie „Wettbewerb durch Verdrängung“, „Die Welt als Kampffeld“ und „Kampf ums Überleben“. Noch vor fünf Jahren waren weltweit 18, z. T. hochspezialisierte Firmen mit dem Computer-Tomographie-Geschäft befaßt. Ein Drittel sind davon aus dem Markt ausgestiegen. General Electric, Siemens AG und Philips verbuchen über 70% aller Aufträge für sich. Bei Großröntgenanlagen hat die Siemens AG in den USA heute schon einen Anteil von 20–26% erwirtschaftet. Nur diese drei Firmen und vielleicht noch Toshiba, ein Japaner, haben Überlebenschancen. Als der Konzernriese EMI sein medizintechnisches „Know how“ zum Konkurs freigab, kaufte Picker die Kernspinteknologie, Philips den Bereich Computertomographie-Forschung samt Nobelpreisträger Hounsfield und General Electric für 37,5 Mio. Dollar den Bereich Scanner zur Offensive auf dem europäischen Markt. Die Siemens AG ist indessen durch den Ankauf der Kernspinteknologie von der Searle-Diagnostics Inc. in den USA, die mit einem jährlichen Gesamtvolumen von 100 Mio. Dollar einen eher bescheidenen Anteil darstellt, in die Schlagzeilen gekommen. Die oberste Justizbehörde des

Tab. 2: Medizintechnik – ökonomische Daten (BRD)

Aufwand für medizinische Versorgung (1978):	175 Mrd. DM
Aufwand für medizinische Versorgung (1979): (Arzneimittel und mediz. Geräte)	18–20 Mrd. DM
Bewirtschaftete med. techn. Einrichtungen:	25–30 Mrd. DM
davon im Krankenhaus:	15–20 Mrd. DM
davon in Arztpraxen:	10–15 Mrd. DM
Jährlicher Aufwand (Kauf, Instandhaltung) für mediz. techn. Geräte (1979):	4–5 Mrd. DM
durchschnittl. Umsatz aller Krankenhäuser (1978):	33 Mrd. DM
Jährliches Kaufkraftvolumen aller Krankenhäuser (1979):	10 Mrd. DM
Kostenvolumen für „Gerätepark“ eines modernen Krankenhauses:	über 100 Mio. DM
Jährliches Investitionsvolumen eines Krankenhauses:	3 Mio. DM
davon für Medizintechnik:	600.000 DM

Die weltgrößte, konzernunabhängige Firma für medizinische Instrumente, AESCULAP, klagt: „Das Projektgeschäft, die Erstausrüstung von Krankenhäusern ist tot“. Die Produktion wurde ins Ausland nach Malaysia verlagert. Daneben versuchen viele Firmen, ins branchenfremde Geschäft umzusteigen: Boehringer hat sich bereits 50% des Diagnostika-Marktes gesichert. Die Bayer-AG verstärkt ihre Diagnostika-Basis. Die Hoechst AG, größter Arzneimittelhersteller der Welt, will mit 8% Umsatzanteil in die Marktnischen des Diagnostika-Geschäfts einsteigen. Als Glanzstück dient ihr ein Laser-Nephelometer für die Immundiagnostik. Stückpreis: 90.000 DM.

Der Weltmarkt für Medizinelektronik hat gegenwärtig ein Volumen von 11–12 Mrd. DM. Bei jährlichen Wachstumsraten von real 7% dürfte sich dieser Wert in 10 Jah-

Landes befand, unter Berufung auf das Antitrustgesetz, daß Siemens damit den Wettbewerb störe. Im April 1981 installierte sich durch einen Konzernzusammenschluß, unter 160 Mio. Dollar starker Beteiligung von General Electric, Picker INTERNATIONAL als viertgrößter Konzern der Welt auf dem Markt der Gesundheitsindustrie.

Technologische Neuheiten als Marktoffensive:

Nachdem der Markt für Computertomographie-Geräte durch einen harten, schnellen Verdrängungskampf unter wenige multinationale Konzerne aufgeteilt worden ist, steht die Gesundheitsindustrie bereits am Anfang einer neuen medizintechnischen Großoffensive. Aufwendige großtechnische Systeme und Verfahren

wie die Kernspin-Tomographie und die intravenöse Computertomographie sollen in den 80er Jahren das CT-Geschäft der 70er Jahre ablösen. So besteht z. B. für den Direktor von TECHNICARE in New York kein Zweifel, daß „den digitalen Techniken in der Medizin die Zukunft gehört“. Obwohl diese neuen Technologien bisher nur an wenigen großen Zentren und Universitätskliniken der Welt klinisch eingesetzt und an nur kleinen Patientenzahlen „ausprobiert“ wurden, hat auf dem Weltmarkt bereits ein erbarmungsloser Konkurrenzkampf begonnen.

Bei der **Kernspin-Tomographie** handelt es sich um ein großtechnisches diagnostisches Verfahren aus der Nuklearmedizin, bei dem die Gewebekonzentrationen von vorher in die Blutbahn eingespritzten Radionukleiden zur Bildgewinnung von Körperschichten herangezogen werden. Diese Methode hat gegenüber der Computertomographie den Vorteil, daß außer anatomischen Untersuchungen physiologische Untersuchungen gemacht werden können, die die jeweilige Gewebeart und die Funktion der Körperteile und Organe, insbesondere aber die von krankhaften Prozessen wie Tumoren bestimmen lassen. Das erst 1976 von Mansfield und Hinshaw entwickelte Verfahren wurde 1979 von EMI anwendungs- und marktreif produziert (Abb. 5). Der Stand der Technik erlaubt es schon heute, Ganzkörper-Querschnittsbilder des lebenden Menschen in etwa 1 Minute zu erstellen. Über die genauen Einsatzmöglichkeiten in der Medizin herrscht noch weitgehend Unklarheit. Wegen der kurzen Halbwertszeit der Radionukleide muß das Positronen erzeugende Gerät in der Klinik selbst zur Verfügung stehen. Das technisch aufwendige Verfahren dürfte daher zunächst noch größeren Zentren überlassen bleiben, die den personellen und organisatorischen großen Aufwand betreiben können. Das Risiko dieser Technologie beim Menschen ist noch nicht geklärt.

Bei der **intravenösen Computerangiographie** handelt es sich um eine computergestützte digitale Röntgentechnik, die unter Kombination von elektronischer Datenverarbeitung, Computertechnik und moderner Bildtechnik ein Spezialgebiet der Röntgentechnik, die Angiographie, revolutioniert hat. Der Angiographie-Rechner benötigt durchschnittlich 4 Minuten, um aus einer Serie von Röntgenbildern ein Bild zu rekonstruieren und gleichzeitig störende Überlagerungen wie Organ- oder Knochenschatten wegzusubtrahieren. Bei der Entwicklung des Angiographie-Computers wurde von vornherein die besondere „ärztliche Mentalität“ berücksichtigt: „Die meisten Mediziner können nicht in Zahlen oder Sinuskurven denken, die brauchen was Anschauliches. Daher kam uns die Idee, die komplizierten Computerberechnungen gleich in Bilder zu verwandeln,“ meint ein Physiker der DESY in Hamburg. Praktisch gedacht haben die

Konstrukteure auch sonst: der Computer kann an jedes moderne Röntgengerät oder Videorekorder angeschlossen werden. Das Gerät kommt ohne kostentreibende Mechanik aus: Mikroprozessoren sind inzwischen Billigware. Eine Firma in den USA rühmt sich damit, sie habe hier ein Produkt anzubieten, das Ergebnis von Forschungen bereits aus dem Jahre 1973 für ein experimentelles System der US-Army gewesen sei. Das System von Philips wurde in den USA in Zusammenarbeit mit einem Team der Wisconsin Universität entwickelt (Abb. 6) und erstmals 1980 auf einem Radiologie-Kongreß in Dallas/Texas vorgestellt: „Der Patient betritt die Röntgenabteilung – er muß nicht stationär aufgenommen werden. Nach Erledigung einiger Formalitäten bittet ihn die Assistentin, sich auf den Untersuchungstisch zu legen. Keine Patientenvorbereitungen, kein Einschnitt, keine Arterienpunktion – lediglich eine Kontrastmittelinjektion in die Armvene. Die Subtraktionsbilder stehen sofort auf dem Fernsehsichtgerät zur Verfügung und in wenigen Minuten ist die Untersuchung abgeschlossen. Während der Patient vom Tisch steigt und sich wieder anzieht, sitzt der Arzt bereits vor dem Aus-

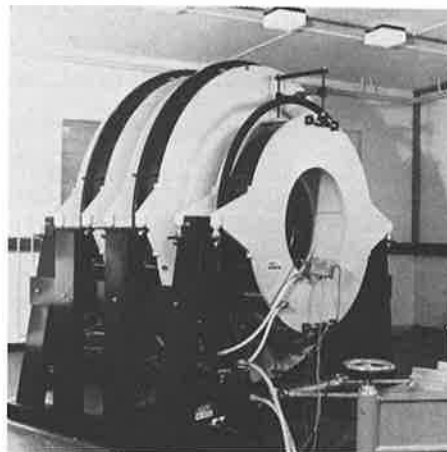


Abb. 5: Kernspintomograph

werte-Pult und befundet die gespeicherten Angiographiebilder“. Kein Wort über die Strahlenbelastung: immerhin werden bis zu 50 Aufnahmen pro Sekunde gemacht. Bei 4–8 Sekunden Untersuchungszeit für eine Untersuchung im Kopfbereich werden 200–400 Röntgenbilder „geschossen“. Kein Wort über das Kontrastmittlerisiko, von Hautreaktionen bis zu schweren oder sogar tödlichen Schockzuständen. Von den Kosten ganz zu schweigen: der inoffizielle Stückpreis liegt je nach Gerätetyp und Firma zwischen 500.000 und 900.000 DM. Über die Anwendungsmöglichkeiten (Indikationen) finden wir in den Werbeprospekten keine einheitlichen Aussagen. Man ist sich aber darin einig, daß der Angiographie-Computer mit kleinen Mengen Kontrastmittel auskommt, zur Vordiagnostik (Screening) geeignet ist und die Gefäßdiagnostik am ganzen Körper möglich macht – und zwar **ambulant**.

Diese Neuentwicklung offenbart die ganze Verwertungslage der medizinischen Gerä-

teindustrie: mit den digitalen Röntgentechniken will man auf den ambulanten Sektor ausweichen, solange die finanziellen Ressourcen der Krankenhäuser erschöpft sind. Auf lange Sicht indessen werden von der Geräteindustrie allerdings auch die Krankenhausinvestitionen als konjunktur-unabhängig eingeschätzt und die Märkte auch hier für expansionsfähig gehalten.



Abb. 6: Bedienungsplatz für i.v. Computerangiografie

Rüstung, Forschungspolitik und medizinische Geräteindustrie

Vom Bundesverband der deutschen Industrie (BDI) wird regelmäßig auf die „Schrittmacherrolle“ der Wehrtechnik für den zivilen Fortschritt hingewiesen. Daß die Abfälle der Kriegsproduktion für die zivile Nutzung und Medizin beachtlich seien, scheint auch Bundesforschungsminister von Bülow zu glauben, wenn er sagt: „Glauben Sie denn, daß IBM jemals in der Lage gewesen wäre, diese massive Stellung auf dem Weltmarkt zu erringen, wenn nicht eine direkte Förderung aus dem amerikanischen Verteidigungshaushalt stattgefunden hätte? Es wäre amerikanischen Firmen nie möglich gewesen, eine führende Stellung zu erringen, wenn nicht die militärische Forschung vorweggegangen wäre...“ Nach amerikanischem Vorbild ist daher das Bundesministerium für Forschung und Technologie mit der Vergabe von Förderungsmitteln an die deutsche Rüstungsindustrie keineswegs kleinlich (Tab. 3).

Führende Konzerne der Gesundheitsindustrie wie die Siemens AG und Philips haben einen anteilmäßigen Umsatz für Rüstungsgüter am Gesamtumsatz von 8 bzw. 3%. Bei Siemens beläuft sich der Umsatz aus der Medizintechnik in ähnlicher Größenordnung. Diese Konzerne haben damit nicht nur die wesentlichen Technologien zur Gesundheitsversorgung in den Händen, sondern sind zugleich in der Vernichtungsindustrie führend beteiligt. Ihre ungeheure Machtposition über die Geschicke der Bevölkerung wird schließlich daran deutlich, daß man bedenken muß, daß sie auch auf dem Markt für Umwelttechnologien, die die industriellen und militärischen

Schadensfolgen vom Menschen abwendend soll, führend sind. Was diese paradoxen „Märkte“ und Interessen miteinander vereinbar macht, sind nicht die Bedürfnisse der Bevölkerung nach Gesundheit, gesunder Umwelt und Frieden, sondern allein der Profit.

Nach Auffassungen der Rand-Corporation und der OECD beträgt der zivile Wachstumseffekt der Rüstungsindustrie nicht mehr als ein Fünftel dessen, was bei einer direkten Anlage in der zivilen Industrie möglich gewesen wäre. Die Rüstungsindustrie behindert letztlich sogar die sinnvolle Entwicklung und Nutzung moderner Technologien, so auch in der Medizin. Dennoch betrugen die Aufwendungen des Bundesministeriums für Forschung und Technologie 1979 für „Verteidigung“ ein Fünffaches dessen, was für „Gesundheit“ in den letzten fünf Jahren ausgegeben wurde. Dabei könnte die „Spitzentechnologie“ der Rüstungsproduktion relativ direkt für zivile Belange eingesetzt werden wie: Umweltschutz, Erforschung alternativer Energiequellen, Krebsforschung, Arbeitsmedizin und Prävention.

Ein britischer Nationalökonom sagte einmal unumwunden, woran die „Zivilisierung“ der militärischen Wirtschaft scheitern müsse: „... Der Übergang zu solchen Maßnahmen wäre nicht schwer. ... Hinter einem neuen bemannten Bombenflugzeug steht der militärisch-industrielle Komplex ... Hinter einer verbesserungsbedürftigen Gesundheitsfürsorge aber steht keine so potente, listenreiche Macht ...“

Auswirkungen und Folgen

Durch die Machtstellung des medizinisch-industriellen Komplexes haben die gesundheitspolitischen Strukturen unseres Landes tiefgreifende Veränderungen erfahren. Die Gesundheitsdienste sind weitgehend wirtschaftlichen Zwängen und Gesetzen unterworfen worden. Profitorientierte Unternehmerinteressen haben Vorrang gegenüber den sozialen Bedürfnissen der Bevölkerung nach einer humanen Gesundheitsversorgung bekommen und das medizinische Versorgungssystem auf rein medikamenten- und technikorientierte Leistungen ausgerichtet. Vorsorge- und Präventivmedizin fristen ein kümmerliches Schattendasein. Aber auch selbst unter den Bedingungen einer rein kurativen Medizin bleiben die Erfolge technisierter Diagnostik gering, weil sie oft nicht therapeutisch nutzbar gemacht werden können. Der Machtzuwachs des medizinisch-industriellen Komplex hat das öffentliche Gesundheitswesen zur Bedeutungslosigkeit verurteilt.

Unter dem Einfluß kritikloser Fortschrittsgläubigkeit ist der technisch orientierte Medizinbetrieb zu einer breiten Vormachtstellung gelangt. Die ökonomische Bevorzugung technischer Leistungen mag zwar dazu geführt haben, daß der technische

Fortschritt schnell überall zur Verfügung gestanden hat; die Bevorzugung der Medizintechnik hat jedoch zu einer krassen Verzerrung des Leistungsgefüges im Gesundheitswesen geführt. Das Gespräch des Arztes mit dem Kranken ist wirtschaft-

„Kostenexplosion“ auf den Markt gedrängt. Die großtechnischen Offensiven der Geräteindustrie zielen unverhohlen auf die Bevorzugung des ambulanten Sektors. Die medizinische Großindustrie hat bestimmenden Einfluß darauf, was in die me-

Tab. 3: Rüstung, Staat und medizinische Geräteindustrie

Geplantes Rüstungsbeschaffungsprogramm der Bundesregierung bis 1988:	100 Mrd. DM
Gesamtjahresumsatz der Rüstungsindustrie (1979):	30 Mrd. DM
davon:	
Siemens:	2,2 Mrd. DM
(Anteil vom Gesamtjahresumsatz: 8%)	
MBB:	1,7 Mrd. DM
Krauss-Maffel:	1,8 Mrd. DM
AEG-Telefunken:	1,4 Mrd. DM
Philips:	126 Mio. DM
(Anteil vom Gesamtjahresumsatz: 3%)	
Mittel aus dem Verteidigungshaushalt an Rüstungskonzerne (1979):	1,8 Mrd. DM
davon:	
AEG:	145 Mio. DM
MBB:	104 Mio. DM
Siemens:	62 Mio. DM
insgesamt bisher für Siemens:	1,6 Mrd. DM
Anteil der Medizintechnik am Gesamtumsatz Siemens (1977):	1,0 Mrd. DM
(entsprechend 4%)	

lich uninteressant geworden. Unter der Regie einer privatwirtschaftlichen und profitorientierten Gesundheitsindustrie hat sich ein zunehmender Widerspruch zwischen der Notwendigkeit und Anwendung von Medizintechnik entwickelt.

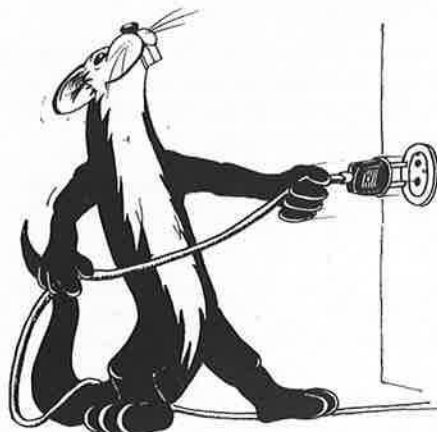
Die „fünf Sinne“ des Arztes werden mehr und mehr durch technische und apparative diagnostische Prozeduren ersetzt. Zwischen Arzt und Patient treten komplexe maschinelle und elektrotechnische Systeme. Die Herausbildung mächtiger, seelenloser Gerätesysteme zwischen Arzt und Patient, Pflegepersonal und Patient hat die Struktur ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit grundlegend verändert. Die eigentliche soziale Funktion des Arztes, nämlich den Zusammenhang mit dem Kranken herzustellen, verläßt zum bloßen Verwalten medizintechnischer Instrumente. Technischer und verwaltungsmäßiger Mehraufwand für Ärzte und Pflegepersonal führt zur Verknappung der Zeit für Gespräche mit dem Patienten, Zuwendung und psychosoziale Betreuung. Nach den Vorstellungen der Gerätefirmen und Wirtschaftsplaner soll ein Heer von biomedizinischen Ingenieuren, Krankenhaustechnikern und medizintechnischen Assistenten in der Gesundheitsfabrik „Krankenhaus“ installiert werden. Die steigenden Risiken medizinischer Diagnostik werden zum unvermeidbaren Opfer fortschrittlicher Gesundheitsversorgung deklariert. Bedarfsplanung und -verteilung als staatlich-rationales Steuerungsinstrument werden – wenn überhaupt – meist erst im Nachhinein angewendet. Meist wird der Gesundheitsmarkt „dem freien Spiel der Kräfte“ überlassen.

Technologische Neuheiten wie die Computertomographie oder die Computer-Angiographie werden trotz „Sparpolitik“ und

medizinische Diagnostik und Therapie eingeführt wird. Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem Kostendämpfungsgesetz hat sich der Staat in den ökonomischen Verteilungskampf eingeschaltet. Während er sich seiner finanziellen Verantwortung zunehmend zu entziehen versucht, werden profitable Investitionen begünstigt, personelle und pflegerische Leistungen als Betriebskosten der Krankenhäuser benachteiligt und die Umsätze der Gesundheitsindustrie über Pflegesatzentscheidungen und Beitragserhöhungen zur gesetzlichen Krankenversicherung auf die Bevölkerung abgewälzt. Der profitbestimmte Charakter der medizinischen Großindustrie unterwirft die Struktur des ganzen Gesundheitswesens zunehmend seinen eigenen, inhumanen Gesetzmäßigkeiten.

Gesundheit zu erhalten ist unser aller Bedürfnis und Aufgabe. Organisierte Gegenwehr ist dringend erforderlich: vor Ort in den Betrieben, mit den Gewerkschaften und Parteien.

Literaturauswahl im Dokumentarteil S. IV



Kontaktadresse: Andreas Zieger, Auguststraße 85, 2900 Oldenburg, Krankenhausarzt

„Wir erfahren immer erst hinterher, wenn was Neues angeschafft wurde“

DG-Interview mit Personalräten der Uni-Kliniken Köln zu ihren Erfahrungen mit „Neuer Technologie“.

Barbara Becker, Personalrätin, ÖTV-Vertrauensfrau, Krankenschwester

Manfred Galbas, freigestellter Personalrat, ÖTV-Vertrauensmann, Elektriker

DG: Welche Erfahrungen habt ihr mit der Einführung neuer Technologien bei euch gemacht?

Im Prinzip haben wir uns natürlich, wie überall, zu spät eingeschaltet, auch mangels Vorkenntnisse.

Barbara: Man muß das in Köln unter mehreren Gesichtspunkten sehen. Einmal hat man das Problem Bildschirmarbeitsplätze, zum anderen haben wir ein großes Zentrallabor, was mit ganz neuen Geräten ausgestattet ist. Und dann haben wir auch noch ein automatisches Wagentransportsystem, wodurch ganz neue Berufsgruppen entstanden sind.

Manfred: wir erfahren immer erst hinterher, wenn was Neues angeschafft wurde. Wie bei den Bildschirmarbeitsplätzen in der Verwaltung, die auch auf kaltem Wege eingeführt worden sind. Im Prinzip haben wir uns natürlich, wie überall, zu spät eingeschaltet, auch mangels Vorkenntnisse. Wenn Geräte angeschafft werden, erfahren wir das nie direkt vom Beschaffer, sondern viel später erst von den Betroffenen, wenn irgendwelche Schwierigkeiten aufgetaucht sind. Zum Beispiel sind Schreibautomaten auch auf dem kalten Wege eingeführt worden, womit sich bis heute niemand befaßt hat. Wo man erst in Gesprächen erfährt, daß schon die zweite oder dritte Generation von diesen Geräten da steht. So sind unter Umständen dadurch seit Jahren Arbeitsplätze wegrationalisiert worden, was heute garnicht mehr nachvollzogen werden kann.

DG: In welchen Bereichen habt ihr konkret Bildschirmarbeitsplätze und andere Formen neuer Technologie?

Manfred: In der zentralen Patientenaufnahme, dezentral teilweise schon in den einzelnen Kliniken, in der Buchführung, im zentralen Schreibdienst.

DG: Beim dezentralen Ausbau der Datenerfassungssysteme, könnt ihr da nicht nein sagen?

Barbara: Dazu gibt es wohl noch keine Meinung im Personalrat. Außerdem würde man dann das Problem nur auf eine andere Ebene verlagern. Die Arbeit würde dann auf die Schwestern abgewälzt. Zum anderen sind die Bildschirmarbeitsplätze ja nicht so belastend, außerdem sind sie auch Mischarbeitsplätze.

DG: Sind eure Schreibautomatenarbeitsplätze auch Mischarbeitsplätze?

Barbara: Ja, bzw. nein, es sind Halbtagsarbeitsplätze.

DG: Habt ihr Erfahrungen damit, ob Bildschirmarbeit und Schreibautomaten auch als Mischarbeitsplätze den Streß erhöhen?

Barbara: Keine Erfahrung damit, zumal bei uns noch nicht alle Bausteine installiert sind.

Der Personalrat hat eh über das Gesamtprojekt der Datenerfassung von Seiten der Verwaltung keinen Gesamtüberblick bekommen. Es heißt aber, daß sowohl Aufnahme wie Abrechnung darüber laufen sollen.

Man bekommt nur dann die Information, wenn man selbst gucken geht.

DG: Wie glaubt ihr sicherstellen zu können, daß ihr zeitig informiert werdet?

Barbara: Das ist nur möglich, wenn die Gewerkschaft es schafft, daß das Landespersonalvertretungsgesetz überarbeitet wird, in dem Sinne, daß mehr Personalräte



freigestellt werden. Man braucht einfach viel mehr Personalräte, die rumlaufen können. Man bekommt nur dann die Information, wenn man selbst gucken geht. Der Arbeitgeber hat den § 2 „Vertrauensvolle Zusammenarbeit“ immer auf den Lippen, wenn er etwas will. Nur wenn wir etwas wollen, ist er erstaunt, daß der Personalrat schon im Stadium der Planung informiert werden muß.

Manfred: Der Personalrat wird mit Kleinkram zugeschmissen.

DG: Wie sehen eure Möglichkeiten aus Einfluß zu nehmen auf Arbeitsplätze, wo neue Geräte ohne euer Wissen aufgestellt worden sind?

Manfred: Im Nachhinein ist es schwierig. Wir können zwar den Arbeitsplatz per einstweiliger Verfügung stilllegen, weil wir nicht beteiligt worden sind bei der Neueinrichtung eines Arbeitsplatzes. Dies ist eine Möglichkeit. Nur ob sich der Personalrat in seiner Gesamtheit dazu aufrafft? Und ob das dann auch so optimal ist, wenn wir ein halbes Jahr nach Einrichtung dieses Arbeitsplatzes, der Leistung erbringt... Wir würden dann nicht nur diesen Arbeitsplatz gefährden, sondern auch nachfolgende. So würde uns die Verwaltung das vortragen.

Barbara: Obwohl der Arbeitnehmer ja weiter beschäftigt werden muß.

DG: Läßt es sich vom Personalrat aus überblicken, was es für die Arbeitsplätze bedeuten wird, wenn eure Datenerfassung mal vollständig installiert ist?

Barbara: Im Moment nicht. Unser Problem ist, daß das Landespersonalvertretungsgesetz so schwammig ist. Wenn wir die Verwaltung anschreiben, schiebt sie es auf die lange Bank oder gibt Teilm Informationen. Und man kommt ja nicht unbedingt dahinter, daß dies nur eine Teilm Information ist.

Manfred: Wenn man das Fachwissen nicht hat und der Personalrat hat das nicht, dann kann man auch bei Antworten der Verwaltung nicht nachvollziehen, daß es sich nur um eine Teilm Information handelt.

DG: Gibt es denn von eurer Seite aus Informationen darüber, inwieweit an eure Datenerfassungsgeräte noch andere Datensysteme angeschlossen werden sollen, die ja auch in der Uni-Klinik Köln schon bestehen?

Barbara: Nein, keine Informationen.

DG: Nach eurer Einschätzung, daß ihr zu spät informiert werdet und daß man wenig machen kann, wenn es mal läuft: Was kann man denn überhaupt machen?

Manfred: Änderung des Landespersonalvertretungsgesetzes für mehr Freistellungen, so daß sich mehr Personalräte um alles kümmern können. Nur so wird man aufkommende Entwicklungen auch erkennen können.

Barbara: Eine Möglichkeit ist es natürlich, wenn diese neuen Techniken schon da sind, eine Dienstvereinbarung darüber zu machen. Wir haben das bei den Bildschirmarbeitsplätzen auch versucht, angelehnt an die Vorschläge der ÖTV dazu. Das ist aber von Seiten des Ministeriums blockiert worden. Wir haben dann versucht, wenigstens eine Dienstanweisung durchzubekommen, auf Grundlage der geschlossenen Dienstvereinbarung. Das gibt es jetzt auch hier. Das Problem ist allerdings, daß die Verwaltung diese Dienstanweisung nur auf das Verwaltungspersonal bezieht. Die einzelnen Kliniken sind somit davon ausgenommen, da die Kliniksdirektoren autonom sind. So gibt es von Seiten der Verwaltung lediglich eine Empfehlung an die einzelnen Kliniksdirektoren.

DG: Wie seht ihr die Möglichkeiten gewerkschaftlich da was zu machen?

Manfred: Die Vorschläge für einen Tarifvertrag über Bildschirmarbeitsplätze lagen noch hinter unserer Dienstanweisung zurück.

Barbara: Es ist enttäuschend, daß die eigene Gewerkschaft die Personalräte so im Stich läßt. Erst sagt sie, versucht eine Dienstanweisung abzuschließen und wenn man dann kurz davorsteht, kommt so ein Tarifvertragsvorschlag.

Manfred: Die Gewerkschaft kann uns sicher dadurch unterstützen, daß sie eine

Änderung des Landespersonalvertretungsgesetzes anstrebt. Wenn uns die Durchsetzungsmöglichkeiten fehlen... Der gewerkschaftliche Organisationsgrad liegt bei maximal 15–20%. Außerdem ist die Fluktuation recht groß. Vielleicht wären Kampfmaßnahmen im Arbeitsbereich möglich.

DG: Wie geht es denn weiter, wenn das Landespersonalvertretungsgesetz nicht geändert wird und bei dem niedrigen gewerkschaftlichen Organisationsgrad?

Manfred: Ja, ich weiß nicht.

Du willst eine Antwort auf was, was wir auch nicht so recht wissen.

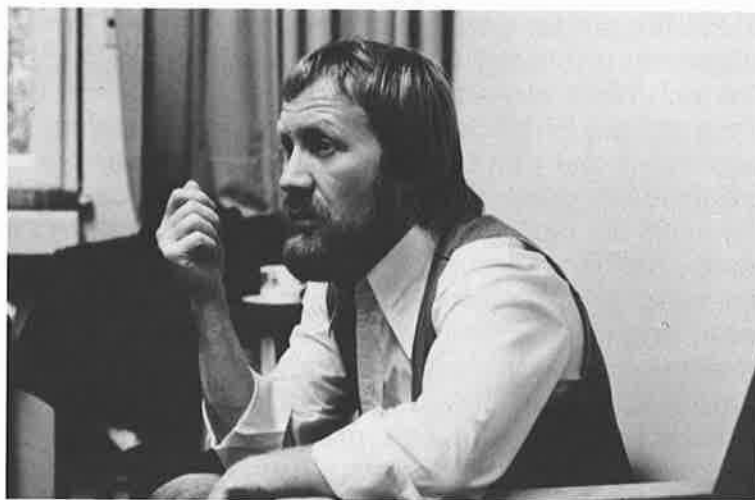
Barbara: Es ist sicher recht schwierig, aber man muß halt immer nach irgendwelchen Türchen suchen.

Zum anderen muß das auch innergewerkschaftlich aufgebaut werden. So machen wir hier in Köln Schulungen im Gesundheitsbereich, wo wir uns über unsere Probleme unterhalten.

Manfred: Wir können nur das Landespersonalvertretungsgesetz verstärkt benutzen oder halt vor das Verwaltungsgericht laufen.

DG: Wir danken euch für das Gespräch.

Für die DG:
Peter Liebermann
Eckhard Müller



**Argumente
für eine soziale Medizin**

Jahrbuch für kritische Medizin 7 Organisierung zur Gesundheit

(AS 73: ISBN 3-88619-023-4)

Organisierung zur Gesundheit

das ist Rückeroberung der Kompetenz für die eigene Krankheit und Gesundheit durch die Betroffenen selbst das bedeutet

Kritik der Institutionen des Gesundheitswesens radikales Infragestellen der Rollen der Professionellen

Umwandlung der Institutionen durch die Betroffenen

Organisation von Selbsthilfegruppen in und neben den Institutionen

Neubestimmung medizinischen Handelns Skandalisierung von Katastrophenmedizin

und Gesundheitssicherstellungsgesetz Kampf für Frieden und Abrüstung

Prävention – Gesundheit und Politik

(Argumente für eine soziale Medizin IX)

(AS 64: ISBN 3-88619-002-1) 270 S.: 15,50 DM (f. Stud. 12,80)

mit Beiträgen von: H.H. Abholz, D. Borgers, Huber u.a.

Umweltverursachte Erkrankungen und Präventionsmöglichkeiten: Das Buch ist der erste fundierte Überblick in deutscher Sprache. Es versteht sich als Beitrag zur Entwicklung konkreter Strategien der Prävention, d.h. der Verhütung von Krankheiten durch Beseitigung ihrer Ursachen. Dabei geht es um folgende Fragen:

- Krankheitsverhütung: Änderung individuellen Verhaltens oder gesellschaftlicher Verhältnisse? (Am Beispiel von Tuberkulose, Karies und Herz-Kreislaufkrankheiten.)
- Volkskrankheiten: Medizin versus Umweltschutz
- Krebs: individuelles Schicksal oder gesellschaftliche Seuche? (Orter gegen Oester)
- Risikofaktormedizin: Pharmakoprophylaxe oder Sozialhygiene?
- Alkoholismus: zwischen Staatseingriff und Kompetenz der Betroffenen
- Arbeitsmedizin: Natur- oder Sozialwissenschaft?

Es wird deutlich, daß diese Alternativen vielfach selbst problematisch sind. Prävention verlangt eine neue Gegenstandsbestimmung der Medizin.

ARGUMENT-Verlag, Tegeler Str. 6, D-1000 Berlin 65, Tel. 030/4619061

Die Kritik an der gegenwärtigen Ausrichtung der Sozialpolitik allgemein und der Gesundheitspolitik im besonderen entzündet sich nicht nur an Einzelproblemen, sondern umfaßt auch die gesamte Entwicklungsrichtung des Systems. Dies ist insbesondere auf den Gesundheitstagen sichtbar geworden. Die medizinisch-gesundheitliche Versorgung in der Bundesrepublik wird als ein System diagnostiziert, das durch die Merkmale „Bürokratisierung“, „Technisierung“ und „Professionalisierung“ charakterisiert sei und die Menschen/Patienten mehr und mehr entmündige. Anstatt die Entstehung und Verbreitung von Krankheiten zu verhindern und entstandene Gesundheitsbeeinträchtigungen auf möglichst einfache und natürliche Form zu beheben, produziere der hochgezüchtete, übertechnisierte medizinische Apparat erst die Krankheiten, die er zu heilen vorgibt. Anonyme Bürokratien und Institutionen (Hochleistungsmedizin) passivieren den Menschen, zerstören ursprüngliche kooperativ-solidarische (Selbst) Hilfformen und schaffen Abhängigkeiten, die immer wieder Anlaß zu erneuten „Hilfen“ einer Ausdehnung des „Apparates“ geben.

Diese hier grob skizzierte Kritik ist ernst zu nehmen. Auch die hysterischen Reaktionen der „berufenen“ Verbände des Gesundheitswesens auf solche Vorwürfe und auf alle Ansätze einer alternativen Selbsthilfe zeugen davon, daß auf wunde Punkte hingewiesen wird. Allerdings läuft eine pauschale Verdammung von „Bürokratie“, „Professionalisierung“ und „Technik“ auch sehr schnell Gefahr, die hinter diesen Erscheinungen liegenden Ursachen zu verkennen.

Damit wird nicht nur die Analyse kurzschlüssig, sondern auch der Weg verbaut für eine durchgreifende Veränderung des Gesundheitswesens. Eine solche Veränderung muß dabei vor allem an den Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie Bedürfnissen der großen Masse der abhängig Beschäftigten und ihrer Familien ansetzen und darf nicht allein einer Minderheit zustatten kommen.

Professionalisierung und Technik im Gesundheitswesen – Ein Übel?

Gibt es die „Bürokratie an sich“?

Aus dieser Perspektive der Lebenslage der Arbeitnehmer verbietet es sich, die Bürokratiekritik kurzerhand zu verallgemeinern. Arbeitnehmer sind auf den Staat, seine Sozialleistungen, Schutzgesetze und auch Bürokratien angewiesen, um die täglich im kapitalistischen Produktionsprozeß erfahrenen Benachteiligungen und Risiken zumindest teilweise auszugleichen. Bürokratien „an sich“, die ihrer „Natur“ nach menschenfeindlich sind, gibt es nicht; es gilt vielmehr nach den ökonomischen und politischen Zusammenhängen zu fragen, die zur Anonymität, Entpersönlichung, autoritärer Bevormundung und sozialer Kontrolle führen.

Die negativen Erfahrungen auch mit den sozial- und gesundheitspolitischen Büro-

kratien sind nun nicht unabhängig zu sehen von den Versuchen, Sozialausgaben zu minimieren oder zu kürzen, politisch zu disziplinieren und die eigene Macht zu festigen. Redet man nicht der erz-konservativen Lösung das Wort, die wie die Reagan-Administration in den USA Sozialbürokratien und -leistungen radikal abbaut und die Ärmsten der Armen buchstäblich in ihrer Existenz bedroht, so müssen Ansätze von bürgernahen, bedürfnisgerechten, „unbürokratischen“ Bürokratien und Verwaltungen entwickelt und durchgesetzt werden.

Mehr Medizin – mehr Gesundheit?

Das um sich greifende Unbehagen an der häufig überspitzten Technisierung und Professionalisierung des Medizin-Betriebes beruht auf der Erkenntnis, daß trotz eines immens steigenden Finanzeinsatzes

die gesundheitliche Lage der Bevölkerung sich in den letzten Jahren eher verschlechtert hat. Vernachlässigt worden bei der rein naturwissenschaftlich-technischen Ausrichtung des Gesundheitswesens ist nämlich der gesellschaftliche und soziale Hintergrund des Krankheitsgeschehens. Das Aufspüren und Beseitigen pathogener Arbeits- und Lebensbedingungen, die zu einer Kumulation gesundheitlicher Risiken gerade bei Arbeitnehmern führen, zählt trotz aller verbalen Deklarationen einer „präventiven Wende“ zu den Randaufgaben des Gesundheitswesens. Vernachlässigt wurde auch, daß eine übersteigerte Technisierung und Professionalisierung den zwischenmenschlichen Interaktionsprozeß abtötet und die für die Behandlung der vorherrschenden chronisch-degenerativen und psychosomatischen Krankheiten so notwendige Aktivierung der Patienten begrenzt.

Profitprinzip gegen Solidargemeinschaft

Allerdings sollte auch bei diesen negativen Wirkungen der Entwicklung des Gesundheitssystems, die in vielen Einzelfällen auch neue Krankheiten und Abhängigkeiten produzieren, wiederum darauf geachtet werden, Verallgemeinerungen und Verabsolutierungen zu vermeiden und nicht „das Kind mit dem Bade auszuschütten.“ Entmündigung und Unterdrückung der Patienten sind nicht gleichsam unaufhebbare Folgen von Technisierung und Professionalisierung.

Probleme ergeben sich vielmehr immer dann, wenn ein hoher beruflicher Ausbildungsstand, also die inhaltlich-qualifikatorische Kompetenz der im Medizinbetrieb Tätigen (und diese wissenschaftliche – nicht naturwissenschaftlich reduzierte – Kompetenz ist für Diagnose und Therapie unabdingbar) umschlägt in Standesdenken, Machtpositionen und politische Dominanz.



Dieses Umschlagen erfolgt nicht automatisch, sondern resultiert aus der Struktur des Anbietersystems im Gesundheitswesen. Das privat- und profitwirtschaftlich dominierte Anbietersystem „sorgt“ dafür, daß Arbeitsteilung und Spezialisierung vertieft und Definition wie Behandlung von Krankheiten von den einzelnen Professionen monopolisiert werden.

Triebfeder für eine solche Tendenz sind vor allem die Einkommens- und Standesinteressen; die Sozialversicherung, die über keine relevanten Eingriffsmöglichkeiten verfügt, finanziert über die kollektiv aufgebrachten Beiträge der Versicherten diesen „Selbstbedienungsladen“ der privaten Leistungsanbieter noch großzügig.

Die niedergelassenen Ärzte sind das Charakteristikum dieses Systems: Einsatz und Anwendung immer neuerer medizinisch-technischer Geräte in Einzelpraxen richten sich nicht zuletzt nach deren Profitabilität aus, und es liegt auf der Hand, daß solche Geräte auch bei Patienten zur Anwendung gelangen, obgleich medizinisch begründete Notwendigkeiten nicht bestehen, vielmehr sogar Schäden drohen, aber eine volle Auslastung gewährleistet sein soll. Der Einsatz der Technik unterliegt damit dem Profitkalkül, und die Geräteindustrie übt ihrerseits Druck auf die niedergelassenen Ärzte aus, um ihren Absatz zu steigern.

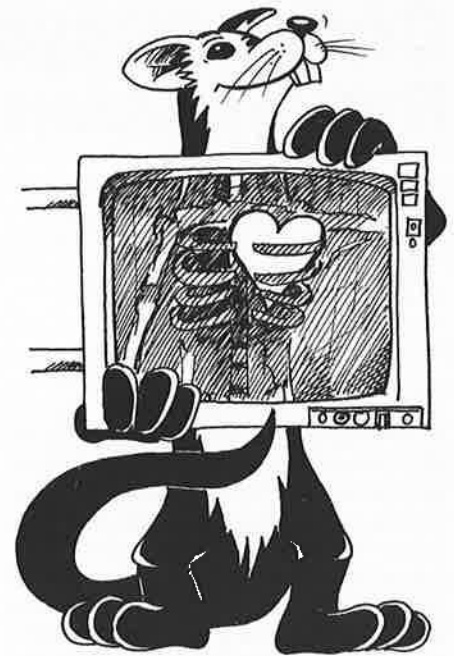
Die Grundelemente eines derartigen medizinisch-industriellen Komplexes lassen sich analog auf das Problem des Arzneimittelkonsums und die Rolle der Pharmaindustrie übertragen. Miteinbezogen ist dabei auch das Krankenhauswesen, das im überwiegenden Maße ja ebenfalls einzelwirtschaftlich strukturiert und durch Partialinteressen zersplittert ist.

Laien gegen Profis?

Die fatalen Folgen der Professionalisierung und Technisierung der Medizin lassen sich nicht durch eine abstrakt-generelle Negation dieser Entwicklung oder durch ein Ablehnen der Verwissenschaftlichung überhaupt beheben. Sollen die Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts und eines hohen wissenschaftlichen Ausbildungsstandes im Interesse der Menschen und eines humanen Gesundheitssystems genutzt werden, führt kein Weg an Strukturveränderungen im Gesundheitswesen vorbei.

Selbsthilfeansätze und Wege zu einer alternativen Medizin können und müssen diskutiert werden, sie ändern aber nichts an dem grundlegenden Widerspruch zwischen der privaten Leistungserstellung durch ökonomisch und politisch mächtige Anbietergruppen und der kollektiv-solidarischen Finanzierung durch die Krankenkassen. Diese privaten Machtpositionen, denen die große Masse der Patienten hilflos und abhängig gegenübersteht, gilt es zu brechen.

Aus gewerkschaftlicher Sicht ist die Stärkung und Aktivierung der Selbstverwaltung dazu ein notwendiger Schritt, so daß über die Selbstverwaltung Bedarfsermittlung und -planung, Wirksamkeit- und Qualitätskontrollen, Einsatz und Anwendung neuer technischer Geräte geregelt werden können. Zum anderen muß in der gesundheitspolitischen Diskussion der Blick erweitert werden auf geschichtlich verschüttete Ansätze wie Gemeindezentren, Ambulatorien, Polikliniken etc.



Sparpolitik und Selbsthilfe

Die aktuellen Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen zielen allerdings in die entgegengesetzte Richtung: Belastet werden die beitragszahlenden Arbeitnehmer und die Patienten, denen eine wachsende Eigenbeteiligung zugemutet wird, während insbesondere die niedergelassenen Ärzte und die Pharmaindustrie noch eine Stärkung ihrer Position erfahren. Die Gefahren der hier beschriebenen negativen Entwicklungen werden damit noch verstärkt. Es ist folgenreich, daß in der Euphorie vieler Selbsthilfegruppen und -konzeptionen, politisch-ökonomischen Rahmenbedingungen, die gerade die Arbeitnehmer und ihre Familien berühren, da sie keine Ausweichmöglichkeiten haben, ausgeblendet bleiben. Auch läßt sich nachweisen, daß viele Selbsthilfeaktivitäten zur finanziellen und politischen Entlastung des Staates mißbraucht werden.

Gesundheitspolitische Selbsthilfeaktivitäten können aber keinen Ersatz für die professionelle Gesundheitsbürokratie und den Einsatz der Technik darstellen, sondern müssen diesen ergänzen und begleiten. Dabei bedarf es, sollen Dauerhaftigkeit, ausreichende Versorgung aller Regionen und Gruppen und Qualität gesichert sein, finanzieller Unterstützung und häufig auch der Stützung durch professionelle Kräfte.

Gerhard Bäcker ist Mitarbeiter im Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) des DGB in Düsseldorf

Literaturhinweise:

Bäcker, G., Bispinck, R. u. a., Sozialpolitik – Eine problemorientierte Einführung, Köln 1980.
Bäcker, G., Entprofessionalisierung und Laisierung sozialer Dienste – richtungsweisende Perspektiven oder konservativer Rückzug?, in: WSI-Mitteilungen, Heft 10/1979.

Computersysteme auf Intensivstationen – Rationalisierung oder Humanisierung?

Von Rüdiger Eschmann

In den letzten zehn Jahren wurden in der BRD etwa zehn Projekte zur computer-gestützten Schwerekrankenüberwachung auf Intensivstationen durchgeführt. Finanziell stark unterstützt wurden diese Projekte vom Bundesforschungsministerium. Die Forschung und Entwicklung auf diesem Gebiet wird entsprechend dem Gesundheitsprogramm der Bundesregierung 1978–1981 weitergetrieben (1).

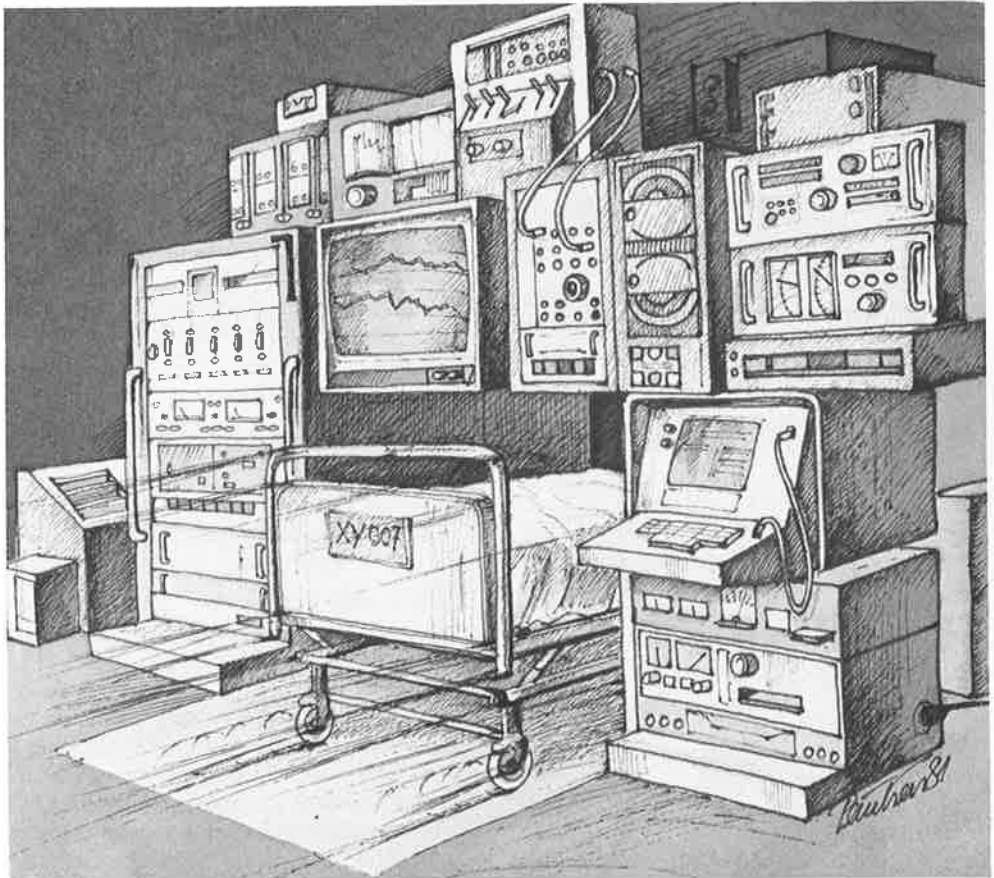
Aus den Erfahrungen anderer Bereiche wissen wir, daß Computer einschneidende Veränderungen für den Charakter der Arbeiten bewirken, bei denen sie eingesetzt werden. Für medizinische Computersysteme vermutet der kanadische Informatikprofessor Mowshowitz:

„Computeranwendungen werden wahrscheinlich zu einer weiteren Arbeitsteilung ermutigen. ... Einer der Hauptgründe für die Einführung medizinischer Computersysteme ist, die Produktivität des medizinischen Personals zu erhöhen. Die Effizienz erfordert, daß komplexe Aufgaben in einfache Arbeitsgänge aufgeteilt werden, die dann von relativ wenig qualifiziertem Personal ausgeführt werden können. Mehr Patienten können in weniger Zeit von weniger Personal behandelt werden, wenn die medizinischen Tätigkeiten hierarchisch organisiert sind“. (2)

Auswirkung auf Personal und Patienten

Dies ist eine Frage, der man einmal sorgfältig nachgehen muß, denn auf Intensivstationen handelt es sich ja immerhin um lebensbedrohte Patienten, deren Situation durch ein Rechnersystem berührt werden kann. In der Fachliteratur der Medizinischen Informatik findet sich jedoch zu diesem Fragenkomplex fast nichts.

Diesem Schweigen der Medizinischen Informatik steht ein anwachsendes Unbehagen über den zunehmenden Einsatz von Medizintechnik gegenüber: Die Medizintechnik wird immer wieder mit der Vorstellung des „seelenlosen Krankenhauses“ in Verbindung gebracht, und die hochentwickelten Maschinenparks um die Betten der Intensivpatienten flößen auch Gesunden oft Schrecken ein. Schließen Medizintechnik und Mitmenschlichkeit im Krankenhaus sich gegenseitig aus? Was ist das er-



schreckende an einer hochtechnisierten Intensivstation?

Die Computersysteme speichern selbsttätig die am Patienten ständig überwachten Daten (Puls, Blutdruck usw.) und führen Verlaufskurven für die Werte, stellen auf ihren Bildschirmen übersichtlich Trends und Wertekonstellationen dar und gestatten durch eine Rückführung der Daten auf ihre aussagekräftigsten Werte Ärzten und Schwestern einen schnellen Überblick über riesige Datenmengen. Bei pathologischen Konstellationen der überwachten Werte können Computersysteme automatisch Alarm geben, wodurch die Mehrzahl der ständigen Fehlalarme vermieden wird, wie sie bei den „unintelligenten“ Überwachungsmonitoren üblich sind. Diagnose- und Therapievorschlüsse des Computersystems können dem Arzt die Berücksichtigung vieler Faktoren bei der Entscheidung garantieren, die der Arzt vielleicht nicht immer im Kopf hat, der Computer aber in seinem Speicher. Was ist denn das erschreckende an solchen Computersystemen?

Mißtrauisch gegenüber diesen Systemen kann man z. B. werden, wenn man die Beweggründe sieht, die zu ihrer staatlichen Planung und Finanzierung geführt haben:

1. Anfang 1971 betrugen in der BRD die Anteile des wertmäßigen Anlagebestandes der mittleren und großen EDV-Anlagen: USA: 80 % gegenüber BRD: 18 %. Die Bundesregierung richtete deshalb ihre drei aufeinanderfolgenden Datenverarbeitungsprogramme darauf aus, „der unbefriedigenden Wettbewerbssituation entgegenzuwirken“ (3). Dies sollte durch gezielte Förderung von Marktlücken wie z. B. der Medizinischen Informatik geschehen (4).

2. Der starke Druck auf die Personalkosten im Rahmen der staatlichen Sparpolitik im Gesundheitswesen veranlaßte die Regierungsplaner, die Datenverarbeitung als Rationalisierungsinstrument auch für die Krankenhäuser einzusetzen. Im Zweiten Datenverarbeitungsprogramm der Bundesregierung heißt es beispielsweise: „Die personalintensiven Dienstleistungen des Gesundheitswesens ... werden ange-

sichts der stark steigenden Personalkosten ... Verbesserungen für den Bürger nur noch erbringen können, wenn es gelingt, all diejenigen Tätigkeiten einer maschinellen Bearbeitung zuzuweisen, die nicht vom Menschen geleistet werden müssen. Die Datenverarbeitung wird hierbei eine zentrale Rolle zu spielen haben" (5).

Tatsächlich konnte durch die Automation von Arbeitsabläufen einiges an Arbeitszeit eingespart werden: Durch computergestützte Alarmautomatiken konnten dem Personal viele Laufereien bei Fehlalarmen erspart werden, wie sie bei den konventionellen Monitoren oft vorkommen.

Auf einigen Stationen wurden Arbeitsabläufe formalisiert, das heißt sie wurden regelhafter und standardisierter, vor allem durch die psychologischen Effekte, die der formalisierte Umgang mit der Maschine auf Ärzte und Schwestern ausübt. Damit wurde eine Voraussetzung geschaffen für eine scheinbar „rationelle“ Arbeitsteilung, die den Gesamtarbeitsprozeß am Kranken in kleinere standardisierte Verrichtungen aufteilt, die auch von weniger qualifiziertem und schlechter bezahltem Personal (z.B. Pflegehelfer) getan werden können.

Darüberhinaus konnten die Systeme oft nicht nur zuverlässigere Informationen über die physiologischen Werteverläufe der Patienten liefern, sondern aus den vorhandenen Daten auch zusätzliche Informationen herausholen („Sekundärparameter“). Gleichzeitig stellten die Systeme dem Personal Informationen sehr schnell zur Verfügung und erlaubten oft eine frühzeitige Erkennung bedrohlicher Entwicklungen beim Patienten. Dies alles führte zu einer Verbesserung medizinischer Teilleistungen und oft zur Vermeidung sich anbahnender Krisen beim Patienten. Der Rationalisierungseffekt hiervon könnte die schnellere Genesung der Patienten und damit eine verkürzte Liegezeit sein: Personalkostenreduktion durch mehr von einer Schwester pro Jahr behandelte Patienten. Dies würde dem Grundsatz der bundesdeutschen Rationalisierung durch Personalkostenreduktion entsprechen:

In der Praxis könnte allerdings auf computergestützten Intensivstationen

1. eine Verkürzung der Liegezeiten bisher nicht eindeutig nachgewiesen werden – trotz der Verbesserung medizinischer Teilleistungen und der Vermeidung von Krisen;
2. der Anteil der Vollswestern zugunsten von weniger qualifiziertem Personal nicht gesenkt werden – trotz der Tendenz zur Standardisierung von Arbeitsabläufen;
3. die Anzahl der benötigten Pflegekräfte nicht gesenkt werden – trotz der Automatisierung von Arbeitsgängen.

Insgesamt blieben sowohl die Genesungsverläufe als auch die Sterblichkeit auf computergestützten Intensivstationen unverändert. Trotz Computerhilfe wagten es

die Schwestern in der Regel nicht, zwei Schwerkranken gleichzeitig zu überwachen, sondern hielten weiterhin die Betreuung nur eines Schwerkranken pro Schicht für notwendig, solange es nur die Personalsituation zuließ.

Man könnte dies nun der Tatsache zuschreiben, daß die Systeme technisch noch nicht weit genug entwickelt sind, um eine größere Wirkung zu haben. Wesentlicher ist aber meiner Meinung nach, daß eine „effektive“ Rationalisierung durch diese Systeme an einem inneren Widerspruch scheitert: Je perfekter die Überwachung von Werteverläufen und die Standardisierung von Arbeitsabläufen durch das System ist, desto distanzierter wird das Verhältnis des Personals zum Patienten:

1. Wenn anstatt der Schwester die Maschine regelmäßig die physiologischen Werte des Patienten mißt, kommt die Schwester weniger in Kontakt mit dem Patienten. So konnten z.B. laut einer Studie im Auftrage der US-Regierung auf einer amerikanischen Kinderintensivstation durch ein Computersystem pro Tag und Kind der Schwester 24 Minuten persönlichen Kontaktes durch Wertemessung erspart werden (6).
2. Zuverlässige und auf der ganzen Station hörbare Alarmautomatiken erlauben der Schwester, sich für längere Zeit vom Patienten zu entfernen, da „Kollege Computer“ ja unermüdlich wacht.
3. Saubere und übersichtliche Bildschirmdarstellungen, Computeranalysen der gemessenen Werteverläufe, Diagnose- und Therapieempfehlungen sowie andere Bequemlichkeiten des Systems können das oft gestreßte und überarbeitete Personal dazu verführen, sich in der Beobachtung und Beurteilung der Kranken eher auf das System zu verlassen, als den zeitaufwendigen und anstrengenderen Kontakt mit dem Patienten zu suchen.
4. Auch die Standardisierung von Arbeitsabläufen kann zwar den täglichen Stationsstreß bewältigen helfen, führt aber vom kreativen und einfühlsamen Umgang mit dem Patienten weg.
5. Wenn Kolleginnen nicht mit der Bedienung des Systems klarkommen, kann das auch zu einer erheblichen Ablenkung vom Patienten führen. „Beim Anlernen von neuen Leuten kann man nicht oft genug sagen, worauf sie sich hauptsächlich zu konzentrieren haben und das der Patient dabei nicht vergessen werden soll“, sagte mir z.B. eine Schwester einer computergestützten Intensivstation.

So kann durch Mitwirkung eines Computersystems die Kunst der einfühlsamen und aufmerksamen Krankenbeobachtung auf einige ihrer Standardregeln reduziert und damit unzulänglich werden. Durch ein Computersystem können Illusionen über eine ausreichende Überwachung des Patienten aufkommen, die die personelle Misere als weniger folgeschwer erscheinen lassen. Unter den Bedingungen des auf vielen Intensivstationen herrschenden

Personalnotstandes verschleiert und verschärft somit das Computersystem die mangelnde Beschäftigung des Personals mit dem Patienten. Dies führt einerseits zu einer unzureichenden medizinischen, vor allem aber zu einer unzureichenden psychosozialen Betreuung. Eine ausreichende psychosoziale Betreuung aber ist für die Gesundung unerlässlich. In einer Untersuchung über eine computergestützte Hamburger Intensivstation heißt es hierzu: „Da die chirurgischen und intensivmedizinischen Komplikationen im Laufe der letzten Jahre reduziert werden konnten, hat zumindest die relative Bedeutung der psychischen Komplikationen eher zugenommen. Sie gehören heute zu den wesentlichen Faktoren, die eine deutlich verlängerte Intensivpflege notwendig machen“ (7). Eventuelle Erfolge bei der Effektivierung einer medizinischen Teilleistung oder bei der rationelleren Ausnutzung der Arbeitskraft können sich also andererseits wieder hemmend auf die Gesundung auswirken.

Trotz dieses Widerspruches, der einer Rationalisierung durch Intensivcomputersysteme innewohnt, scheinen Rationalisierung und Personalknappheit oft die einzige Triebkraft für den Einsatz dieser Systeme zu sein. So sagte z.B. der Chefarzt des vorbildlich „automatisierten“ Alabama Medical Centers (Birmingham/USA) 1968 vor dem amerikanischen Chirurgenkongreß: „Diejenigen von Ihnen, die ausreichend viele gute Chirurgen haben, diejenigen von Ihnen, die ... eine große Zahl hochqualifizierter Schwestern haben, haben überhaupt keinen Grund, sich automatische Programme für die Schwerkrankenüberwachung anzuschaffen“ (8).

Aber können Computersysteme nicht auch oder gerade da ihre Berechtigung haben, wo sie nicht als Prothesen für Arbeitszeit und Qualifikation des Personals eingesetzt werden? Programme für Diagnose- und Therapieempfehlungen z.B. die dem Arzt helfen, die ständig wachsende Menge medizinischen Wissens zu berücksichtigen, würden durchaus einem medizinischen Erfordernis entsprechen, wie überhaupt gegen eine bessere Information des Personals durch ein Computersystem nichts einzuwenden ist, solange eine ausreichende und qualifizierte personelle Besetzung der Station und gute Arbeitsbedingungen gewährleistet sind. Ist dies jedoch nicht gewährleistet, ist Vorsicht geboten, wenn eine Systeminstallation geplant wird.

Dieser Artikel enthält einige Thesen aus:
„Humanisierung oder Rationalisierung – Auswirkungen des Einsatzes von Computersystemen auf Intensivstationen“
Diplomarbeit von Rüdiger Eschmann
am Fachbereich Informatik der Universität Hamburg
Kostenlos zu beziehen über:
Bibliothek des Fachbereichs Informatik der Universität
Rothenbaumchaussee 67
2000 Hamburg 13

Abgeschoben auf Nimmerwiedersehen

Der Tod in Bedburg-Hau war kein tragisches Einzelschicksal

Von Harald Kamps und Ulli Raupp

Da wird ein Mann in ein Landeskrankenhaus eingeliefert. Er ist „hochgradig erregt“. Er „hext“ – wie es zynisch im Profijargon heißt. Er muß von 4 Pflegern festgehalten und mit Spritzen ruhiggestellt werden. Plötzlich muß er erbrechen. Wehrlos, wahrscheinlich sogar schon besinnungslos, verschluckt er sich und stirbt. Der Gerichtsmediziner stellt fest: Tod durch Aspiration von Erbrochenem. Die behandelnden Ärzte atmen auf. Die Akte kann im Keller abgeheftet werden.

Wenige Wochen später wird der Freund des Verstorbenen eingeliefert. In dieselbe Anstalt, auf dieselbe Station. Der Name des Patienten, Peter Adler, ist in Presse und Fernsehen bekanntgeworden. Er starb – 4 Stunden nach seiner Verlegung aus der Essener Uniklinik – an einer Überdosierung von Medikamenten. Doch diesmal wird der „Fall“ nicht zu den Akten gelegt. Das SSK (Sozialistische Selbsthilfe Köln), bei dem Peter Adler 1 Jahr lang gelebt und gearbeitet hat, bohrt gemeinsam mit den Angehörigen des 37jährigen Mannes nach und wird fündig.

Peter Adler war für die „Modellklinik Essen“ zu schwierig geworden und wurde abgeschoben. Fast 2 Stunden Autofahrt nach Bedburg-Hau. Vollgepumpt mit mehr als 50 Ampullen Haldol und mindestens 20 Ampullen Valium. Von dieser lebensgefährlichen Dosis erfährt der aufnehmende Arzt in Bedburg erst am nächsten Tag. Grund genug, um die Kriminalpolizei einzuschalten.

Auch das Fernsehen findet wieder Interesse. Ein halbes Jahr zuvor hatte der WDR schon einmal einen Film über Peter Adler gedreht, sein alltägliches Leben: Kaputte Familie, Jugendkriminalität, durchgedreht, Klapsmühle. 10 Jahre seines Lebens verliert er hinter Anstaltsmauern. Schizophren sei er, verkünden die Ärzte, bis ihm eines Tages ein anderer Arzt sagt, er sei nicht verrückt, er könne gehen. Doch all dies war dem Fernsehen nicht Stoff genug. Eine Sendung wurde erst daraus, als Peter Adler tot war.

Die Verantwortlichen in der Kölner Zentrale des Landschaftsverbandes zeigen sich angesichts des großen öffentlichen Echos nervös und – als die Fakten nicht länger zu verheimlichen sind – empört. Der für die Verlegung verantwortliche Oberarzt und sein Assistent werden fristlos entlassen. Die Schuldigen sind gefunden. Es kann wieder Gras über die Sache wachsen.

Doch da irren sie sich hoffentlich. Denn es wurde wieder mal nur an den Symptomen kuriert. Festzuhalten bleibt:

Für Ärzte, die auf der „unruhigen Hauptaufnahme in Bedburg gearbeitet haben, ist es nichts Neues, daß entweder keine Angaben über die bisherige Medikation oder die am Verlegungstag verabfolgten Medikamente vorliegen.

Peter Adler war nicht der erste, der derart lebensgefährdende Unmengen von Beruhigungsmitteln erhielt. Er war nicht der erste, dem unter derartigen akuten Belastungen auch noch eine „Verlegung“ zugemutet wurde. Ob zuvor schon Patienten an Folgen dieser Praxis verstorben sind, kann nicht mehr rekonstruiert werden. Peter Adler war jedenfalls der erste, dessen Tod an die Öffentlichkeit kam.

Die Abschiebepaxis aus Essen 100 km weit an den Niederrhein ist ein Skandal. Wird den Ärzten in Essen ein Patient zu laut, zu verwirrt, zu schwierig, zu un bequem, so vermerken sie auf der Krankenakte ein „B-H“, das heißt: ab nach Bedburg-Hau. Besonders vor Wochenenden wird der Sammeltransporter gleich mit mehreren Patienten beladen. Für viele die letzte Reise. 800–1000 Essener Bürger wurden so aus ihrer Heimat vertrieben. Oft noch schnell beim Einwohnermeldeamt abgemeldet, damit sie auch ja nicht zurückkommen.

Darunter sind nicht nur Menschen, bei denen eine Therapie erfolglos blieb und eine Besserung erst in vielen Monaten zu erwarten ist. Obwohl viele sehr erregt, akut psychotisch erkrankt sind, also sehr schwer krank sind, wird ihnen eine lange Reise zugemutet. Um diesen Transport überhaupt zu ermöglichen, müssen sie „chemisch abgeschossen“ werden. Den Arzt in Bedburg, der 10mal mehr Patienten zu betreuen hat wie sein Kollege in Essen, bleibt dann oft gar nichts anderes übrig, als diese psychisch schwer kranken Menschen auf viel zu überfüllten Stationen weiterhin mit Medikamenten ruhigzustellen. Der „chronische Fall“ wird so vorprogrammiert.

Peter Adler war Opfer eines tödlichen Versorgungssystems. Er war immer auf der Verliererseite in unserer Gesellschaft. Und für die Benachteiligten hat auch die Psychiatrie nur die schlechteren Plätze bereit. Gemeindepsychiatrie ist für Menschen wie Peter Adler weiterhin eine Illusion, Zweiklassenpsychiatrie beherrscht das Bild. Peter Adlers Tod hat noch mal deutlich gezeigt, daß es die überkommenen Strukturen der psychiatrischen Versorgung aufzulösen gilt. Wenn der Landschaftsverband tatsächlich ein Zeichen setzen will, dann reicht es nicht, einige Köpfe rollen zu lassen. Er sollte unverzüglich die alltägliche Abschiebepaxis per Sammeltransporter unterbinden. Die Öffentlichkeit ist wach geworden.

Der Landschaftsverband wurde oft genug gewarnt:

Aus einem Brief von Ärzten der Rhein. Landesklinik Bedburg-Hau vom 29. 2. 1980:

... Eine verantwortliche Therapie, sozial-psychiatrische Betreuung, Entwicklung und Durchführung von gezielten Therapieangeboten und Rehabilitationsprogramme sind unter diesen Umständen von uns nicht zu leisten. Wir sind aufgrund der personellen Unterbesetzung in allen hier tätigen Berufsgruppen nicht in der Lage, die notwendigen Anforderungen an eine ausreichende psychiatrische Versorgung zu gewährleisten ...

Und aus einem Brief von Ärzten und Psychologen der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus Bedburg-Hau vom 8. 1. 1980:

... Aufgrund dieser Erfahrungen drängt sich die Frage auf, welche Motivation es geben kann, die schwierigsten Kinder und Jugendlichen in die Klinik mit dem wohl niedrigsten Pflegesatz, einer unzweifelhaft äußerst ungünstigen personellen Besetzung und daraus folgend mangelhaften therapeutischen Möglichkeiten zu überweisen, die zudem die gemeindefernste Einrichtung ist, die sich innerhalb des Landschaftsverbandes befindet.

Uns scheint gerade hier, in bezug auf die eingangs erwähnten Jugendlichen – bei denen aufgrund der gegebenen Situation oftmals Medikamentengabe, Freiheitsentzug und Isolation anstelle von Zuwendung und Therapie stehen muß – der Begriff der Ausgrenzung psychisch Kranker und Behinderter angebracht ...

DOKUMENTE

Rationalisierung bei der Textverarbeitung

011; 102

Sehr geehrter Herr Kollege!

DIAGNOSE: Appendizitis

Arbeitskreis Rationalisierung Bonn c/o
Reinhard Linz, Spreestr. 10, 5300 Bonn 1

001, K. Lauer, Stiftsplatz 1, 5000 Köln 51; 006, We; 007, Fischer, Karl, 17.2. 1950, Lübeck; 011; 020, 1.9.1981, 12.9. 1981; 104; 203; 300; 412, indirekten, geschlossen; 503, 2.9.1981; 601; 701, 12.9.1981; 801; 901, H. G. Nobel, G. Weiß

Das ist alles, was eine Büroangestellte auf der Tastatur vor ihrem Bildschirm eintippt, um den rechts abgedruckten Arztbrief zu schreiben. Das Ganze dauert kaum zwei Minuten, und die Kosten für die Herstellung dieses Briefes betragen nur noch rund ein Siebtel von dem, was er bei Verwendung eines heute noch üblichen Diktiergerätes gekostet hätte. Wunder der Technik! Faszinierend – auf den ersten Blick.

Büro-rationalisierung ist im Grunde nichts Neues. Veränderte Technik und neue Organisationsformen haben im gegenseitigen Wechselspiel immer wieder dazu beigetragen, die Kosten für Büroarbeit zu senken. Die Aufgaben des einstigen All-Round-Sekretärs wurden aufgeteilt. Für das Maschinenschreiben werden heute extra „Schreibkräfte“ eingestellt; sie bekommen weniger Geld als Sekretärinnen. Die Schreibkräfte werden zusätzlich in „Schreibpools“ zusammengefaßt; denn das erhöht ihre Arbeitsauslastung. Aus Gründen der Zeitersparnis hat sich auch die Form des Diktierens gewandelt. Das Stenogramm z.B. ist billiger als die handschriftliche Vortage, noch billiger ist das Phondiktat auf Tonbandkassetten.

Was kostet eine DIN-A4-Seite?		
	Diktieren	Schreiben
handschriftliche Vorlage	10,75 DM	30,-- DM
Stenogramm	4,73 DM	-
Phondiktat	3,01 DM	20,-- DM
Textautomat ohne Bausteintechnik	-	5,-- DM
Textautomat mit Bausteintechnik	-75 DM	2,50 DM

* Quelle: textautomation 1/79 S.3

Die neue Rationalisierungswelle, die zur Zeit auf die Büros zurollt, dürfte aber, was die Kosteneinsparungen und was die Folgewirkungen für die Beschäftigten betrifft, alle vorherigen Schritte in den Schatten stellen. Sie ist gekennzeichnet durch den umfassenden Einsatz von Computertechnik und berührt die verschiedensten Arbeiten, die in Büros erledigt werden. Das Gebiet der Textverarbeitung bildet dabei ein Kernstück, weil es wohl in jeder Verwaltung einen besonders großen Teil der Aufgaben ausmacht. So auch im Gesundheitsbereich. Man denke an die ungezählten Arztbriefe, Operationsberichte, Befunde, Vorträge, Rundschreiben, Rechnungen, Atteste, die z.B. in einem Kranken-

Herrn
Dr. med. K. Lauer
Stiftsplatz 1
5000 Köln 51

Unser Zeichen: 917,8-Me/Dr 13.10.81

Betr.: Fischer, Karl, geb. 17.2.50 in Lübeck

Sehr geehrter Herr Kollege!

Vielen Dank für die freundliche Überweisung d. u.g. Pat., d. sich vom 1.9.81 bis 17.9.81 in unserer stationären Behandlung befand.

DIAGNOSTIC: Leistenhernie links
THERAPIE: Op nach Bassini

Die Anamnese setzen wir als bekannt voraus.

Bei der klinischen Untersuchung fanden wir einen indirekten Leistenbruch. Die Bruchpforte der Gynonkta war geschlossen. Im übrigen fand sich bei der klinischen Durchuntersuchung kein wesentlich krankhafter Befund.

Am 2.9.81 führten wir die Operation nach BASSINI durch.

Der postoperative Verlauf war bei primärer Wundheilung ungestört. Wir konnten d. Pat. am 12.9.81 in Ihre weitere Behandlung entlassen.

Mit freundlichen kollegialen Empfehlungen

Dr. med. H.G. Nobel
Chefarzt

Dr. med. G. Weiß
Stationsarzt

haus immer wieder geschrieben werden müssen, aber auch an die auszufüllenden Formulare bei Aufnahme und Entlassung von Patienten, an Krankenscheine oder Rezepte.

Alle diese Schriftstücke können mit Hilfe von kleinen Spezialcomputern, den sogenannten Textautomaten um ein Vielfaches „rationeller“ hergestellt werden.

Textautomaten

Diese Apparate sind in der Tat ausgesprochen praktisch. Der wohl wesentlichste Unterschied zu einer herkömmlichen Schreibmaschine besteht darin, daß der auf der Tastatur getippte Text nicht unmittelbar auf Papier gedruckt wird, sondern zunächst nur auf einem Bildschirm erscheint, gleichzeitig aber elektronisch auf Magnetscheiben abgespeichert wird. Erst auf einen besonderen Druckbefehl hin wird der Text vom angeschlossenen Drucker automatisch und beliebig oft auf Papier geschrieben.

Die elektronische Speicherung ermöglicht viele bedeutende Erleichterungen beim Schreiben und sonstigen Bearbeiten von Texten.

Schreiben im Volltext

Zumindest bei manchen Geräten kann man den Text so eintippen, als sollte er in einer einzigen langen Reihe stehen. Das Druckbild (Randsteller, Zeilenabstand, Anzahl der Zeilen pro Seite) wird dann erst festgelegt,

wenn man den Druckbefehl erteilt. Bei der äußeren Gestaltung eines Textes kann man also ohne Schwierigkeiten mehrere Möglichkeiten ausprobieren. – Auf Wunsch werden die Seiten automatisch numeriert, mit einer einmal festgelegten Kopfzeile kann man jede Seite überschreiben lassen.

Die optische Gestaltung wird weiter unterstützt durch die Möglichkeit, Überschriften automatisch zu zentrieren, in Tabellen senkrechte Striche zu ziehen oder einzelne Wörter fett zu drucken. Viele Systeme können den rechten Rand eines Textes automatisch begründen (Blocksatz). Einige Automaten verfeinern den Effekt zusätzlich durch Proportionalsschrift (bei der etwa ein i schmäler als ein m ist); sehr komfortable Systeme beherrschen – wenn auch meist mit kleinen Schnitzern – sogar die Regeln der Silbentrennung.

Korrigieren

Wichtiger aber noch ist die elektronische Speicherung, wenn Texte nachträglich geändert werden müssen; denn auf der Magnetscheibe lassen sich Textpassagen, einzelne Wörter oder Buchstaben mühelos korrigieren, löschen, einfügen, verschieben und kopieren. Längere Texte kann man auch auf bestimmte Wörter durchsuchen lassen. Wenn man ein geeignetes Suchwort angibt, kann man auf diese Weise leicht bestimmte Textstellen wiederfinden. Man kann aber auch ein (vielleicht regelmäßig falsch buchstabiertes) Wort an allen Stellen, an denen es auftritt, durch ein anderes ersetzen lassen. – All das sind Operationen, die man bislang nur mit Tipp-Ex oder Schere und Klebstoff, vielfach aber nur durch Neutippen bewerkstelligen konnte.

Textbausteine

Der eigentliche „Clou“ bei den Textautomaten ist die sogenannte Bausteintechnik. Man untersucht, welche Floskeln oder ganze Textabschnitte in den Routine-schreiben des jeweiligen Betriebs immer wieder vorkommen und speichert sie ein für allemal im Textautomaten ab.

Jeder Baustein kann durch Eintippen eines kurzen, meist drei- bis vierstelligen Codes aus dem Speicher abgerufen und als Teil des gerade zu schreibenden Textes verwendet werden.

Die Diktierenden erhalten ein sogenanntes Texthandbuch, in dem alle vorgefertigten Textstücke inhaltlich geordnet und mit ihren zugehörigen Codes verzeichnet sind. Wenn die Textbausteine geschickt ausgewählt sind, können in den meisten Büros erstaunlich viele Briefe, Berichte usw. mühelos allein aus fertigen Bausteinen zusammengestellt werden. Ein Diktat besteht dann – abgesehen von vergleichsweise kurzen Ergänzungen wie z.B. Datum oder Anschrift – nur noch aus einer Liste von Codes für die ausgewählten Bausteine. Die Zeit für das eigene Formulieren fällt weg, die Texte werden sprachlich meistens flüssiger und prägnanter; die Länge des einzugebenden Codes beträgt nur noch einen Bruchteil von der des Volltextes, und entsprechend sinkt die Zeit für das Tippen.

Für Arztbriefe, Operationsberichte oder Rezepte ist die Bausteintechnik besonders gut geeignet. **Nebenstehend** sind Ausschnitte aus einem Texthandbuch wiedergegeben, das für das Diktat des oben gezeigten Arztbriefes verwendet wurde.

Archivieren und Rechnen

Einige der angebotenen Systeme erlauben neben der unmittelbaren Textmanipulation zusätzlich die Einrichtung kleiner Datenbanken. Im einfachsten Fall kann man z. B. die Adressen von Stammkunden bzw. häufig angeschriebenen Ärzten, Kliniken, Krankenkassen etc. speichern. Sie können dann über Kennwörter einzeln abgerufen werden. Man kann sie aber auch nach Postleitzahlen, Mitgliedsnummern oder dergleichen ordnen oder auswählen und in einen Rundbrief einfügen. – Ähnlich wie Adressen lassen sich auch Briefe, Krankendaten oder Befunde auf Magnetscheiben speichern und werden so ebenfalls zumindest einfachen Auswertungen zugänglich.

Schließlich muß man noch die Rechenmöglichkeiten einiger Textautomaten erwähnen. Für Abrechnungszwecke könnten z. B. den verschiedenen medizinischen Leistungen feste Honorarbeiträge zugeordnet sein, die bei Abruf der einzelnen Textbausteine für eine Arztrechnung gleich aufaddiert würden.

Bausteinhalt	Baustein Nr.
Herrn Dr. med. B.	201
Frau Dr. med. B.	202
Unser Zeichen: [Tafelnummer des Baustein (Schreibbuch)] (Basis)	205
Sehr geehrter Herr Kollege!	203
Sehr geehrte Frau Kollegin!	204
Sehr geehrte Damen und Herren!	206
Wir freuen uns, für die freundliche Überweisung v. d. u. d. Pat. d. d. sich von B. bis B. in unserer Stationen (Einrichtung) befindet.	207
DIAGNOSE: B.	101
DIAGNOSE: Appendizitis	102
DIAGNOSE: Lebersteine rechts	103
DIAGNOSE: Lebersteine links	104
THERAPIE: B.	201
THERAPIE: Appendektomie	202
THERAPIE: Op. nach Bismuth	203
Die Anamnese setzen wir als bekannt voraus.	204
Bei der klinischen Untersuchung fanden wir einen B. (Lebervergrößerung, die Strichpunkte der Gegenprobe war B.)	412
In obigen fand sich bei der klinischen Untersuchung kein wesentlich krankhafter Befund.	420

Auszüge aus einem Texthandbuch

Einsparungen

Daß die Manager eines Unternehmens bzw. die Verwaltungsleiter eines Krankenhauses von so vielfältigen Möglichkeiten, Zeit zu sparen, beeindruckt sind, braucht einen nicht zu verwundern. Rechnen doch die Unternehmensberater immer wieder Kosten für Maschinen gegen Lohnkosten auf und kommen dabei zu sehr eindeutigen Ergebnissen.

So kalkulierte z. B. die Zeitschrift textautomation (o) schon 1979, daß ein Textsystem (Kaufpreis 40.000 DM) im Leasing (2,8 % pro Monat) einschließlich Service, Schreibzulage, Ausbildungskosten und Raumkosten jährlich rund 20.000 DM kostet. Wenn man 40.000 DM Jahreskosten für einen konventionellen Schreibplatz zugrundelegt, bedeutet dies, daß man von drei Schreibplätzen nur einen einzusparen braucht, um die beiden verbleibenden Plätze auf Textautomaten umzurüsten. An jedem der neuen Schreibplätze kann dann aber, wie die Zeitschrift weiterrechnet, in acht Stunden soviel Text produziert werden wie zuvor in 15 Stunden. Das heißt, an zwei Plätzen mit Textautomaten wird ohne zusätzliche Kosten 25 % mehr geleistet als zuvor an allen drei Plätzen zusammen.

In der Jacobs-Kaffee-Zentrale in Bremen sollen sogar sechs statt zuvor neun Schreibkräfte nach Einführung von Textautomaten die alte Schreibleistung von rund 2.500 Schriftstücken auf monatlich 4.500, also fast auf das Doppelte gesteigert haben.

Mut zur Muße

Mut zur Muße – wer hat ihn nicht, am Feierabend, Wochenende oder in den Ferien? Aber während der Arbeitszeit? Triumph-Adler, Aktiengesellschaft für Büro- und Informationstechnik weiß was Sekretärinnen oder auch „Schreibpartnerinnen“ wollen: „Keinesfalls will Ihre Sekretärin also schneller schreiben, sondern letztlich perfekter, damit sie Zeit zum Verschnaufen gewinnt – einfach Muße. Mut zur Muße ist ein Weg, um die Zusammenarbeit zu festigen. Denn nur die Freiheit verbindet“ (1). Nichts wäre jetzt einfacher, als jeder „Schreibpartnerin“ das Bitsy-Bildschirmtextsystem zu kaufen und das „Universum künftiger Korrespondenzmethoden“ hätte angefangen. Wenn da nicht noch eine Kleinigkeit zu bedenken wäre.

Die Kosten der Textverarbeitung sollen ja verringert werden. Schreibkräfte und Sekretärinnen sollen dann nicht mehr „Mädchen für alles“ sein, sondern ihre Arbeitszeit soll zu 100 % als Schreibzeit genutzt werden. Hilfs- und Nebentätigkeiten wie Ablegen, Kopieren, Karteführen, Postversand, Telefonieren, Kaffee kochen sollen von Büroassistentinnen erledigt werden (2). Umschaltphasen von einer Tätigkeit zur anderen entfallen.

Eine „Schreibpartnerin“ arbeitet jetzt produktiver, sie kann die Aufgaben von anderen „Schreibpartnerinnen“ mitübernehmen. Diese sind jetzt allerdings wirklich „durch Freiheit verbunden“, haben die Endstation Muße erreicht: sie sind arbeitslos.

Und die, die übrig bleibt – wie sieht ihre Arbeit aus? Sie muß nach wie vor den ganzen Tag arbeiten – der neue Automat soll sich ja bezahlt machen. Sie muß Textbausteine zusammensetzen, die sie meist nicht selbst entwickelt hat. Durch Tippen eines Kürzels kann sie ganze Textpassagen auf den Bildschirm bringen. Ein innerer Bezug und Verständnis für den Inhalt fehlen. Mitdenken ist unmöglich. Gerade aber das inhaltliche Textverständnis hilft Streß vermeiden. So werden die gestellten Arbeitsanforderungen nicht als positive Herausforderung, sondern als Belastung erlebt. Durch das Fehlen von Aufgabenwechseln und Belastungswechseln wird die Arbeit überaus monoton.

Außerdem sinkt die Freiheit, Arbeitsstrategien in eigener Verantwortung zu wechseln. Die Reihenfolge der zu verarbeitenden Schriftstücke wird von der Schreibdienstleiterin festgelegt. Die Gestaltung des Textes ist vorgegeben, das Produkt kann nicht verbessert werden. Pausen kann man nicht mehr nach Gutdünken einlegen, und die nächsten Aufgaben können nicht selbständig ausgewählt werden.

Anforderungen, die als Belastung empfunden werden und fehlende Eigenkontrolle sind wesentliche Gründe für Kopfschmerzen, Müdigkeit, Depressionen, häufiger Medikamenten- und Alkoholkonsum, psychosomatische Beschwerden (3).

Bildschirme sind nicht das Hauptproblem

Die Bildschirmarbeit bringt auch im physiologischen Bereich zusätzliche Belastungen gegenüber der traditionellen Schreibarbeit. War diese bereits durch Beschwerden im Schulter-Arm-Bereich, durch Rückenschmerzen, Kreislaufkrankungen u. ä. gekennzeichnet, kommt durch Dauertätigkeit am Bildschirm eine erhebliche Belastung der Augen hinzu: sie müssen sich immer wieder an unterschiedliche Helligkeiten von Bildschirm, Hintergrund und Beleg bzw. Abstände zu Bildschirm, Tastatur und Beleg anpassen. Hinzu kommen Störungen des Nahsehens und der Farbwahrnehmung. All diese Fehler sind aber im wesentlichen auf technische Unzulänglichkeiten wie Reflexbildung, Flimmern und falsche Anordnung der Bedienungselemente zurückzuführen, und sie lassen sich heute mit guten Geräten zum großen Teil vermeiden (4). Auch wenn die neue Technik von den Gewerkschaften gerade unter dem Stichwort „Bildschirmarbeitsplätze“ kritisiert worden ist, braucht man sich heute nicht mehr speziell gegen Bildschirme zu wehren. Was die Lärmentwicklung und den Bedienungskomfort besonders bei den Korrekturfunktionen betrifft, sind sie vielmehr den Textautomaten ohne Bildschirm vorzuziehen.

Monotonie und Streß könnten durch Kontaktaufnahme und Kommunikation während der Arbeit kompensiert werden. Statt dessen werden Freiräume, z. B. für private Gespräche unter Kollegen durch die Einrichtung von Schreibpools abgebaut. Sogar dienstliche Anfragen, die man früher an Kollegen richtete, werden jetzt vom Computer beantwortet. Er gibt Zusatzinformationen, Fehlerhinweise, Bedienungsanleitungen, kann aber auch Akten zeigen oder Mitteilungen weitergeben. Die ausschließliche Kommunikation mit Maschinen verdrängt die sozialen Kontakte zu Kollegen und verschlimmert so Monotonie und Streß durch Isolation.

Gleichzeitig drohen verschärfte Leistungskontrollen: Anschlagzahlen, Fehler- und Korrekturfrequenz, Pausen – jeweils verbunden mit Datum und Uhrzeit – können ohne Schwierigkeiten aufgezeichnet und systematisch ausgewertet werden. Der Schritt zum Leistungslohnsystem bietet sich an. Dann aber geht die Hetze erst richtig los: „Sollvorgaben bewirken auf jeden Fall, daß sich alle anstrengen, um darüber zu kommen“, erklärt eine Sekretärin. „Und wenn sie das geschafft haben, setzt man die Sollvorgabe rauf“.

Der Druck, das festgesetzte Soll zu erreichen, führt zu der täglichen Frage: Schaff ich es heute oder nicht? Was Zeit kostet wird vermieden. Das Gespräch mit dem Kollegen ebenso wie das Mitdenken oder Nachschlagen von Fremdwörtern. Und was man im Laufe eines Arbeitstages geleistet hat, ob Gutachten oder Rundschreiben, ob mit Kopfschmerzen oder ohne, wird am Abend in einer einzigen Zahl zusammengefaßt: 61387 Anschläge. Darauf kann bzw. soll man dann stolz sein.

Schreibplatzrationalisierung

Endstation Muße.

Haben Sie als „Diktator“ das Talent, Ihrer Schreibpartnerin das Leben leichter zu machen?



Die Frage ist nicht, ob Sie ein Diktator sind, sondern ob Sie ein guter Diktator sind. Ein guter Diktator ist jemand, der seine Partnerin in der Arbeit unterstützt und ihr das Leben leichter macht. Er ist jemand, der sie ermutigt, ihre Fähigkeiten zu zeigen und ihre Arbeit zu verbessern. Er ist jemand, der sie in der Arbeit unterstützt und ihr das Leben leichter macht.

Die Frage ist nicht, ob Sie ein Diktator sind, sondern ob Sie ein guter Diktator sind. Ein guter Diktator ist jemand, der seine Partnerin in der Arbeit unterstützt und ihr das Leben leichter macht. Er ist jemand, der sie ermutigt, ihre Fähigkeiten zu zeigen und ihre Arbeit zu verbessern. Er ist jemand, der sie in der Arbeit unterstützt und ihr das Leben leichter macht.

BITSY-Schreiben kann auf Anhieb jeder

Bitsy-Schreiben kann auf Anhieb jeder – behauptet die Anzeige, Jimmy Carter – immerhin ehemaliger Führer einer Weltmacht – verzweifelte an so einem Gerät!

Natürlich muß man es erst lernen, mit dem neuen Automaten umzugehen. Die Qualifikation, die man dabei erwirbt, ist auf dem Arbeitsmarkt allerdings nur bedingt verwertbar, da sie sich zum großen Teil nur auf die **Bedienung** eines bestimmten Systems bezieht. Hinzu kommt, daß ein Teil der bisherigen Qualifikationen überflüssig wird und schließlich verloren geht: „Man verschlampt so am Automaten, Fehler sind ja nicht mehr so schlimm. Man fängt an zu hudele. Wenn man wieder auf einer normalen Maschine arbeitet, merkt man das erst. Man ist nicht mehr perfekt“.

Wird beim Einsatz von Textautomaten die feste Zuordnung der Schreibkraft zu einzelnen Sachbearbeitern aufgehoben, ist sie kaum noch in der Lage, die verschiedenen Texte zu verstehen. Sie kann nicht mehr Expertin auf einem Gebiet werden. Durch die Verlagerung des Wissens über Rechtschreibung, Silbentrennung, Lay-out in die Maschine entsteht ein weiterer Qualifikationsverlust. Es gibt z. B. Automaten, die bereits die Rechtschreibung automatisch prüfen. Englische Textbausteine kann man sogar verwenden, wenn weder Schreibkraft noch Sachbearbeiter die Sprache beherrschen.

Andererseits machen die gestalterischen Möglichkeiten, die die neue Technik bietet einfach Spaß: „Der Bildschirm ist fantastisch, man kann viel besser korrigieren, die Briefe sind dann echt schöne Briefe. Man kann die Aufmachung positiv beeinflussen“. Solche Vorteile muß man aber unterscheiden von einer momentanen Begeisterung, die neuen technischen Geräten oft entgegengebracht wird. Die nämlich verblaßt im Alltag schnell (5).

Die positiven Möglichkeiten der Computer müssen erkämpft werden

Entfremdung, Intensivierung, Kontrolle sind Kennzeichen der Entwicklung neuer Technologien. Aufgabe der Beschäftigten, der Betriebsräte und Gewerkschaften ist zunächst die Abwehr der Risiken: Sicherung der Arbeitsplätze, des Verdienstes, Erhalt der Qualifikation, Verhinderung des Mißbrauchs von Personalinformationen u. ä. Über die Kontrolle der sozialen Folgen hinaus muß versucht werden, Einfluß auf die **Gestaltung** dieser Technologien zu nehmen. Bieten sie doch auch Möglichkeiten zur Humanisierung: Arbeitszeitverkürzung in Form der 35-Std.-Woche, in Form von mehr Urlaub und Bildungsurlaub, Einrichtung von Mischarbeitsplätzen mit einer weitgehenden Selbstbestimmung der Arbeit.

Diese Ziele sind nur erreichbar durch breite Bewußtmachung und Mobilisierung der Beschäftigten auf betrieblicher Ebene. Dazu bedarf es einer Menge von Informationen und Aktivitäten. Welches Textsystem, welcher Bildschirm soll eingeführt werden? Ist die Software benutzerfreundlich? Welche Veränderungen ergeben sich? Welche Schritte folgen danach? Wie will der Betrieb negative Auswirkungen verhindern?

Der Betriebsrat hat zwar aufgrund der §§ 80, 90, 92, 106, 111 Betriebsverfassungsgesetz den Anspruch auf rechtzeitige und umfassende Information, doch die Praxis zeigt, daß die Arbeitgeber ihre Pläne solange sie können zurückhalten und am liebsten ein neues System nur mal so zum Ausprobieren und Spielen hinstellen. Steht das Ding erst mal eine Weile da, muß es auch benutzt werden – schließlich hat es ja Geld gekostet. Der Betriebsrat sollte also auf seine Informationsrechte pochen. Darüber hinaus kann er sich zusätzliche Informationen beschaffen, z. B. über Gewerkschaft, Vertrauensleute, Beschäftigte, Betriebsräte und aktive Kollegen anderer Betriebe, kritische Wissenschaftler.

Kommt es im Betrieb zu **Analysen von Arbeitsabläufen** (durch externe Berater oder durch Selbstaufschreibungen) zu **organisatorischen Vorbereitungsmaßnahmen** (z. B. Formulanwesen, Entmischung von Tätigkeiten) oder zu **technischen Vorbereitungsmaßnahmen** (z. B. probeweisem Einsatz neuer Geräte),

BITSY-Schreiben kann auf Anhieb jeder. Übung und ein helles Köpfchen macht den Meister.

Für BITSY-Schreiberinnen ist im Büro der Zukunft ein fester Platz gebucht.



aus: DER SPIEGEL Nr. 15/81

Jimmy Carter, 56, US-Präsident im Ruhestand, hat im heimischen Plains alle Hände voll zu tun: In seinem Haus zimmerte er an einem Tisch für sein neues Privatbüro (Photo r.). Die Heimwerker-Ausrüstung stammt noch aus Washington – ein Abschiedsgeschenk seiner Kabinettsmitglieder. Weniger Geschick als beim Umgang mit dem Hobel zeigte der Ex-Präsident beim Tippen seiner Memoiren auf einem modernen Textverarbeitungsgerät (u.). Zwei Tage lang mühte er sich vergebens, einen von ihm in die Maschine gespeicherten Satz wiederzufinden, schaffte es aber nicht, ihn auf den Bildschirm zu bringen. Schließlich rief er den Kundendienst. Als der das Problem gelöst und den Text wieder zugänglich gemacht hatte, ging Jimmy Carter erneut eifrig ans Werk: Er schrieb, las auf dem Videoschirm gegen, löschte schließlich zufrieden zwei fertige Seiten und stellte erst dann entnervt fest, daß er vergessen hatten, den druckreifen Text zu speichern.

Büro 1985

Um halb zehn betritt Malcolm Midlevel sein Büro. Auf ein freundliches „Guten Morgen“ muß der Abteilungsleiter verzichten. Denn eine Sekretärin hat er seit geraumer Zeit nicht mehr. Statt dessen kann er wie die Kollegen seines Ressorts auf ein hochqualifiziertes Team von Kommunikations- und Textverarbeitungsspezialisten, von Experten für Ablage- und Speichersysteme sowie Verwaltung zurückgreifen.

Sein Arbeitsraum aus beweglichen Modulbausteinen ist streng funktional möbliert. In seinen schubladenlosen Schreibtisch ist ein Kommunikationspanel eingearbeitet, das ihn an das Informationssystem des Hauses anschließt, ihn mit externen Datenbanken und dem zentralen Diktiersystem verbindet. Dazu gehört auch ein Kontrollgerät (über das er sich gegenüber dem Computer identifiziert, wenn er Daten auf seinen Bildschirm rufen will) sowie ein Lesegerät für Mikrofilme. Sein Telefon ist mit allen Schikanen ausgestattet: Kurzwahl, Anrufwiederholung, Anklopffvorrichtung beim besetzten Teilnehmer.

Malcolms Chef mahnt einen Bericht an. Er diktiert über Telefon in die zentrale Aufnahme und die Textverarbeitungsspezialistin aus dem Dienstleistungszentrum gibt den Text in ihren elektronischen Bildschirmautomaten ein, der über das Kommunikationssystem an Datenspeicher und zusammen mit anderen Automaten an gesondert aufgestellte Drucker angeschlossen ist – elektrostatische Hochgeschwindigkeitsdrucker für interne, „ink-jet“-Drucker für externe Zwecke.

Auf elektronisches Signal ruft Malcolm den Bericht ab, korrigiert auf seinem Schirm (bei umfangreichen Änderungen kann er den Bericht auch sekunden schnell ausdrucken lassen) und spielt ihn der Kommunikationsspezialistin zu. Sie besorgt via Bildschirm den Verteiler, die Empfänger können auf ihrem flimmerfreien Bildschirm lesen oder mit einer Taste den elektronischen Papierkorb bedienen.

So etwa stellt sich Alan Purchase, Forscher beim Stanford Research Institute, Büro und Organisation 1985 vor (7).

dann wird es höchste Zeit für Betriebsrat und Belegschaft, aktiv zu werden. Sie müssen prüfen, welche Arbeitsbedingungen sich zu ihren Ungunsten verändern und müssen konkrete Gegenforderungen stellen. Dazu gehören auch Forderungen an die Technik selbst, welche Leistungen sie – etwa an Bedienungskomfort – erbringen soll und was definitiv ausgeschlossen sein soll, z. B. die Anschlagszählung. In fast allen Fällen sind nämlich sogenannte technische Sachzwänge doch zu umgehen.

Ziel ist der Abschluß einer Betriebsvereinbarung. Um diese zu erreichen, müssen Betriebsrat, Vertrauensleute und Kollegen viel Fantasie und Hartnäckigkeit entwickeln, angefangen von der Betriebsversammlung bis hin zu Flugblättern, Filmen oder Sketchen zur Rationalisierung. Glaubt doch fast jeder Kollege, er könne sich mit dem Kollegen Computer schon irgendwie arrangieren. Bis der dann eines Tages die Entlassungspapiere ausdruckt.

Besser ist es natürlich, wenn dieser Fall durch die Betriebsvereinbarung ausgeschlossen wird, z. B. durch die Regelung

– keine Entlassungen aufgrund der Einführung neuer Techniken.

Weitere Punkte der Betriebsvereinbarung können sein:

- Sicherung des Einkommens und der Aufstiegsmöglichkeiten
- Weiterbildung in der Arbeitszeit auf Kosten des Arbeitgebers
- regelmäßige ärztliche und augenärztliche Untersuchungen
- in besonderen Fällen: gleichwertiger Arbeitsplatz ohne Bildschirmarbeit
- Bildschirme nach den jeweils neuesten ergonomischen Erkenntnissen
- Mischarbeitsplätze mit Entscheidungsspielräumen
- Sicherung von Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten
- Begrenzung der Bildschirmarbeit auf die Hälfte der täglichen Arbeitszeit und Pausenregelungen
- keine Leistungserfassung (6).

Durchaus keine Spinnereien. All das, was er beschreibt, ist heute schon technisch machbar – und noch einiges mehr.

Das Netz der elektronischen Kommunikation wird immer größer und dichter. Daten-, Textverarbeitungs- und Nachrichtentechnik wachsen zu integrierten Informationsverarbeitungssystemen zusammen, in denen die verschiedenartigen Teilfunktionen zusammenhängend und in einem einheitlichen technischen System abgewickelt werden. Mikroelektronik, Glasfaserkabel, Satellitenverbindungen, Datenbanken, Videotext, Bildschirmtext, Fernkopieren, elektronische Briefübermittlung, Computer- und Videokonferenz sind dazu einige Stichworte (8).

Rationalisierung kommt von Vernunft – aber wessen?

Allzu oft werden die, die sich gegen Rationalisierung wehren, als „Maschinenstürmer“ beschimpft, die den Fortschritt der Menschheit behindern wollen. Tatsächlich ist ja auch nicht zu leugnen, daß die Menschen zu allen Zeiten versucht haben, sich die Arbeit leichter zu machen.

Aber man muß sich doch überlegen, wessen Rationalität es denn ist, mit der heute rationalisiert wird. Wer ist denn die treibende Kraft bei den Erneuerungen? Es sind doch stets die Unternehmenseigner, Manager und Verwaltungschefs in deren Vorstellungen der „Fortschritt der Menschheit“ in D-Mark und Pfennig ausgedrückt wird. Geld zu sparen bei möglichst gesteigerter Leistung ist das eigentliche Motiv für Rationalisierung. Verbesserte Arbeitsbedingungen für die unmittelbar Betroffenen oder Vorteile für die Allgemeinheit sind bestenfalls Abfallprodukte, die natürlich auch mal ganz ausfallen können. Die Arbeit an rationalisierten Arbeitsplätzen wird nämlich in aller Regel intensiver, für viele auch monotoner (Zahlenkolonnen statt deutsche Sätze tippen). Und mindestens so schlimm: immer mehr Leute „brauchen“ gar nicht mehr zu arbeiten. Sie werden durch die Rationalisierung „freigesetzt“.

Die Vernunft der Betroffenen würde keine klappernden Drucker und flimmernden Bildschirme in zügige Schreibpools stellen und hätte die totale Entmischung der Arbeitsgänge wahrscheinlich nicht erfinden. Sie würde die durch Maschinen erhöhte Produktivität – gesparte Zeit und zusätzliche Produkte – allen zugute kommen lassen, durch höhere Löhne und Einführung der 35-Stunden-Woche.



Anmerkungen:

- 1) textautomation Nr. 1/79, S. 43.
- 2) Der Spiegel, Nr. 14/81, S. 268 ff.
- 3) Informationsprogramm: Textverarbeitung, Lerntechnologisches Institut, Heppenheim, 1976, S. 48.
- 4) Vgl. Streß im Büro, Den Apparaten ausgeliefert, in: Psychologie Heute, Nr. 9/81, S. 30 ff.
- 5) s. J. Friedrich, Auswirkungen des technischen Wandels auf die Arbeit der Angestellten in der Bau- und Wohnungswirtschaft, in: Fundamente 1/79, vgl. dazu: Cakir, Reuter, Schmude, Armbruster, Anpassung von Bildschirmarbeitsplätzen an die physische und psychische Funktionsweise des Menschen, hrsg. v. BM f. Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1978. Eine Zusammenfassung „Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse/Bildschirmarbeitsplätze“ 2/79 ist von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung, Dortmund, herausgegeben worden; ebenso bei vielen Gewerkschaften, z. B.: Gewerkschaft OTV, Arbeitsplätze an Bildschirmgeräten, Stuttgart, 1979. Zu empfehlen auch: Arbeiten mit dem Bildschirm – aber richtig! Hrsg. v. Bayerischen Staatsministerium f. Arbeit u. Sozialordnung, München, 1980.
- 6) Ausführliche Darstellung der Probleme und Möglichkeiten der Textverarbeitung in: Sozialwissenschaftliche Projektgruppe München, Textverarbeitung im Büro, Alternativen der Arbeitsgestaltung, Campus, 1980.
- 7) Arbeitshilfe dazu: Kubicek, Berger, Döbele, Seitz, Handlungsmöglichkeiten des Betriebsrats bei Rationalisierung durch Bildschirmgeräte und computergestützte Informationssysteme, Arbeitskammer des Saarlandes, Saarbrücken, Sept. 1981.
- 8) Aus: Manager Magazin, 4/1979, S. 68.
- 9) Vgl. Grünwald/Koch, Informationstechnik in Büro und Verwaltung, BIBB, Berlin 1981, S. 37 ff.

Literaturauswahl: Im Dienste der Gesundheit?

- Anna, O. u. a.:** Medizintechnische Geräte im Krankenhaus. Fachtagung Krankenhaus Technik, Hannover 1980.
- Buhr, M., Kröber, G. (Hrsg.):** Mensch, Wissenschaft, Technik; Versuch einer marxistischen Analyse der wissenschaftlich-technischen Revolution. Pahl-Rugenstein, Köln 1977.
- Delius, F. C.:** Unsere Siemens-Welt. Eine Festschrift zum 125jährigen Bestehen des Hauses S. Rotbuch, Berlin/W. 1977.
- Deppe, H.-U.:** Industriearbeit und Medizin. Ein Beitrag zur Soziologie medizinischer Institutionen am Beispiel des werksärztlichen Dienstes in der BRD. Athenäum Fischer, Frankfurt 1973.
- Ehrenreich, B., Ehrenreich, J.:** Der medizinisch-industrielle Komplex. In: Narr, W.-D., Offe, C. (Hrsg.): Wohlfahrtsstaat und Massenloyalität. Kiepenheuer und Witsch, Köln 1975.
- Hufschmidt, J. (Hrsg.):** Rüstungs- oder Sozialstaat? Pahl-Rugenstein, Köln 1981.
- Jänicke, M.:** Wie das Industriesystem von seinen Mißständen profitiert. Kosten und Nutzen technokratischer Symptombekämpfung: Umweltschutz, Gesundheitswesen, innere Sicherheit. Westdeutscher Verlag, Opladen 1979.
- Langbein, K. u. a.:** Gesunde Geschäfte. Die Praktiken der Pharma-Industrie. Kiepenheuer und Witsch, Köln 1981.
- Löther, R.:** Medizin in der Entscheidung. Eine Einführung in die philosophischen Probleme der medizinischen Wissenschaft. VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin 1967.
- Moloney, T. W., Rogers, D. E.:** Medical Technology – a different view of the contentious debate over costs. N. Engl. J. Med. 301 (1979) 1413–1419.
- Näfcke, C.:** Erfolgreiche Partnerschaft in der Röntgentechnik. C. H. F. Müller 50 Jahre Philips-Unternehmen. Röntgenstrahlen 33 (1977) 40–47.
- Oldendorf, W. H.:** The Quest for an Image of Brain. Computerized Tomography in the Perspective of Past and Future Imaging Methods. Raven Press, New York 1980.
- Reiman, A. S.:** The New Medical-Industrial Complex. N. Engl. J. Med. 303 (1981) 963–970.
- Schirmer, J.:** Großtechnik in der Medizin. Schwarzwurzel, Heidelberg 1981.
- Tietze, U.:** Technik, die uns täglich hilft? ... z. B. in der Medizin! Wechselwirkung. Technik, Natur, Wissenschaft. Berlin/W. Nr. 5 (1980) 29–32.
- Wettbewerb durch Verdrängung.** Medizintechnik. Wirtschaftswoche Nr. 41 (1980) 96–97.
- Zieger, A.:** Computer-Tomographie – Fortschritt für wen? Zur technischen Revolution im Gesundheitswesen. Dokumentation des Gesundheitstages 1980, Bd. 4, Berlin/W. 1981.

Der Computer verwaltet die Arztpraxis

Consulab mit Informationssystem „Ina“ Marktführer / Labor und Verwaltung automatisiert

Consulab Mannheim GmbH für Laborberatung, Mannheim. In der Bundesrepublik gibt es rund 52 000 niedergelassene Ärzte, doch nur ein verschwindend kleiner Teil macht bisher von den Segnungen des Computer-Zeitalters Gebrauch. An Versuchen, die Praxis des Arztes zu computerisieren, hat es freilich nie gefehlt. Immerhin sind Ärzte eine finanzkräftige und wenigstens bis in die letzten Jahre hinein investitionsfreudige Klientel. Doch alle Versuche, den Arbeitsplatz des Arztes zu automatisieren, sind bisher weitgehend gescheitert, vielleicht auch deswegen, weil sich die Computerexperten viel zuviel vorgenommen hatten. Sie wollten nicht nur alle Patientendaten speichern, um sie dann nach Belieben auf dem Bildschirm abrufen zu können, sie wollten den Computer auch bei der Diagnosestellung oder im Labor einsetzen und sich von ihm sogar Therapievorschläge ausarbeiten lassen.

Aber integrierte Praxis-Informationssysteme haben sich nicht bewährt. Dagegen ist der Versuch gelungen,

Teilbereiche der Praxis zu automatisieren, nämlich das Labor und die Verwaltung. Die Consulab Mannheim, eine Tochtergesellschaft von Boehringer Mannheim, wurde 1977 gegründet. Ursprünglich auf die Beratung im Laborbereich beschränkt, beschäftigt sich das Unternehmen jetzt ausschließlich mit dem Vertrieb von Informationssystemen. Nach Angaben von Vertriebsleiter C.-Horst Jabs arbeiten derzeit von den 200 niedergelassenen Ärzten, die Computer bei der Erledigung der Verwaltungsarbeiten einsetzen, mehr als 70 mit dem von Consulab entwickelten Informationssystem „Ina“, das neben der Patientenannahme und -entlassung auch das Mahnwesen, die Privatliqui-dation, die Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Statistiken sowie Ein- und Ausgabenrechnung umfaßt. Nach Angaben von Jabs läßt sich das System auch als Schreibautomat sowie für Zwecke der Finanzbuchhaltung verwenden. Die Hardware dazu kommt von NCR.

Obwohl auch die Ärzte mit Investitionen derzeit vorsichtiger geworden sind, hält Jabs den Markt für Entwicklungsfähig. Nach einer bisher nicht veröffentlichten Marktstudie von Diebold kommen etwa von den 30 000 Praxen für Allgemeinmedizin 8000 für den Computereinsatz in Frage. Viel zu viele Ärzte führten ihr „Wirtschaftsunternehmen“ immer noch wie einen „Tante-Emma-Laden“, meint Jabs. Sie machten Ziffern auf die Scheine, rechneten dann ab und warteten bis zu zwei Quartalen auf die Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung. Dabei könnten die Ärzte mit dem Computer sofort ausrechnen, was sie verdient haben.

Consulab ist nach eigenen Angaben Marktführer bei Verwaltungssystemen für die Arztpraxis. Beschäftigt werden 18 Mitarbeiter, für 1981 ist ein Umsatz von 8 Millionen DM geplant. Beim Vertrieb kann man auf die gesamte Außendienstorganisation von Boehringer Mannheim zurückgreifen. Sch.

aus: FAZ vom 29. 9. 1981

Möglichkeiten und Grenzen der rechnergestützten Auswertung von Echokardiogrammen

M. Zywiets, E. Grube

Medizinische Klinik der Universität Bonn – Kardiologie – 5300 Bonn – Venusberg

Die raschen Fortschritte in der Mikroelektronik ermöglichen, daß Computer unmittelbar am Arbeitsplatz in der Klinik und sogar während der echokardiographischen Untersuchung verfügbar sein können und zunehmend in die klinische Routine integriert werden. Richtig und verantwortungsbewußt eingesetzt, können sie menschliche Arbeit erheblich erleichtern und vervollkommen.

Die Untersuchung des Patienten mit dem Schallkopf ist einer der entscheidenden Schritte im Ablauf der gesamten echokardiographischen Untersuchung. Der erfahrene Untersucher muß eine komplexe Aufgabe unter Ausschöpfung seiner kognitiven, sensorischen und motorischen Fähigkeiten erfüllen. Automatisierung beschränkt sich hier noch für absehbare Zeit auf die Adjustierung des Gerätes (z. B. Gain Control, Filterung) und die Vereinfachung der Aufzeichnung und Dokumentation (Triggerung, digitale Bildspeicher). Versuche, Konturen automatisch aufzufinden, stehen vor erheblichen Problemen. Einige ermutigende Ansätze sind in Mitehlungs- und Subtraktionsverfahren erkennbar.

Ganz anders sind die Verhältnisse im nächsten Schritt des Untersuchungsablaufs, der Vermessung der aufgezeichneten TM- und 2D-Bilder. Nach manueller Eingabe von Punkten, Linien der Originalaufzeichnung in einen Rechner kann fast die gesamte Vermessung automatisiert werden. Häufig benötigt wird z. B. die Vermessung eines Winkels, einer Strecke, einer Fläche und die Bildung von Differenzen und Quotienten. Abgeleitete Meßgrößen, die von Hand oder unter Zuhilfenahme von Tabellen nach komplexen Formeln und Algorithmen nur mit hohem Zeitaufwand berechnet wer-

den können, stehen durch den Einsatz eines Rechners unmittelbar nach der Untersuchung zur Verfügung. Als Beispiel seien Volumen, Auswurf- und Füllungs-geschwindigkeit, Ejektionsfraktion, regionale EF, Kontraktionsprofil und Wandspannung genannt.

Anhand des aufbereiteten Datenmaterials erfolgt in einem weiteren Schritt die Beurteilung des Befundes. Ein Rechner kann durch Vergleich von Meßwerten mit vorgegebenen Normbereichen und charakteristischen Befundkonstellationen relativ weitreichende Diagnosevorschläge vorbereiten und Wortblöcke für den Beurteilungstext anbieten. Die abschließende Beurteilung obliegt in jedem Fall dem ärztlichen Untersucher.

Wie auch in anderen Bereichen, z. B. der Verwaltung, erschließt die Computeranwendung für Aufgaben wie die Niederschrift des Befundes, die Ablage im Archiv, die Organisation des Archivs mit schnellem und gezieltem Zugriff und der statistischen Auswertung qualitativ neue Möglichkeiten. Damit wächst zugleich die Gefahr, daß Patientendaten unkontrolliert weitergegeben und zu sachfremden Zwecken ausgewertet werden. Die Datenschutzgesetze verlangen in jedem Fall wirkungsvolle organisatorische und technische Sicherungsmaßnahmen. Man muß jedoch bedenken, daß jede Sicherung auch durchbrochen werden kann und nur die Löschung eines Datums wirklich jeden Mißbrauch abschließt.

Der Einsatz von Computern bedeutet eine nicht unerhebliche Rationalisierung im Bereich der klinischen Routine. Die Untersuchung wird von Nebenarbeiten entlastet. Der Patientendurchsatz und der Konzentra-

tionsaufwand bei der Untersuchung nehmen allerdings zu. Die Arbeit des Untersuchers wird intensiver und seine Belastung einseitiger, was sich nicht zuletzt nachteilig auf das Arzt-Patient-Verhältnis auswirken kann.

Langfristig verändert sich durch den Computereinsatz der Stellenwert der echokardiographischen Untersuchung. Der Computer ist in der Lage, komplexe Auswertungsverfahren der klinischen Routine zugänglich zu machen. Dadurch kann bei der Untersuchung mehr Information gewonnen werden. Die Qualität der Diagnostik wird verbessert. Möglicherweise können dadurch langfristig invasive Untersuchungen eingespart werden. Die Frühdiagnostik profitiert von nichtinvasiven aussagekräftigen Methoden.

Auf der anderen Seite muß aber betont werden, daß die Auswertung durch den Computer nicht genauer sein kann, als das vom menschlichen Untersucher aufgezeichnete Echogramm. Ein Computersystem allein, sei es auch noch so ausgeklügelt und „selbständig“, kann aus einem Anfänger keinen erfahrenen Untersucher machen und aus einem technisch unzureichenden Echogramm keinen aussagekräftigen Befund. Es darf unter keinen Umständen eine Scheinsicherheit entstehen, die sich einzig auf vom Computer sauberlich ausgedruckte scheinbar exakte Daten, Graphiken und wohlformulierte Textblöcke stützt. Auf die klinische Beobachtung und die Einbeziehung qualitativer Erkenntnisse darf nach wie vor nicht verzichtet werden. Wenn das nicht beachtet wird, bleibt der Computer ein teures Spielzeug, das möglicherweise mehr Schaden als Nutzen stiften kann.

Abschlußerklärung des „Medizinischen Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges“ vom 19./20. Sept. 1981

Liebe Kolleginnen und Kollegen
Liebe Freunde

Wir haben uns gestern und heute getroffen, um uns über die Gefahren eines Atomkrieges zu informieren, und daran mitzuwirken, daß diesen Gefahren begegnet werden kann. Wir waren viele, ungefähr 1.600 Menschen.

Wir trafen uns, weil uns die Bedrohung eines Atomkrieges Angst macht. Krisenhafte Situationen und Angst kennen wir aus unserem beruflichen Alltag, aber dort ermöglichen es uns unsere medizinischen Kenntnisse, damit umzugehen. Ein Atomkrieg ist jedoch keine medizinische Situation. Dies haben wir spätestens gestern und heute gelernt. Wir Ärzte können für die Opfer eines Atomkrieges aber nichts tun, es gibt keine Heilungsmöglichkeiten, keine ärztliche Hilfe.

Die Folgerung, die wir Ärzte daraus ziehen müssen, ist, vorbeugend mit der Kriegsgefahr umzugehen, d. h. wir müssen aus unserer gewohnten ärztlichen Rolle heraustreten und sind gezwungen aufgrund unserer fachlichen Kenntnisse, politisch tätig zu werden.

Politisch tätig werden heißt für uns, daß wir die Bevölkerung schonungslos darüber aufklären, daß wir ihren Leiden nach einem Atomkrieg als Ärzte hilflos gegen-

überstehen. Mit solcher Aufklärung begeben wir uns in Widerspruch zu der Politik der Ärztekammer und der Regierung, die die Folgen eines Atomkrieges immer noch in unverantwortlicher Weise verharmlosen.

Politisch tätig werden heißt für uns weiter, uns dagegen zu wehren, daß wir für den Kriegsfall erfaßt und geschult werden. Im Gesundheitssicherstellungsgesetz soll uns auferlegt werden, den Tod zu verwalten. Eine politische Aktivität ist es auch, an Katastrophenschutzübungen nicht teilzunehmen, auch wenn uns dies durch Gesetze befohlen werden sollte.

Politisch tätig werden heißt für uns vor allem auch, daß wir uns als Ärzte in die ständig wachsende Friedensbewegung in anderen Bereichen eingliedern. Jeder im Rahmen seiner Möglichkeiten, sei es in Kirchen, Parteien, Bürgerinitiativen oder Gewerkschaften.

Für die Weiterarbeit unserer Initiative wünschen wir uns eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen allen Ärzten und jetzt schon bestehenden Ärztegruppen und schlagen dafür ein Arbeitstreffen in etwa 3 Monaten vor. Zu diesem Treffen werden wir alle interessierten Kollegen über einen Rundbrief einladen.

Die bisherige Zusammenarbeit mit den ausländischen Kollegen und Ärztegruppen machte uns Mut, einen

Kongreß wie diesen zu veranstalten. Sie zeigte uns auch, daß politisches Handeln von Ärzten in der Bevölkerung eine große Resonanz findet. Wie sich eine langfristige, intensive Zusammenarbeit zwischen Ärzten im In- und Ausland entwickeln kann, wollen wir auf dem bevorstehenden Treffen in 3 Monaten erarbeiten.

Beschließen möchten wir den Kongreß mit einer Warnung, die die physician for social responsibility 1980 in einer Zeitungsanzeige in den USA veröffentlichten:

Ich zitiere: „Als Ärzte, Wissenschaftler und betroffene Bürger sind wir alarmiert durch ein internationales Klima, in dem ein Atomkrieg immer mehr denkbar wird.“

Auf Grund medizinischer und wissenschaftlicher Analysen, sehen wir uns veranlaßt zu warnen,

– daß selbst ein begrenzter Atomkrieg Tod und Verletzungen in einem Maße hervorbringt, welches kein Vergleich in der Geschichte der Menschheit hat.

– daß eine medizinische Katastrophenplanung für einen Atomkrieg sinnlos ist. Es gibt keine effektive medizinische Hilfe. Die meisten Krankenhäuser wären zerstört, der größte Teil des medizinischen Personals tot oder versetzt, die meisten Lebensmittel unbrauchbar, der größte Teil der Überlebenden würde sterben.

– daß es keinen effektiven Zivilschutz gibt. Die Auswirkungen des Explosionsdruckes, der Hitze- und radio-

aktiver Strahlung würden auch jene töten, die Zuflucht in Schutzräumen gefunden haben, und der Fall-out würde auch noch die erreichen, die evakuiert werden konnten.

— daß sich die Welt von den Folgen eines Atomkrieges nie wieder erholen wird. Das ökonomische und soziale Gefüge von dem menschliches Leben abhängt, wäre

auf der nördlichen Halbkugel sicher und in der übrigen Welt größtenteils zerstört.

— daß es in einem Atomkrieg keinen Gewinner geben kann. Der über die gesamte Erde-verstreute Fall-out würde einen Großteil der Kontinente für Generationen verseuchen und die atmosphärischen Auswirkungen würden alles Leben weitgehend vernichten." (Zitat Ende)

Sagt man uns, daß Militärbündnisse die Stationierung von Atomwaffen erforderlich machen, so werden wir auch als Ärzte über die Militärbündnisse diskutieren müssen. Deshalb fordern wir die Aufhebung des Nato-Nachrüstungsbeschlusses und sehen darin einen ersten Schritt zu einem atomfreien Europa.

§ urteile §

Arbeitgeber befürchtet Schwangerschaft: Kein Grund zur Versetzung

„Die nach dem Arbeitsvertrag an sich mögliche Versetzung einer Arbeitnehmerin gegen deren Willen ist nach § 611a BGB unzulässig, wenn sie durch die Befürchtung des Arbeitgebers, es werde zu weiteren Schwangerschaften kommen, motiviert wird“ (LAG Hamm AZ 14 Sa 61/81). Unter diesen Leitsatz stellte das Landesarbeitsgericht Hamm eine Entscheidung zur der täglich überall auftauchenden Frage, daß Schwangerschaften oder „drohende“ Schwangerschaften zum Anlaß für Benachteiligungen oder Diskriminierungen genommen werden.

Tatbestand: „Die Klägerin will mit der vorliegenden Klage erreichen, daß sie an ihrem bisherigen Arbeitsplatz in der EDV-Abteilung der Beklagten weiterbeschäftigt wird. Die Klägerin, verheiratet, ist seit dem 5. 1. 1980 Mutter eines Kindes. . . Die Klägerin teilte der Beklagten im Herbst 1979 mit, daß sie schwanger sei. Die Klägerin bleibt an ihrem bisherigen Arbeitsplatz bis zum Eintritt des Mutterschaftsurlaubs. Mit Schreiben vom 17. 3. 1980 kündigte sie der Beklagten gegenüber an, daß sie zum 30. 7. 1980 wieder ihre Arbeit in der EDV-Abteilung aufnehmen wolle. Dies geschah auch. Bis Anfang September 1980 arbeitete die Klägerin als Bedienerin in der EDV-Abteilung. Nach der Rückkehr des Mitarbeiters W. sollte die Klägerin auf Dauer und unter Fortzahlung ihres bisherigen Gehalts in der Dispositionsabteilung eingesetzt werden. Hiergegen wehrte sie sich. Es fand daraufhin eine Reihe von Gesprächen statt, in die auch der Betriebsrat eingeschaltet war. Diese mündeten in das schriftliche Angebot der Beklagten, mit ihr eine Zusatzvereinbarung abzuschließen.“

Diese lautete in der entscheidenden Passage wie folgt: „3. Sollte Frau V. nochmals Mutterschaftsurlaub laut Gesetz (8 Monate) in Anspruch nehmen, so verpflichtet sich Frau V. auf ihren Arbeitsplatz in der EDV zu verzichten. Sollte die Firma einen anderen Arbeitsplatz zu dem Zeitpunkt freihaben, kann über eine Umbesetzung gesprochen werden, bzw. muß die Firma das Arbeitsverhältnis mit Frau V. lösen.“

Die klagende Kollegin lehnte die Unterzeichnung der Zusatzvereinbarung als unzumutbar ab. Die Firma bestand darauf, daß sie ab sofort im Dispositionsbereich zu arbeiten habe und drohte für den Fall der Weigerung mit der fristlosen Entlassung. Die Klägerin nahm die Arbeit in der zugewiesenen Abteilung unter Vorbehalt auf und klagte vor dem Arbeitsgericht Münster. Das AG Münster hatte die Klage am 4. 12. 1980 abgewiesen.

Das LAG Hamm entschied als Berufungsinstanz: „Es wird festgestellt, daß das Arbeitsverhältnis der Parteien zu unveränderten Bedingungen — Beschäftigung der Klägerin in der EDV-Abteilung — fortbesteht. Die Beklagte wird verurteilt, die Klägerin zu unveränderten Arbeitsbedingungen in der EDV-Abteilung weiterzubeschäftigen.“

In der Begründung führt das Gericht aus: „Denn es kann nicht daran vorbeigegangen werden, daß die Klägerin an ihrem bisherigen Arbeitsplatz weiterbeschäftigt

worden wäre, wenn dem nicht in den Augen der Beklagten ihre Rolle als Frau und die Möglichkeit weiterer Schwangerschaften entgegengestanden hätte. Diese Begründung geht eindeutig aus dem Änderungsangebot vom 1. 9. 1980 hervor. Sie macht die Versetzung der Klägerin unzulässig.“

„Der Klägerin ist aber darin Recht zu geben, daß die Versetzung in die Dispositionsabteilung dem Benachteiligungsverbot des § 611a BGB widerspricht. Sie kann daher die Weiterbeschäftigung auf dem bisherigen Arbeitsplatz verlangen.“

Ein Arbeitnehmer, der innerhalb seines vertraglichen Tätigkeitsbereiches gegen seinen Willen versetzt wurde, konnte auch bisher schon rügen, daß diese Maßnahme die Grenze des billigen Ermessens überschritt. Das Bundesarbeitsgericht hat dabei den § 315 BGB entsprechend angewandt (vgl. zuletzt Urteil vom 27. 3. 1980 in DB, 1603). Versetzungen, die nur dazu angetan waren, den Arbeitnehmer zu schikanieren, ihn zu maßregeln oder zu diskriminieren, waren und sind unzulässig. Von daher kann mit einigem Recht gefragt werden, ob nicht auch ohne das ausdrückliche Benachteiligungsverbot des neu eingeführten § 611a BGB eine diskriminierende und damit unzulässige Versetzung bereits vorliegt, wenn einer Frau unter Hinweis auf die Möglichkeit einer weiteren Schwangerschaft ihr bisheriger Arbeitsplatz genommen und ihr eine neue, ungeliebte Tätigkeit zugewiesen wird. Der Frage braucht indessen nicht nachgegangen zu werden. Denn der zum 14. 8. 1980 in Kraft getretene § 611a BGB verbietet ausdrücklich die arbeitgeberseitige Benachteiligung wegen seines Geschlechts. Als Benachteiligung im Sinne dieser Vorschrift genügt schon der Umstand, daß die Maßnahme gegen den Willen des betroffenen Arbeitnehmers erfolgt und sie durch dessen Geschlechtszugehörigkeit motiviert wird. . . Allein der Umstand, daß die Klägerin ihren langjährigen Arbeitsplatz nur deshalb abgeben sollte, weil die Beklagte eine nochmalige Schwangerschaft und damit weitere Unannehmlichkeiten befürchtete, macht die angegriffene Maßnahme zu einer geschlechtsspezifischen Benachteiligung im Sinne von § 611a Abs. 1 BGB.“

Zusatzurlaub für infektionsgefährdete Tätigkeiten in der Krankenpflege

Ein DG-Leser aus Essen machte uns aufgrund eigener Erfahrungen — im Klinikum Essen wurde der bis dahin gewährte Zusatzurlaub gestrichen — auf ein Bundesarbeitsgerichtsurteil aufmerksam, auf das sich in letzter Zeit immer mehr Arbeitgeber berufen.

Unter dem Aktenzeichen 6AZR 251/77 wies das Bundesarbeitsgericht Kassel 1978 die Revisionsklage von 5 Krankenschwestern- und -pflegern des Katharinenhospitals Stuttgart gegen ein Landesarbeitsgerichtsurteil Baden-Württemberg (4 Sa 26/76) zurück. Dieses hatte einen Anspruch auf Zu-

satzurlaub nach § 49 Abs. 1 BAT in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Buchstaben b) und c) der Verordnung der Landesregierung von Baden-Württemberg über den Urlaub der Beamten und Richter abgelehnt, weil die Kläger nicht „überwiegend“ mit infektiösem Material oder infektiösen Kranken in Verbindung gekommen seien.

Tatbestand: Die klagenden Kolleginnen und Kollegen arbeiteten auf der Dialysesstation mit täglich 20 Dialysen sowie einem Raum mit an Hepatitis erkrankten Patienten. Die Arbeit war so eingeteilt, daß jede Pflegekraft im Wechsel jede Woche für jeweils einen bestimmten der vier Räume, so auch für den „Hepatitisraum“ zuständig war. Die Kläger kamen also mit infektiösen Patienten und infektiösem Material in Verbindung. In den Jahren 1971 bis 1974 hatte der Krankenhausträger den auf der Dialysesstation tätigen Pflegekräften und Ärzten den Zusatzurlaub von 6 Tagen jährlich gewährt, vom Jahr 1975 an jedoch nicht mehr.

Die Kläger hatten nachgewiesen, daß sie 30% bis 40% ihrer regelmäßigen tatsächlichen Arbeitszeit mit infektiösem Material und mit Patienten in Verbindung gekommen waren. Dies wurde vom Arbeitgeber nicht bestritten. Der Arbeitgeber begründete seine Weigerung, den Zusatzurlaub weiter zu gewähren, mit der Auffassung, daß „überwiegend“ bedeuten müsse, daß mehr als 50% der regelmäßigen Arbeitszeit mit infektionsgefährdeten Arbeiten ausgefüllt sein müßten. „Die potentielle Ansteckungsgefahr reiche nicht aus, um den Anspruch auf Zusatzurlaub zu begründen.“ Vor dem Arbeitsgericht Stuttgart war die Klage erfolgreich gewesen, vor dem Landesarbeitsgericht jedoch zurückgewiesen worden.

Das Bundesarbeitsgericht folgte der Auffassung des Landesarbeitsgerichts Baden-Württemberg:

„1. Das Landesarbeitsgericht hat das Begriffsmerkmal „überwiegend“ () zutreffend ausgelegt. Danach ist dieses Merkmal gegeben, wenn die Pflegekraft in mehr als der Hälfte ihrer Arbeitszeit mit Arbeiten der in § 8 Urlaubsverordnung genannten Art beschäftigt ist. . . Maßgeblich muß vielmehr der Anteil der gefährlichen Arbeit an der persönlichen Arbeitszeit sein, in welchem Umfang also die gesundheitsgefährdende Tätigkeit die Arbeitszeit des Bediensteten ausfüllt. . .

Es ist anzunehmen, daß die von der Revision hervor gehobene Ansteckungsgefahr für die Kläger im wesentlichen nicht anders ist als bei Dialysesstationen in Krankenhäusern allgemein. Sie kann zum Beschäftigungsrisiko des Pflegepersonals auf Dialysesstationen allgemein und, soweit die Revision auf die „abstrakte“ Ansteckungsgefahr in Krankenhäusern abstellt, darüber hinaus zum Risiko aller im Krankenhausbereich tätigen Personen gerechnet werden.

Gefahren und Risiken dieser Art können den Tarifvertragspartnern bzw. dem Gesetzgeber der hier maßgeblichen Urlaubsverordnung nicht verborgen geblieben sein. Sollte bereits die allgemeine Ansteckungsgefahr als ausreichend für den Anspruch auf Zusatzurlaub angesehen werden, so hätte dies in der Anspruchsnorm deutlich gesagt werden müssen. . . Aus der vorliegenden Fassung des § 8 Abs. 1c) Urlaubsverordnung ist demgegenüber die Einschränkung zu entnehmen, daß der Anspruch auf Zusatzurlaub nur bestehen soll, wenn der Bedienstete überwiegend Verbindung mit tatsächlich und erkennbar infektiös erkrankten Patienten hat.“

Kommentar: Nach diesem Urteil wird kaum noch ein Beschäftigter im Gesundheitswesen den Zusatzurlaub erhalten. Das Urteil macht zudem deutlich, wie wichtig tarifvertragliche Regelungen für den Zusatzurlaub sind. Vorrangig sollten aber in jedem Fall bessere präventive Maßnahmen gegen Infektionen sein. Hier müßten z. B. die ÖTV-Vertreter in der Berufsgenossenschaft Gesundheitspflege tätig werden.

Liste der Essential Drugs

MODELL-LISTE DER WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO) DER UNENTBEHRLICHEN MEDIKAMENTE FÜR DIE ARZNEIMITTELVERSORGUNG IN ENTWICKLUNGSLÄNDERN

Die hier mit einem Stern (*) gekennzeichneten Wirkstoffe sind nach Ansicht des Expertenkomitees der WHO unter Umständen entbehrlich. Sie sollten jedoch im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten des jeweiligen Landes als Alternativpräparate vorhanden sein (bei Resistenz der Erreger auf die als „unentbehrlich“ klassifizierten Wirkstoffe, zur Behandlung seltener Erkrankungen oder wenn besondere pharmakokinetische Eigenschaften gefordert sind).

„The selection of essential drugs“ - Technical Report, Series 615 / World Health Organisation - Geneva — Referiert in Scrip 280 (1978), 14

ANÄSTHETIKA

Allgemeine Anästhetika
Aether pro narco²
Halothan²
Distickstoffoxid²
Thiopental-Natrium²

Lokal-Anästhetika
Bupivacain^{2,3}
Lidocain

ANALGETIKA, ANTIPYRETIKA, NICHTSTEROIDALE ANTI- PHLOGISTIKA UND URIKOSURIKA

Azetylsalicylsäure
Allopurinol⁶
Ibuprofen¹
Indometazin
Paracetamol
* Kolchizin⁷

ANALGETIKA, NARKOTIKA UND ANTAGONISTEN

Morphin
Naloxon
* Pethidin¹

ANTIALLERGIKA

Antihistamine
Chlorphenamin¹

ANTIDOTE, CHELATBILDNER u.a.

Atropin
Natrium-Kalziumedetat²
Aktivkohle
Dimercaprol² (BAL)
Pralidoxim

ANTI-EPILEPTIKA

Diazepam z. Inj.
Ethosuximid
Phenobarbital
Phenytoin
* Carbamazepin¹⁰

ANTINFJEKTIVA

Antelmintika
Mebendazol¹
Niclosamid
Piperazin
Tibendazol
* Bephenium²
* Tetrachloräthan

Antibiotika

Ampicillin¹
Benzathin-Benzylpenicillin⁵
Benzylpenicillin
Chloramphenicol¹
Cloxacillin
[penicillinsensibilisiert]¹
Erythromycin
Gentamicin
Phenoxymethylpenicillin
Salazosulfapyridin
Sulfadimidin
Co-trimoxazol
Tetracyclin^{1,4}
* Amikacin^{1,4/10}
* Doxycyclin^{8/6}
* Procain-Benzylpenicillin¹
* Sulfadiazin^{7/8}

Filaria

Diäthylcarbamazin
Suramin

Lepra

Dapsone
* Clofazimin¹⁰
* Rifampicin¹⁰

Protozoosen

Amoebiasis
Metronidazol
* Diloxanid
* Emetin⁷
* Paromomycin

Malaria

Chloroquin
Primachin
Pyrimethamin
Chinin
* Amodiachin¹⁰
* Sulfadoxin¹⁰

Bilharziose

Metrifonate
Niridazol
Oxamniquin
* Stibocaptat¹⁰

Schlafkrankheit

Mefloquin⁵
Nifurtimox
Pentamidin⁵
Suramin

Leishmaniose

Pentamidin
Natriumbisboglukonat

Tuberkulose

Ethambutol
Isoniazid
Rifampicin
Streptomycin
* Thioazetazon

Systemisch wirkende Antimykotika

Amphotericin B
Griseofulvin⁸
* Fluzytosin^{1,8}

ATEMWEGE

Asthmamedikel
Aminophyllin¹
Adrenalin
Salbutamol¹
* Ephedrin

Hustenmittel

Kodein

AUGENMITTEL

Zur lokalen Anwendung

Antinfektiva
Silbernitrat
Sulfacetamid
Tetracyclin¹

Antiphlogistika

Hydrokortison^{2,7}

Lokalanästhetika

Tetracain¹

Miotika

Pilocarpin

Mydriatika

Homatropin¹

Zur innerlichen Anwendung

Azetazolamid

BLUT UND BLUTBILDUNG

Anämie

Cyanocobalamin²
Eisen-II-Salz¹
Folsäure²
* Eisen-Dextran z. Inj.

Antikoagulantien und Antagonisten

Heparin²
Phytomenadion
Protaminsulfat²
* Warfarin^{1,2,6}

Plasma-Ersatz

Dextran 40

DERMATOLOGIKA

ZUR LOKALANWENDUNG

Antinfektiva

Jod¹
Neomycin + Bacitracin

Antiphlogistika

Betamethason^{1/3}
Hydrokortison

Adstringentia

Aluminiumacetat
Fungizide
Miconazol¹
Nystatin

Keratolytika

Benzoe- und Salizylsäure
Stinkohlentäer
* Podophyllin^{1,6}

Kratze- und Läusemittel

Hexachlorzyklohexan
* Benzophenon

DIAGNOSTIKA

Edrophonium^{2/8}
Tuberkulin, gereinigtes Protein-
derivat (PPD)

Röntgenkontrastmittel

Adioplodon, Megluminisalz¹
Bariumsulfat
Iopansäure
Meglumin amidotrizoat
Natrium amidotrizoat

DIURETIKA

Furosemid
Hydrochlorothiazid¹
Mannitol
Spironolaktone
* Chlorthalidon⁶
* Triamteren¹

HORMONE

Nebennierenhormone und synthetische

Ersatzstoffe
Dexamethason (langwirkend)¹
Hydrokortison
Prednisolon
* Fludrocortison

Androgene

Testosteronester z. Inj.

Östrogene

Äthinylostradiol¹

Insulina

Zink-Insulin-Verbindung (lente)¹
Insulin z. Inj.

Orale Kontrazeptiva

Norethisteron + Äthinylostradiol¹

Progestagene

Norethisteron

Schilddrüsenhormone und Antagonisten

L-Thyroxin
Kaliumjodid
Propylthiourazil¹

KARDIOVASKULÄRES SYSTEM

Antianginöse Mittel

Glycerintrinitrat (Nitroglyzerin)
Isosorbiddinitrat¹
Propranolol¹

Antiarrhythmika

Chinidin
Lidocain
Procainamid
Propranolol¹

Antihypertensiva

Diazoxid z. Inj.¹
Guanethidin¹
Hydralazin
Hydrochlorothiazid¹
Propranolol¹
* Methyldopa⁷
* Phentolamin^{1/2/8}
* Reserpin

Herzglykoside

Digoxin¹
* Digitoxin

Mittel zur Schockbehandlung

Dopamin²
* Isoprenalin z. Inj.

LÖSUNGEN ZUM AUSGLEICH VON STÖRUNGEN DES WASSER-, ELEK- TROLYT- UND SÄURE-BASEN- HAUSHALTS

Glukose (5% u. 50%)
Salzgemisch zur Herstellung einer
Glukose-Salz-Trinklösung (Zusam-
mensetzung siehe MAGEN-DARM-
WIRKSAME MITTEL)
Kaliumchlorid (15%) z. Inj.
und Trinklösung
Natriumbikarbonat (7,5%)
Natriumchlorid (0,9%) z. Inj.
Natriumlaktat z. Inj.
Wasser z. Inj.

LÖSUNG ZUR PERITONEAL- DIALYSE

Lösung (1,5% Glukose) zur intra-
peritonealen Dialyse

MAGEN-DARM-WIRKSAME MITTEL

Antazida

Aluminium- und/oder Magnesium-
hydroxid

Antiemetika

Promethazin¹

Mittel gegen Hämorrhoiden

Lokalanästhetika, Adstringentia,
Antiphlogistika¹

Spasmolytika

Atropin¹

Laxantien

Senna¹

Mittel gegen Durchfall

Antidiarrhoika

Kodein

Flüssigkeitseratz

Salzgemisch zur Herstellung einer
Glukose-Salz-Trinklösung, für 1 Ltr
Wasser: mmol/l
Natriumchlorid 3,5 g Na⁴ 90
(Kochsalz)
Natriumbikarbonat 2,5 g HCO³ 30
(Natron)
Kaliumchlorid 1,5 g K⁴ 20
Glukose (Trauben-
zucker) 20,0 g 111

MIGRÄNE

Ergotamin

MUSKELRELAXANTEN (PERIPHERE) UND ANTAGONISTEN

Neostigmin
Suxamethonium²
Tubocurarin^{1,2}
* Pyridostigmin^{2/8}

PARKINSON

L-Dopa
Trihexyphenidyl¹
* Levodopa + peripherer
Decarboxylasehemmer^{5/6}

PSYCHOPHARMAKA

Amityptilin¹
Chlorpromazin¹
Diazepam¹
Fluphenazin^{1/5}
Haloperidol¹
Lithiumkarbonat^{2/4/7}

SEREN UND IMPFSTOFFE

Seren und Immunglobulina
Anti-D-Immunglobulin
Tollwut-Hyperimmenserum
Diphtherie-Antitoxin
Human-Immunglobulin, normales²
Schlangenserum
Tetanus-Antitoxin

Impfstoffe

BGG-Impfstoff
Diphtherie-Tetanus-Impfstoff
Diphtherie-Pertussis-Tetanus-Impfstoff
Masern-Impfstoff
Polio-Impfstoff
Tollwut-Impfstoff
Tetanus-Impfstoff
Typhus-Impfstoff

VITAMINE UND MINERALIEN

Ascorbinsäure (Vitamin C)
Kaliumglukonat²
Ergocalciferol (Vitamin D₂)
Multivitamin (Kombination aus sechs
Wirkstoffen): Vitamin A, Vitamin
B₁, Vitamin B₂, Vitamin C, Vitamin
D₂ und Nikotinamid
Pyridoxin (Vitamin B₆)
Retinol (Vitamin A)

WEHENANREGENDE MITTEL

Ergometrin¹
Oxytocin

ZYTOSTATIKA

Busulfan²
Chlormethin^{1/2}
Cyclophosphamid²
Doxorubicin²
Fluorouracil²
Methotrexat²
Vincristin¹

1. Nur als Beispiel für diese Wirkstoffgruppe aufgeführt: Suchen Sie das billigste, wirksame und am besten verträgliche Medikament aus.

2. Für die richtige Anwendung sind Fachkenntnisse, eine exakte Diagnostik oder eine besondere Ausrüstung erforderlich.

3. Wirksames Präparat.

4. Bei Niereninsuffizienz ist eine Dosisanpassung erforderlich.

5. Erleichtert Einhaltung der Dosierungsvorschrift des Arztes.

6. Verfügt über die besten pharmakokinetischen Eigenschaften in diesem Indikationsbereich.

7. Unverträglichkeiten verschlechtern das Nutzen-Risiko-Verhältnis.

8. Begrenzter Anwendungsbereich oder kleines Wirkungsspektrum.

9. Für die Epileptanästhesie.

10. Für Erkrankungen oder Erreger, die auf die vorgenannten Wirkstoffe nicht ansprechen.

Sozialgesetzliche Chronik (1794–1889)

(zum Artikel „100 Jahre Sozialversicherung“, Teil I)

Bis 1869 (Gründung des „Norddeutschen Bundes“ unter Führung Preußens) wird hier nur die preußische Gesetzgebung dargestellt, da seinerzeit Preußen wie auf wirtschaftlichem so auch (sozial)politischem Gebiet der fortgeschrittenste deutsche Staat war.

1794 (5. 2.): Allgemeines Preussisches Landrecht; beinhaltet ein von allgemeinen Grundsätzen ausgehendes **Programm staatl. „Armenpflege“**, ohne jeden **Rechtsanspruch**; die Handwerksgehilfen können hiernach ihre **Kranken- und Unterstützungsvereine** (mit bis ins Mittelalter reichender Tradition) beibehalten und neue gründen, solange damit keine „eigenmächtigen“ Versammlungen verbunden sind!

1839 (6. 4.): „Regulativ“ zur Beschränkung der Kinderarbeit in Industriebetrieben; **erste Arbeitsschutz-Maßnahme in Deutschland**; bleibt trotz vielfältiger gesetzlich-verbalter Verschärfungen bis ins 20. Jahrh. praktisch wirkungslos (unterlaufen v. den Unternehmern, mangelnde „Fabrikinspektion“/Gewerbeaufsicht).

1845 (17. 1.): Allgemeine Gewerbeordnung (AGO) Preußens; die nach Zerstörung des Zunftwesens und seiner Privilegien (Übergang feudaler zu bürgerlich-kapitalistischer Ordnung) weiterbestehenden und tolerierten **Gesellen-Unterstützungskassen** werden in ihrem Mitgliederkreis um die wandernden Handwerksgehilfen **gesetzlich erweitert** (immerhin entlasten sie den Staat v. gewissen Unterstützungs-Aufgaben); erstmals auch **können** jetzt Fabrikanten und Gemeinden solche Hilfseinrichtungen schaffen; beides bleibt wenig genutzt; kaum mehr „Versicherte“; („die Unterstützungskassen der Gesellen als Vorläufer der späteren Sozialen Krankenversicherung anzusehen“!).

1849 (9. 2.): noch als Zugeständnis integrativer Absicht an die Kräfte der Bürgerl.-demokratischen Revolution von 1848; Novelle/Verordnung zur Allgem. Gewerbeordnung (AGO, s.o.); Neuerungen: auch Fabrikarbeiter (geschichtl. neue Kategorie d. Lohnarbeiters) **können** Gesellenkassen beitreten; Gemeinden **können** Kassen einrichten und d. Beitritt v. Fabrikarbeitern am Orte erzwingen; erstmalig **können d. Unternehmer** zur Beitragsübernahme bis zur Hälfte d. Kassenbeiträge ihrer Arbeiter verpflichtet werden unter Einräumung allerdings entsprechender **Beteiligung an der Kassen-„Selbst“-Verwaltung** der Versicherten; für d. Beiträge, die auf d. Verwaltungswege erhoben werden **können**, gab es Mitte d. 19. Jahrhunderts schon eine **Kassenvielfalt** bzw. -zersplitterung: verschiedenste Formen von Gesellen-, Orts-, und Fabrikkassen als „Pflichtkassen“; daneben aber in zunehmendem Maße selbstverwaltete und selbstfinanzierte **„freie Hilfskassen der Arbeitervereine“**, da erstere nur sehr zögernd eingerichtet wurden!

1854 (3. 4.): Novelle zur AGO (s.o.), „Gesetz betreff. die gewerblichen Unterstützungskassen“; die **Regierung** erhält das (praktisch ungenützt bleibende) Recht, per **Ortsstatut** selbst Kassen einzurichten.

1854 (10. 4.): Gesetz über „die Vereinigung der Berg-, Hütten-, Salinen- und Aufbereitungs-Arbeiter in Knappschaften“; erste **landesgesetzliche öffentlich-rechtliche Arbeiterversicherung**, d.h. hiernach in Preußen **erstmals Versicherungspflicht** für Arbeiter bzw. Unternehmer – allerdings nur im Bergbau und verwandten Gebieten!

Alle **bisher** genannten Gesetze erbrachten **nur den Kassen-Zwang**, d.h. die Zuordnung bestimmter Arbeitergruppen zu bestimmten Kassen(arten), deren Gründung bzw. Einrichtung selbst ins Belieben gestellt war. (Dies unterstreicht das recht halbherzige Interesse der Staatsorgane an sozialer Absicherung der Arbeitenden, solange nicht andere Motive hinzutreten!).

1869 (21. 6.): Gewerbeordnung für den „Norddeutschen Bund“ (unter Führung Preußens); keine Erweite-

rung der Sozialversicherungs-Gesetzgebung; ein im § 141 versprochenes Bundesgesetz über die Kranken-, Hilfs- und Sterbekassen wurde v. Bismarck sabotiert; teilweise sogar **Einschränkung** weitergehender landesrechtlicher Bestimmungen.

1871: ohne Neuerungen wird die obige Gewerbeordnung auf das neugegründete **Deutsche (Kaiser) Reich** übertragen.

1871 (7. 6.): das seit der Zeit des bis dahin größten Bergarbeiterstreiks (Waldenburg) Dez. 1869 geplante „Reichs-Haftpflichtgesetz“ tritt in Kraft; „Gesetz betreffend die Verbindlichkeit zum Schadensersatz für die bei dem Betrieb von Eisenbahnen, Bergwerken, Fabriken, Steinbrüchen und Gräberien herbeigeführten Tötungen und Körperverletzungen“; (schwere z. Teil tödliche Unfälle in diesen Bereichen nahmen ständig zu); der Unfallgeschädigte konnte jedoch **nur auf dem Klagewege** (Prozeß) zu einer Entschädigung kommen; nur Wenige erreichten **Schadensersatz!**

1876 (7. 4.): „Hilfsskassengesetz“/„Gesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen“; praktisch ein **Krankenkassen-Gesetz** (gewissermaßen eine Vorlage für die spätere Krankenkassen-Gesetzgebung von 1883); regelte in Verbindung mit dem Gesetz vom 8. 4. 1876 (Novelle zur Gewerbeordnung) den Status der „freien Hilfskassen“ der Arbeitervereine als eingetragene, damit in Grenzen geförderte Selbsthilfe-Einrichtungen, wenn sie gewisse **Minimal-Leistungen** garantierten, deren Norm mit diesem Gesetz ebenfalls fixiert wurde; danach entband nur noch die Mitgliedschaft in einer sog. „eingeschriebenen Hilfskasse“ von der **Beitragspflicht** (nicht Versicherungspflicht, die es allgemein noch nicht gab) zu einer am Orte oder Betrieb etwa existierenden Zwangskasse; das verbal vorgegebene Ziel einer Verbesserung der Lage d. Arbeitenden wurde auch hiermit nicht erreicht, wohl aber organisierten sich die Staatsorgane hiernach eine gewisse Kontrolle der von den Gewerkschaften eingerichteten „freien Hilfskassen“ (siehe Abschnitt 1849), die ihnen als Keimzellen gewerkschaftlicher Solidarität und Bewußtheit ein steter Dorn im Auge waren, und die sie zunehmend auch zu behindern trachteten! (siehe dazu auch A. Bebbels „Musterstatut“ zur gewerkschaftlichen Organisation von 1868, das Unterstützungskassen vorsah).

1883 (15. 6.): „Gesetz betreff. die Krankenversicherung der Arbeiter“ (in Kraft am 1. 12. 1884); war der erste Teil der integrativen Absicht mit den „Kaiserlichen (Gründungs-)Botschaften“ angekündigten **„Arbeiterversicherung“/Sozialversicherung** (Kranken-, Unfall- und Invaliden- und Altersversicherung). Grundelemente: erstmals auf gesamt-nationaler Ebene für d. Arbeiter in den damaligen Haupt-Industrien (Berg- und Hüttenwerke, Fabriken, Eisenbahn-, Werft- und größere Gewerbebetriebe u.a.) **Krankenversicherungsschutz durch Versicherungs-Zwang** (in jedem Betrieb mit mehr als 50 Versicherungspflichtigen war eine Betriebskrankenkasse einzurichten; jeder Arbeiter, der nicht mehr als damals 2000 RMark im Jahr verdiente, mußte einer Krankenkasse beitreten!); an **Zwangskassenarten** waren vorgesehen: (Gemeindekrankenversicherung), Orts-, Betriebs-(Fabrik-), Bau-, Innungskrankenkassen, sowie Knappschaftskassen (s. 1854); die „freien Hilfskassen“ (siehe 1849 u. 1876) blieben als selbstverwaltete Hilfseinrichtungen der Arbeitervereine (Gewerkschaften) zunächst offiziell toleriert und konnten mit ihrer **Mitgliedschaft** weiterhin die Zwangskassen **ersetzen** (später: „Ersatz-Kassen“!), weshalb nun vorübergehend ein großer Zustrom in diese Unternehmernunabhängigen Kassen einsetzte; für die pflichtversicherten **Industrie-Arbeiter** bestand jetzt erstmals ein **rechtlicher Anspruch auf Mindest-Leistungen** wie: freie ärztl. und Heilmittel-Behandlung, Krankengeld (erst) vom 3. Krankheitsstage an („Karenztage“!), Sterbegeld und Wöchnerinnen-Un-

terstützung (Frauenarbeit unter schwersten körperlichen Anstrengungen war Massenerscheinung!) für mindestens 4 Wochen nach Entbindung; diese letztgenannten **geldlichen Leistungen** stellten zunächst die Hauptaufgaben der Gesetzlichen Krankenkassen dar!; Leistungen an Familienangehörige waren zunächst nicht verpflichtend („Kann-Regelung“); die Unternehmer stellten 1/3, die Versicherten 2/3 der Kassenbeiträge, woraus (wie schon bei den Hilfskassen gemäß „Hilfsskassen-Gesetz“ von 1876) das **Unternehmer-„Recht“ einer Beteiligung an der Kassen-„Selbst“-Verwaltung** der Versicherten abgeleitet wurde, wenngleich natürlich auch der heute sog. „Arbeitgeberanteil“ der Sozial- und Krankenversicherung immer von den Versicherten selbst erarbeiteten Werten (aus der Sicht des wirtschaftl. Interesses d. Unternehmers aber „Lohnkosten“) entspricht! Das wirtschaftliche Interesse der Junker und Großgrundbesitzer machte sich dahingehend geltend, daß die große Zahl der ebenso bedürftigen **Land-Arbeiter** von der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, blieben auf Jahre!

1884 (6. 7.): das Unfall-Versicherungsgesetz wird verabschiedet (in Kraft am 1. 10. 1885); wenngleich erst als 2. Teil der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung („Zuckerbrot“ zur „Peitsche“ des „Sozialistengesetzes“) veröffentlicht, hatte der Reichskanzler ihm ursprünglich als „Wahlschlager“ für die Reichstagswahlen Okt. 1881 den Auftakt zugeordnet; die Uneinigkeit von junkerlichen und großindustriellen Unternehmerinteressen aber verzögerte und verwässerte es; wie das Krankenversicherungsgesetz führte es den **Versicherungs-Zwang** ein; galt zunächst praktisch nur für die Industriearbeiter in denselben Bereichen wie das „Reichs-Haftpflichtgesetz“ von 1871 (s. dort) und auf der Basis von **Berufsgenossenschaften** (Zweckverbände der Unternehmer); hiernach hatten nun bei der Arbeit oder auf dem Wege zur Arbeit Verunglückte einen **Rechtsanspruch auf Entschädigung**, allerdings: bei Krankheit als Unfallfolge (wohl die Regel!) galt zunächst 13 Wochen lang das Versorgungsrecht nach dem Krankenversicherungsgesetz, dessen Kosten zu 2/3 die Versicherten unmittelbar selbst über ihre Beiträge erbrachten; erst mit Beginn d. 14. Woche nach Unfall (soweit als solcher anerkannt!), erhielt der weiterhin erwerbsunfähig Verunglückte eine **Rente** nach dem Unfall-Versicherungsgesetz, dessen Beiträge von den Unternehmern (allein) abgeführt wurden!; es galt das **„Umlage-Verfahren“**, d.h. die Beitragssumme wurde als Leistung an die Versicherten verausgabt; später verschiedene Änderungen, auch Erweiterungen des Geltungsbereichs des Gesetzes bzw. der Versicherung.

1889 (22. 6.): ursprünglich als „Krönung des sozialen Gebäudes“ versprochenes „Gesetz betr. die Invaliditäts- und Altersversicherung“ (in Kraft am 1. 1. 1891); so verspätet u. a., weil Bismarck desinteressiert, nachdem seine Politik mit „Zuckerbrot und Peitsche“ erfolglos; wichtigste Neuerungen: **allgem. Versicherungspflicht** f. alle Lohnarbeiter im Sinne einer **„Rentenversicherung“** bei allen nicht durch Betriebsunfall (s. Unfall-Versich.-Gesetz/1884) verursachten Formen d. dauerhaften Erwerbsunfähigkeit; Trägerschaft durch Vers.-Anstalten von Kommunalverbänden; in der Praxis wenig Hilfe für d. „Rentner“: sehr niedrige Renten (im „**Kapitaldeckungsverfahren**“ wurden große Teile der Beitragssumme v. Staat angehäuft als Kapital für u. a. Staatskredite an d. Industrie etc. – Milliardengelder d. Versicherten wurden z. B. als Kriegskredite später im wahrsten Sinne d. Wortes „verpulvert“!); zu hohe Altersgrenze f. Altersrenten-Eintritt (70 J.), nur von d. Wenigsten Arbeitern erreicht; die v. Staat zu finanzierende „Armenfürsorge“ wurde entlastet; die Beiträge d. Rentenversich. wurden je zur Hälfte von Versich. u. Unternehmern „erbracht“ (f. Letztere als „Lohnkosten“).

Behinderung in der BRD



Innerhalb der letzten 10–15 Jahre hat sich scheinbar die Situation der ca. 6 Millionen Behinderten in der Bundesrepublik erheblich verändert. Eine Vielzahl von Gesetzen und Institutionen sind neu entstanden, zum UNO-Jahr der Behinderten berichten Presse und Fernsehen umfangreich, ja es scheint als stehe alles zum Besten. In der Tat: nach außen ergibt sich eine sehenswerte Bilanz.

von Wolfgang Jantzen

1969 regelte das Arbeitsförderungsgesetz erstmalig die Frage der beruflichen Rehabilitation von Behinderten zu deren Durchführung ein dichtes Netz von Institutionen entstand. Es sind dies neben den großen Berufsförderungswerken, die die Umschulung in qualifizierte Berufe sichern, die Berufsbildungswerke, die für behinderte Jugendliche eine Erstausbildung (Lehre oder Anlernverhältnis mit Gehilfenbrief) sichern, es sind dies Werkstätten für Behinderte, die mittlerweile einen Stand von über 40.000 Plätzen erreicht haben und die schwerpunktmäßig Berufstätigkeit für geistig Behinderte eröffnen sollen. Das Aktionsprogramm Rehabilitation der sozial-liberalen Koalition von 1970 formulierte die Perspektiven für die 70er Jahre: neben dem schon skizzierten Ausbau eines Netzes von Rehabilitationseinrichtungen stand insbesondere die Verbesserung der gesetzlichen Grundlagen im Vordergrund. Dies meinte allerdings niemals grundsätzliche Reform der heillosen Kompetenz- und Koordinationsprobleme, wie sie das Magazin „Der Spiegel“ in einer Buchpublikation 1973 nannte: ca. 2100 Leistungsträger, gegliedert nach 41 Rentenversicherungsträgern, 95 Unfallversicherungsträgern, 684 Trägern der Kriegsopferversorgung- und Fürsorge, 550 regionale und 22 überregionale Sozialhilfeträger, die Bundesanstalt für Arbeit mit 713 unterschiedlichen Leistungsträgern, wie 1883 Krankenkassen. So beinhalten alle gesetzlichen Maßnahmen Koordination, jedoch nicht Strukturänderung. So das Rehabilitationsangleichungsgesetz wie der allgemeine Teil des Sozialhilfegesetzbuches, die Zentrierung der Koordination der REHA auf die Bundesanstalt für Arbeit durch die „Frankfurter Vereinbarung“ bis hin zu der zu Beginn dieses Jahres unterzeichneten und als ein Beitrag zum Jahr der Behinderten gepriesenen Vereinbarung zwischen

Bundesanstalt für Arbeit und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger über die Abstimmung der Rehabilitationsleistungen.

Wesentlich ist weiterhin in diesem Zusammenhang das Schwerbehindertengesetz von 1974: es regelt die Frage der beruflichen Integration Behinderter. Unternehmen wie öffentlichen Institutionen mit mehr als 16 Beschäftigten wird eine Beschäftigungspflicht von Schwerbehinderten in Höhe einer Quote von 6% auferlegt und bei Nichtgewährleistung eine Ausgleichsabgabe von 100,- DM pro Kopf gefordert. Zudem werden Voraussetzungen für die Rehabilitation in Werkstätten für Behinderte geregelt. Zusätzlich wird im Sozialversicherungsgesetz für Behinderte die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Rentenversicherung für die in der WfB Tätigen gesichert. Auch im schulischen und vorschulischen Bereich sind Entwicklungen in dieser Zeit zu konstatieren: Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder werden eingeführt (Geburt bis zum 4. Lebensjahr) etliche Kinderpädiatrische Zentren für Frühdiagnostik und Frühförderungen eingerichtet. Im schulischen Bereich werden an den Hochschulen grundständige Ausbildungsgänge für Sonderschullehrer etabliert (wie auch die Ausbildung von Fachkräften für den außerschulischen Bereich qualitativ angehoben), die Diskussion um Integration behinderter Kinder in Regelschulen hat auf Grundlage der Empfehlung der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrats von 1973 begonnen usw.

Es flossen umfangreiche Forschungsmittel in die Bereiche medizinischer, beruflicher und schulischer Rehabilitation. Auf Landesebene wurden mehr oder weniger umfangreiche Landesbehindertenpläne als Fortschreibung bzw.

Entwicklung des Koordinationsrahmens erstellt. So etwa – und sicherlich noch um weitere Punkte anzureichern – liest sich die offizielle Bilanz. Es ist positiv, wenn durch all diese Maßnahmen behinderten Menschen eine berufliche Tätigkeit ermöglicht wird, medizinisch optimale Versorgung zuteil wird usw. Trotzdem zeigen sich bei näherer Analyse vielfältige Probleme mit und in dieser Struktur, die in keiner Weise Anlaß geben sie – wie von offizieller Seite geplant – im Rahmen der Festreden des Jahres der Behinderten zu jubeln.

- So erfüllen 3/4 der Unternehmen die Beschäftigungspflicht für Schwerbehinderte nicht voll, 1/3 weist keinerlei Arbeitsplätze für Schwerbehinderte nach, so daß gegenwärtig mehr als 80.000 anerkannte Schwerbehinderte arbeitslos sind, ohne daß zudem die entsprechende Ausgleichsabgabe von den Betrieben durchgängig abgeführt würde.
- Nach wie vor sind hunderttausende von Menschen in Großanstalten und Heimen unter entwürdigenden Bedingungen eingesperrt;
- wird im Schulbereich zwar viel von Integration geredet aber im Gegenteil zu unseren Nachbarländern keine praktiziert; ist den Absolventen der Sonderschule die Arbeitslosigkeit so gut wie sicher;
- erfolgt keine wirksame Prävention von Behinderung im Kleinkind- und Vorschulalter;
- steht Behinderung in engem Zusammenhang mit sozialer Schicht und Armut;
- herrschen Ausschluß und defektorientierte Behandlung vor.

Behinderung: das ist nicht Defekt sondern Isolation und gesellschaftlicher Ausschluß

Entscheidend für eine adäquate Beurteilung der Erfolge der Rehabilitationspolitik ist es nicht, sich auf die herrschende Betrachtungsweise des Problems als „ein Defekt an ...“ einzulassen und Reparatursysteme zu errichten, die diesen Defekt beseitigen. Es wäre dies die vielfältig auf dem Hintergrund der Debatte um die WHO-Definition von Gesundheit kritisierte Perspektive von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit. Vielmehr muß die Frage der Rehabilitation Behinderter positiv im Sinne des WHO Gesundheitsbegriffes als „subjektives und objektives, physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden“ bestimmt werden, um Maßstäbe zu erlangen. D.h. um zu begreifen, was Behinderung ist und wie sie überwunden werden könnte, ist umfassend nach der Lebensrealität der betroffenen Individuen zu fragen. Dabei zeigt es sich, daß keineswegs der Defekt, die Art der Schädigung oder Störung Ausmaß und Umfang der Behinderung bestimmt, sondern die Frage, inwieweit nach Eintreten dieses Defektes noch „normale“, d.h. den objektiven Bedürfnissen des betreffenden Menschen adäquate Lern-, Arbeits- und Interaktionsverhältnisse möglich sind und realisiert werden oder ob der

unter Bedingungen der pathologischen Interaktion in der Familie (double-bind-Situation), des Informationsentzugs in der geschlossenen Anstalt, der nicht aufgehobenen Wahrnehmungseinschränkung durch Blindheit oder Gehörlosigkeit oder der Wahrnehmungsverzerrung durch zentrale Störungen. In diesem Sinn sind alle psychopathologischen Syndrome als Ausdruck von Lernprozessen unter vom gesellschaftlichen Erbe und dessen Aneignung isolierenden Bedingungen zu betrachten. Realitätskontrolle und Persönlichkeit werden mit anderen, gegenüber der durchschnittlichen gesellschaftlichen Realität abweichenden Mitteln aufgebaut, so daß dieser Lernprozeß als Symtombildung mehr und mehr in die Sackgasse der Entwicklung führt und Verhältnisse hervorbringt, die im Sinne des WHO-Begriffs nicht mehr als Gesundheit verstanden werden können.

Betrachten wir nun, wie in diesem Zusammenhang die Institutionen und Strukturen der Behindertenversorgung in der BRD ansetzen, so ist konstitutiv der Zusammenhang Behinderung und Anormalität, eine Gleichsetzung, die im Mittelpunkt eines nicht an primärer Prävention orientierten Systems der individuellen Reproduktionssicherung zwangsläufig ist. Die durch die kapitalistische Gesellschaftsformation aufgezwungenen Lebensrisiken (fehlende Sicherheit am Arbeitsplatz, Umweltbelastungen, mate-

Strukturen und Methoden auf diese Anormalität hin behandelt. Da diese Behandlung jedoch erst ansetzt, wo der Betroffene aus den durchschnittlichen Reproduktionszusammenhängen herausfällt, bietet sich an, weil das Herausfallen aus der Möglichkeit des Kindergartens, des Schulbesuchs usw. die einleitende Diagnose bietet, die Normalität dieser Institution nicht zu bezweifeln. Es wird also nicht in Frage gestellt, ob ihre fehlende Interaktionskompetenz (z.B. wie soll in Kindergartengruppen mit 20 Kindern oder in Schulklassen mit 30 Schülern bei Fachlehrerprinzip und starrem Lehrplan ein Kind aus einer komplizierten Familiensituation noch verstanden werden oder ein blindes oder gehörloses Kind noch adäquate Lernreize erhalten) nicht gerade die wesentliche isolierende Bedingung ist, die das Kind erst zum Lernen seiner Symptome bringt. Es bietet sich unter diesen Umständen geradezu an, jeweils auf Institutionen zurückzugreifen und neue zu schaffen, die das Problem Anormalität als solches lösen sollen, also den gesellschaftlichen Ausschluß der Behinderten in Sonderschulen und Sonderinstitutionen zu praktizieren. Damit wird jedoch der Teufelskreis beschritten, daß diese Menschen unter Bedingungen, die ihnen ständig ihre Anormalität demonstrieren, lernen sollen, normal zu sein, andererseits Normalität von vorneherein aus Institutionen und Interaktionsprozessen ausgeschlossen ist.

Ökonomische, soziale und ideologische Determinationszusammenhänge von Behinderungen im Kapitalismus der BRD

Die bisher skizzierten Zusammenhänge der defektbezogenen Behandlung von Behinderungen wie des Ausschlusses der Behinderten als „Anormale“ sind zwar als kapitalismusspezifisch entstanden zu begreifen, präsentieren sich jedoch nicht in allen kapitalistischen Ländern und zu allen Zeiten in dieser Form, wie z.B. die in Italien durchgesetzte Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser und der Sonderschulen demonstriert, verbunden mit einer von den Linkskräften durchgesetzten Sozial- und Gesundheitspolitik, die vorrangig an der Vereinheitlichung der Struktur der Versorgung, Gemeindenähe und primärer Prävention orientiert ist. Welches sind also die Determinationsprozesse, aufgrund derer in der BRD die geschilderten Zusammenhänge existieren und wo können die demokratischen Kräfte ansetzen, um sie zu verändern?

Betroffene in dieser Hinsicht weiteren isolieren Bedingungen ausgesetzt ist. Die Folge ist, daß der Defekt durch die gesellschaftliche Reaktion häufig überhaupt erst zu einer das Individuum in seiner Entwicklung der Aneignung des gesellschaftlichen Erbes isolierenden Bedingung wird. In meiner Betrachtung mache ich damit zum Maßstab die Entfaltungslogik menschlicher Natur, die sich in der Struktur der Tätigkeit ausdrückt. Menschliche Tätigkeit, d.h. planende, werkzeuggebundene Tätigkeit, innerhalb derer der einzelne Mensch die in der Gesellschaft in Sprache und Produktion vergegenständlichte Erfahrung der vergesellschafteten Menschheit sich arbeitsteilig und Stück für Stück aneignet und durch die so angeeigneten Begriffe hindurch seine Realität gestaltet, kontrolliert, beherrscht. Die gemäß dieser Struktur inhaltsfreie Lernfähigkeit der Menschen realisiert sich aufgrund der stammesgeschichtlich erworbenen Funktionen und Strukturen der höheren Nerventätigkeit in jedem Fall. Unter Bedingungen anderer kultureller Zusammenhänge werden ebenso andere Inhalte gelernt und Persönlichkeit anders aufgebaut und entfaltet wie

rielles Elend, Wohnungsmisere usw.) unterliegen der individuellen Bewältigung und werden erst dann Gegenstand von Maßnahmen sekundärer (auf Störung im Vorfeld von Krankheit und Behinderung bezogener) und tertiärer Prävention, wenn die individuelle Bewältigungsmöglichkeit versagt. Sie erscheinen also als Störungsfaktoren im durchschnittlichen Reproduktionsprozeß, die kostenoptimal zu beseitigen sind. Kostenoptimal bemißt sich dabei an gesamtgesellschaftlichen Produktions- und Reproduktionszusammenhängen als kapitalistischen und meint möglichst rasche Wiederherstellung der Arbeitskraft als vom Kapital nutzbarer Ware bzw. Wiederherstellung der durchschnittlichen, den gesellschaftlichen Produktions- und Reproduktionszusammenhang garantierenden Normalität als Geschäftsfähigkeit, Konsumfähigkeit, Ausbeutungsbereitschaft usw., Zusammenhänge auf die ich weiter unten eingehe.

Der Behinderte wird also in diesen Zusammenhängen zwangsläufig als Anormaler wahrgenommen und mit historisch vorgefundenen



Behinderung differenziert sich in der Geschichte als eigener Gegenstand erst unter den Bedingungen der bürgerlichen Gesellschaft aus. Die gesellschaftliche Differenzierung von aktiver Arbeiterarmee und industrieller Reservearmee realisiert sich in Gewerkschaften für die einen, Armengesetzgebung für die anderen, wobei sich der Zusammenhang der gesellschaftlichen Armut mehr und mehr in der herrschenden Ideologie wie in den sich etablierenden Organisationsstrukturen der Fürsorge als individuelles Verschulden abbildet, ein Prozeß, der m.E. im wesentlichen mit der Ausdifferenzierung von vergesellschafteten Reproduktionsstrukturen im Übergang zur relativen Mehrwertproduktion erfolgt. Hier realisieren sich im Bismarck-Wilhelminischen Kaiserreich die Strukturen der allgemeinen Volksbildung, die im wesentlichen in der Durchsetzung der durch Aufnahme von Realien bestimmten Volksschulbildung als Basisqualifikation neben den etablierten und sich in dieser Zeit erneut wandelnden gymnasialen und Mittelschulstrukturen zu kennzeichnen ist, entstehen gesetzliche Krankenversicherung, Altersversicherung und Sozialversicherung. Innerhalb dieser Struktur entwickeln sich Erscheinungsbilder der systematisch aus dem Reproduktionsprozeß herausgefallenen, die für die nichtproletarischen Klassen und Schichten als Degeneration, biologische Auslese oder aber Verkommenheit mangels Willen, Moral und Anstrengung sich darstellen und in die Grundkonzepte der Behindertenbehandlung eingehen. Seitens der Arbeiterbewegung selbst regt sich zwar hier vielfältig Gegenwehr im Sinne des Eintretens für die Sicherung des allgemeinen Reproduktionszusammenhangs des Proletariats, allerdings ist auch hier Übernahme von Stücken herrschender Ideologie nicht zu leugnen, die tendenziell biologistische oder moralische Erklärungszusammenhänge von Behinderung übernehmen, zumal das Auftreten von „Anormalen“ in der bürgerlichen Gesellschaft häufig im Rahmen korumpierbarer Elemente des sogenannten Lumpenproletariats geschah. Festzuhalten bleibt also: Behinderung als gesellschaftliches Verhältnis entwickelt sich als Tatbestand aus dem Bereich der Reservearmee und erhält als Bestimmungsmoment jene, nicht vermarktbare Arbeitskraft, Arbeitskraft minderer Güte zu sein.

Als zweites Moment tritt hinzu die reduzierte Geschäftsfähigkeit der „Anormalen“ in der bürgerlichen Gesellschaft, die zunächst in der Reproduktion der herrschenden Klassen auftritt, z.B. Taubstummheit führt zu Erbarminderung usw. und die sowohl zur Herausbildung pädagogischer wie medizinischer Interventionsstrategien führte, wie andererseits auch (z.B. bei Verschwendung von Vermögen, sexueller Abweichung usw.) zum Abschieben in die Zwangsanstalten und Hospitäler. Sobald nun der bloß individuelle Reproduktionszusammenhang der Arbeiterklasse mit der Herausbildung von Schulen, Gesundheitswesen usw. aufgehoben wird, werden diese Institutionen zugleich (neben anderen) diagnostische Mittel zur Feststellung der nicht gegebenen Geschäftsfähigkeit und damit der Vorhersage künftig nicht gegebener Arbeitsfähigkeit. Dieses diagnostische Instrumentarium liegt explizit in den Geschäftsfähigkeits-/Entmündigungsparagrafen des BGB vor, und dient als Folie, auf der Psychiater die Stufen der Intelligenzschwäche abtragen: Idiotie bis 1 Jahr, Imbezillität bis 6 Jahre, Debilität bis 14 Jahre.

Hinzu kommt als weiteres Bestimmungsmoment, das der absoluten Verwaltung, der Herstellung der gesellschaftlichen Ordnung als

Durchsetzung der Interessen der Herrschenden. Die Zwangs- und Verwaltungsagenturen der absolutistischen Armengesetzgebung, werden durch neue Institutionen, Gesetze und ideologische Praxen ersetzt, die sich im Rahmen der für die vergesellschaftete Reproduktion notwendigen Infrastruktur zunehmend etablieren. Es sind dies insbesondere die Diagnoseapparate von Sozialpädagogik, Medizin- und Volksschulpädagogik, die einsetzen und in besondere Reproduktionszusammenhänge in der Isolation verweisen, den Ausschluß legitimieren und praktizieren.



Daneben wirken sich aus den bürgerlichen Schönheitsidealen und später aus der Vermarktung aller Dinge und Verhältnisse in der kapitalistischen Gesellschaft ergebende ästhetische Strukturen aus, die sich als Jugend und Schönheit usw. positiv strukturieren und ihr Gegenbild, ihre Antiästhetik im Bereich der Mißgestalteten, alten Menschen oder auch der abgearbeiteten und verschlissenen Proletarier finden und zur Vorlage von romanhaft ausgestalteten Ängsten, Geisterbahnen auf Jahrmärkten und Gruselkabinetten wie heute Gruselfilmen werden.

In diesen Verhältnissen und institutionellen Apparaten entwickeln sich in Preussen – Deutschland wie im Deutschen Reich andere Strukturen als in den umliegenden europäischen Ländern insbesondere deshalb, da eine bürgerliche Revolution nie stattgefunden hat, sodann biologistisierende, soziale Zusammenhänge ausklammernde antidemokratische Denkstrukturen dominieren, die exemplarisch in den Linien des Sozialdarwinismus und des Rassismus bestimmt werden könnten. Erfolgt die Gewöhnung im deutschen Imperialismus an den Rassismus und Kolonialismus nach außen und findet ihren schrecklichen Höhepunkt 1904 in dem vom Reichstag beschlossenen und dann praktizierten Genozid an den Hereros, so erfolgt nach innen die weitere Aufrechterhaltung und der Ausbau des repressiven Teils des Staatsapparats ebenso wie die kolonialistische Lösung all jener Probleme der Reproduktion der arbeitenden Bevölkerung, die mit durchschnittlichen Mitteln aus diesem Zusammenhang herausfallen. Fürsorgeheime, psychiatrische Anstalten, Sonderschulen usw. gewährleisten diese Kolonialisierung nach innen, wobei das private Unternehmertum, soweit es hier, wie im Bereich der Wohlfahrtsverbände sich bisher etabliert hatte, ebenso unangetastet blieb, wie die Handelsgesellschaften usw. nach außen.

Behinderung ist also Arbeitskraft minderer Güte, fehlende Geschäftsfähigkeit, mangelnde Ausbeutungsbereitschaft und negative Ästhetik. Systematische Umverteilungen in diesem Be-

reich über das was „historisch“ aus der allgemeinen Entwicklung der Vergesellschaftung der Reproduktion bei Ausschaltung der faschistischen Variante, die sich als „Euthanasie“ realisierte, notwendig wurde und zudem „moralisch“ von Organisationen der Arbeiterklasse erkämpft wurde, sind daher nur zu erwarten, wenn Arbeitskraft selbst auf dem Markt zunehmend schwieriger zu kaufen ist, zugleich Arbeitskraft hohen Wertes durch zunehmenden Verschleiß brachliegt, oder wenn moralische Faktoren erhöhte oder andere Investitionen erzwingen. Beides war in den 60er und im Übergang zu den 70er Jahren der Fall: einerseits wurde zur inneren Befriedung der BRD (verbunden mit dem KPD-Verbot und der Frage der Loyalitätssicherung der Gewerkschaften) durch die Dynamisierung der Renten eine Kostenwelle in Gang gesetzt, die zur systematischen Überprüfung der möglichen Rehabilitation, also zur finalen statt bisher kausalen Orientierung zwang (vgl. Haaser 1975). Zum anderen resultiert bei zunehmendem Ausbau der Produktion auf technisch höherem Niveau zugleich Arbeitskräftemangel wie erhebliche Lücken im Bildungssystem. Diese Zusammenhänge, die zwar auch schon von den CDU-Regierungen gesehen wurden, jedoch unter Vorrang der Wirtschaftspolitik erst nachrangig, wurden von der sozial-liberalen Koalition aufgegriffen und zum systematischen Gegenstand von Reformpolitik gemacht. Diese Reform war allerdings halbherzig und machte sowohl vor den Strukturen der Wohlfahrtsverbände, wie an der privaten Versorgungsstruktur im Gesundheitswesen wie auch letztlich trotz einer Reihe von Gesamtschulversuchen vor dem dreigliedrigen Bildungssystem halt. Der zunächst enorme Rehabilitationsboom erfährt dann eine Reihe von Einschränkungen im Rahmen der kapitalistischen Krise der letzten Jahre, allerdings nicht systematisch und umfassend, da er sich als neue Stufe der Vergesellschaftung notwendig ergeben hatte, die Gesetze und infrastrukturelle Apparate im schulischen, beruflichen und sozialen Bereich geschaffen und besetzt waren, so daß hier bestenfalls die kostenneutrale Umschichtung, die dann als Reform dargestellt wird, praktiziert werden kann, oder das unkoordinierte Einfrieren einzelner, die Entwicklung anderer Teile. Alle diese Prozesse, die die Widersprüchlichkeit der heutigen Situation determinieren, haben zu der zunehmenden Vergesellschaftung des Problems Behinderung geführt und machen es als allgemeines Problem des Reproduktionszusammenhangs der arbeitenden Bevölkerung deutlich. So zeigen sich gegenwärtig Proteste und Initiativen auf vielen Ebenen, ist das „Jahr der Behinderten“ in der BRD vehementer Kritik ausgesetzt. Es ist nur konsequent, wenn mehr und mehr Menschen sich Gedanken über jene Perversion machen, die es darstellt, in der BRD ein Jahr der Behinderten zu zelebrieren wenn diese Menschen gleichzeitig nach innen kolonialisiert ausgeschlossen werden, ihnen Grund- und Menschenrechte vielfältig vorenthalten werden und nach außen durch die Unterstützung Südafrikas wie terroristischer Regimes in Lateinamerika dort die systematische Herstellung von Behinderung ebenso begünstigt wird, wie durch den Nato-Nachrüstungsbeschluß und die Diskussion der Neutronenbombe offen mit der Vernichtung und Verkrüppelung von Millionen von Menschen spekuliert wird. ■

Literatur beim Verfasser

In Memoriam

„100 Jahre Sozialversicherung“

Teil I: Bismarcks Politik mit „Zuckerbrot und Peitsche“ – Sozialgesetze und „Sozialistengesetz“.

Anlaß, sich mit der heute etwa 100jährigen Geschichte der Gesetzlichen Kranken- und Sozialversicherung in Deutschland zu beschäftigen, gibt es genug: machen wir doch erneut die geschichtliche Erfahrung, daß wir alle sozialstaatlichen Einrichtungen in harten gewerkschaftlichen Kämpfen selbst erringen und ebenso ständig auch verteidigen müssen! Gleichzeitig ergibt sich Gelegenheit, die hierzulande verbreitete Glorifizierung preußisch-deutscher Geschichte zu korrigieren! Daß die Gegner der Arbeiterbewegung und ihres „sozialen Besitzstandes“ damals wie heute nicht zuletzt auch militaristisch-rüstungsgewinnlerische Züge annehmen, unterstreicht Charakter und Bedeutung dieser Auseinandersetzung heute.

Wir, Wilhelm, von Gottes Gnaden

Am 17. 11. 1881 verlas Bismarck im Deutschen Reichstag die zur „Kaiserlichen Botschaft“ hochstilisierte Thronrede zur Einrichtung von gesetzlichen Arbeiter-Versicherungen gegen die Folgen von Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter – damals national wie international durchaus ein sozialer Fortschritt!

Allenfalls naive Zeitgeister glaubten damals, Kaiser Wilhelm I habe plötzlich sein Herz für das arbeitende Volk entdeckt.

Schnell wurde klar, daß hier das nüchtern abwägende politische Kalkül seines Macht- und Geltungshungrigen Reichskanzlers, Preußischen Ministerpräsidenten und junkerlichen Großgrundbesitzer Fürst Otto von Bismarck die Feder geführt hat!

Fortsetzung derselben Politik mit anderen Mitteln

Die „Kaiserliche Botschaft“ selbst offenbart ihr gemeinsames Vorhaben integrativer Befriedung: In dieser Absicht wurde darin der junkerlich-großbürgerlichen Reichsregierung als Strategie im „Sozialen Kriege“ zwischen (Produktionsmittel-) „freien Lohnarbeitern“ und Unternehmern vorgeschlagen, ... die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich (! HK) im Wege der Repression ..., sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohls der Arbeiter zu suchen ...!

Bislang hatte man vonseiten der Obrigkeit „soziale Schäden“, soweit sie dort überhaupt beachtet wurden, mittels Einsatzes preußischen Militärs zu „courieren“ versucht (z.B. Schlesischer Weberaufstand 1844, „Hungerunruhen“ 1847, Bürgerlich-demokratische Revolution von 1848).

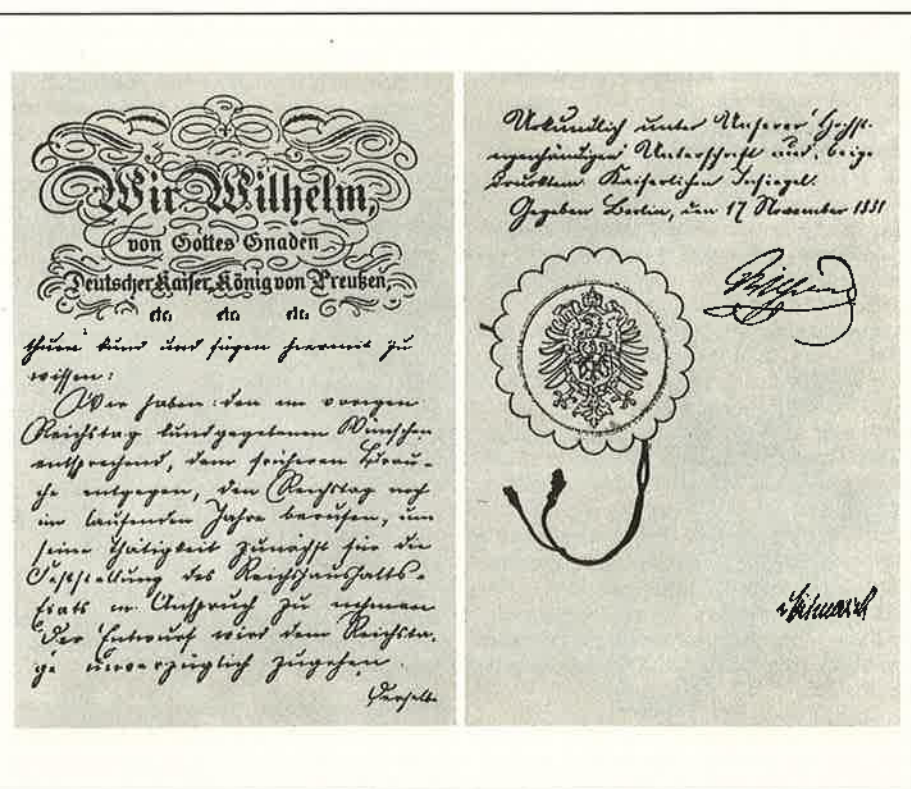
Jetzt, nach dem Höhepunkt der Industriellen Revolution in Deutschland (ca. 1850–70) waren in vielerlei Hinsicht völlig

neue Verhältnisse herangereift, die hier nur stichwortartig angedeutet werden können:

wirtschaftlich: rapid zunehmende Mechanisierung der Produktion (Dampfkraft, Fabriken), Konzentration von Produktion und Finanz-Kapital (Großbanken, Aktiengesellschaften); „blühender“ Industriekapitalismus mit Überproduktionskrisen, „Börsenkrach“ und „wirtschaftlichen Depressionen“; deutsche Zoll- und Markt-Einigung im Sinne „Revolution von oben“ (Bismarcks „Blut-und-Eisen-Politik“) hin zur Gründung des Deutschen Reiches im Ergebnis des Raubkrieges gegen Frankreich (1870/71); Monopolisierungs-Tendenzen.

sozial: massenhafte Proletarisierung von Handwerksgesellen und Kleinbauern, Kinderarbeit zur Ernährung der Arbeiterfamilien als Massenerscheinung, Verstädterung, Zerstörung von Zunftwesen und herkömmlichem Großfamilienverband; zunehmendes Massenelend durch Hunger, Wohnungsnot und Krankheit bei Massenarbeitslosigkeit!

politisch: Herausbildung der wirtschaftlichen, also auch politischen Macht und Vorherrschaft von junkerlichem und großbürgerlichem Unternehmertum. Andererseits trotz heftigster Unterdrückungsmaßnahmen und Elend zunehmende Stärkung und Vereinheitlichung der gewerkschaftlichen und politischen Arbeiterbewegung (nationale, später internationale Dachorganisationen), Streikbewegung, Gründung der Sozialistischen Arbeiterpartei Deutschlands (1875).





Der Goldregen. – „Wann kommen wir denn dran, Herr Kriegsminister? Sie könnten doch wohl nun genug haben“ (fragen Kunst, Wissenschaft und Commune). Der Kriegsminister: „Unsinn, meine Damen! Sie können wohl sagen, ich habe zuviel; aber genug ist Unsinn!“ –

Des angesichts dieser Verhältnisse stetig steigenden Drucks der jungen Arbeiterbewegung für ihre wirtschaftlichen und politischen Rechte gedachte sich die Reichsregierung per (Ausnahme-)„Gesetz gegen die gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie“ (Sozialistengesetz), 1878, zu entledigen. Zwei Attentate auf den „Alten Kaiser“ kamen Bismarck dazu gerade gelegen: er schob sie der Sozialdemokratie in die Schuhe.

Das Zuckerbrot zur Peitsche

Doch auch diesem Griff zur „Peitsche“ des „Sozialistengesetzes“ blieb der Erfolg versagt: Selbst bei den Reichstagswahlen Okt. 1881 zeigte sich der Einfluß der Sozialistischen Arbeiterpartei ungebrochen; den sozialdemokratisch orientierten Gewerkschaften gelang schon bald die erste Reorganisation.

In dieser Situation versuchte Bismarck die Arbeiter mit dem „Zuckerbrot“ seiner „Sozialgesetze“ abzuspeisen:

1883, Gesetz über d. Krankenversicherung; 1884, Unfallversicherungsgesetz; 1889, Invaliditäts- und Altersversicherung. (siehe Dokum.) Durch sie war dem Industriearbeiter erstmals (wenngleich sehr begrenzt) ein gesetzlicher Anspruch auf öffentliche Unterstützung im Falle von individuellen Notlagen gegeben.

Ursache und Wirkung

Davor hatten – gleichsam als „Modell“ für die Soziale Krankenversicherung – die Handwerksgesellen-Vereine in Selbsthilfe eigene „Unterstützungskassen“, und die Arbeitervereine selbstverwaltete „freie Hilfskassen“ – geschaffen. Bezüglich der Sozialversicherung gab 1884 Bismarck im Reichstag offen zu:

„Wenn es keine Sozialdemokratie gäbe und wenn sich nicht eine Menge vor ihr fürchteten, würden die mäßigen Fortschritte, die wir überhaupt in der Sozialreform bisher gemacht haben, auch nicht existieren“. Dem Unternehmer kam der bessere Gesundheitsschutz der Arbeiter gelegen,

da die komplizierteren Produktionsabläufe eine geringere Austauschbarkeit des einzelnen Arbeiters bei Krankheit zuließen.

Bismarck glaubte mit seinem „Staatssozialismus“ (?) nach innen wie außen besser gerüstet zu sein.

Arbeiterpolitik für eine qualifizierte Sozialversicherung

Für die organisierte Arbeiterschaft war unter den Bedingungen schärfster Verfolgung und dem gleichzeitigen „sozialen“ Entgegenkommen der Umgang mit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung nicht

sich auf die Notwendigkeit aktueller gesundheits- und sozialpolitischer Fortschritte auch im Sinne von Reformen zu besinnen, ohne weitergehende Ziele und Forderungen zu vergessen!

Bislang hatten die deutschen Sozialdemokraten Gesundheitsschutz für den Arbeiter vor allem über eine umfassende Arbeiterschutz-Gesetzgebung zu erlangen versucht (Arbeiterschutzgesetz-Entwurf 1877, 1885).

Bei ihrem nun folgenden Bemühen, auch die staatlich reglementierten Zwangskassen (Ortskrankenkassen) und Sozialversicherungen zu wirkungsvollen Einrichtungen



leicht. Zumal das Krankenversicherungsgesetz mit entsprechenden Zusatzgesetzen darauf angelegt war, die „Hilfskassen“ der Arbeitervereine, die einen – wichtiger organisatorischer Rückhalt gerade unter dem „Sozialistengesetz“ darstellten – zu zerschlagen! So erklärt sich, daß sich die sozialdemokratische Politik bezüglich Bismarcks „Sozialgesetzen“ zunächst in ablehnender Haltung darauf beschränkte, deren Unzulänglichkeit zu kritisieren und ihre beabsichtigte Funktion als Instrument staatlicher Beschwichtigung- und Ablenkungspolitik aufzuzeigen.

Nachdem das „Sozialistengesetz“ aufgehoben (1890) und Sozialdemokratie wie Gewerkschaften gestärkt aus der Illegalität hervorgegangen waren, gelang es ihnen,

gen der arbeitenden Bevölkerung zu machen, standen für Sozialisten und Gewerkschafter Forderungen im Vordergrund, wie sie heute noch in der BRD auf der Tagesordnung stehen und z.B. von der Industriegewerkschaft Metall aktualisiert werden:

Erweiterung des Versichertenkreises, Ausbau des Versicherten-Einflusses im Sinne der Selbstverwaltung, sowie Transparenz, Bürgernähe und Kostenwürdigkeit durch Vereinheitlichung (Einheitsversicherung).

(bitte zum Artikel die Sozialgesetzliche Chronik im Dokumental-Teil beachten!)

Helmut Koch

Genügt ein „Kreatives Nein“?

„Liebe Kolleginnen und Kollegen. Anfang Oktober findet in Hamburg der Gesundheitstag statt, der mit Sicherheit zum Antiärztetag werden wird. Ich habe deshalb die Einladung, dort an einer Podiumsdiskussion teilzunehmen, abgelehnt. Vielleicht ist es gar nicht nötig, aber ich wollte doch jedem von Ihnen sehr ernsthaft zu bedenken geben, ob es nicht berufspolitisch unvernünftig wäre, an einer Veranstaltung teilzunehmen, die von Linksideologen, Systemverändern und unverbesserlichen Träumern aufgezogen wird. Diese Mahnung geht wohl ganz besonders an die Adresse der Psychiater und ärztlichen Psychotherapeuten.“
Der Vorsitzende Dr. Schüttmann.

(Aus: Bundesverband Deutscher Nervenärzte, Rundschreiben 3/81)

Diese und ähnliche Reaktionen der Standsfürsten sind nicht neu. Die Palette der Kraftausdrücke gegen Veranstalter und Teilnehmer war in Berlin schon ausgeschöpft. Einzig der „Internist“ hat eine neue Qualität der Auseinandersetzung gefunden: Durch das Veröffentlichen einzelner Namen aus dem Aufruf bzw. Unterstützerkreis des 1. Gesundheitstages, sollen in unzweideutiger Absicht Exempel statuiert werden. Ich möchte ein Ergebnis vorwegnehmen: Ob dies gelingt, hängt davon ab, ob es die in Hamburg quantitativ und teilweise auch qualitativ erstrakte Gesundheitsbewegung schafft, durchzuhalten und einen zukunftsweisenden (anderen??) Rahmen zu finden um die inhaltlichen Differenzen in Ruhe auszutragen und gleichzeitig fortschrittliche Alternativen ins Werk zu setzen!

Für die, die nicht da sein konnten, ein paar Daten und Eindrücke: Sicherlich gut 15.000 Besucher, 556 Veranstaltungen. Alle Veranstaltungen fanden in den zentralen, eng beieinanderliegenden Ungebäuden statt: für Besucher sehr angenehm, jedoch auch sehr isoliert von der Bevölkerung; weit mehr Berufstätige als noch in Berlin – besonders auffällig: mehr Krankenpflegepersonal und Pflegeschüler(innen); auch der Kreis derer, die „behandelt wurden“ und jetzt selbst handeln wollen, ist deutlich gewachsen; die Organisation durch die Hamburger Gesundheitslädler war angesichts der unerwarteten Massen bewundernswert, wenn auch der Weg zu einigen durchaus politischen Entscheidungen im Dunkel blieb und dies allein mit „Streß“ sicher nicht begründet werden kann (siehe auch Kasten).

Die Atmosphäre insgesamt sehr freundschaftlich, mitgeprägt durch das schöne Wetter, das Wiederstreffen vieler, lieber Bekannter und den nicht wenigen Kindern.

Zum Inhalt: Das Programm bestach sicher nicht nur durch seine Fülle, sondern auch durch seine Unübersichtlichkeit, die durch die Unterteilung in 10 inhaltliche Bereiche (Unterdrückt und Abgeschoben – Gesundheit, Umwelt, Arbeitsplatz – Arbeit im Krankenhaus – Gesundheitsbewegung und Politik – Ambulante Versorgung und Stadtteilarbeit – Selbsthilfe und Widerstand – Wider die Psychiatrie – Alte und neue Heilsysteme – Geschäft mit der Gesundheit – Berufsbildung) kaum gebessert wurde. Die Aufteilung und die Aufzählung der z. T. über 100 Veranstaltungen pro Thema war offensichtlich völlig unsystematisch erfolgt. Um nicht mißverstanden zu werden: Gut und wichtig ist es gewesen, daß alle Initiativen und alle Leute Gelegenheit hatten, zu Wort zu kommen. Zum „Jahrmärkte der Möglichkeiten“ wurden die Gesundheitstage da, wo es nicht gelang (und ich vermute, es auch gar nicht gewollt war), durch organisatorische Maßnahmen strukturierend einzugreifen und sehr Wichtiges von weniger Wichtigem abzuheben.



Ich kann die Schwierigkeiten nachfühlen, die die Vorbereitungsgruppe hatte, sich nach einmal geplanter Schwerpunktsetzung – Selbsthilfe – von der aktuellen Macht einer Friedensbewegung oder einer Sozialabbauwelle überrollt zu sehen. In punkto Friedensdiskussion hat eine klare Schwerpunktsetzung durch die gute und weit beachtete Einführungsveranstaltung Erwartungen erfüllt. Auch bei den erfreulich zahlreichen Veranstaltungen zur Pflegeproblematik (Berufsbildung, Aus-, Weiterbildung) und zum Komplex „Geschäft mit der Gesundheit“, fiel es dem interessierten Programmleser relativ leicht, Schwerpunktdiskussionen ausfindig zu machen. Daß gerade bei den Themen Rü-

stungspolitik und Pharmageschäfte die Diskussion auch ein gutes Stück voranging, hat sicherlich einen wesentlichen Grund darin, daß hier eine fast übermächtig wirkende Lobby (Regierung, Rüstungsindustrie respektive Pharmakonzerne und Ständesvertreter) mit überwiegend bürokratischen Machtmitteln versucht ihre Politik gegenüber einer einleuchtend argumentierenden Basis durchzusetzen. Dies hat einen deutlichen Solidarisierungseffekt zur Folge. Kennzeichnend für die Diskussion ist, was der Psychoanalytiker H. E. Richter auf der Einführungsveranstaltung mit seinem „verbalen Handwerkszeug“ umschreibt, aber sicher nicht in erster Linie psychologisch erklärt werden kann: „Gestört sind nicht die Ängstlichen, die einen Kurswechsel der Politik verlangen, sondern jene, die eine Risikopolitik betreiben und dabei falsche Zuversicht zeigen“.

Daß während dieser Veranstaltung etwa 1300 Teilnehmer eine Erklärung an den Verteidigungsminister unterzeichneten, in der sie erklärten, die Teilnahme an allen Kriegsvorbereitungen zu verweigern und einer Dienstverpflichtung im Kriegsfalle nicht Folge leisten zu wollen, fand viel Beifall – ich hoffe, auch viele Nachahmer!

Die Wichtigkeit der Veranstaltungen zur Pflegeproblematik hat sich für mich nicht nur durch die hohen Teilnehmerzahlen dokumentiert; die Tatsachen, daß Krankenschwestern es wichtig fanden, ihre Erfahrungen aufzuschreiben (siehe folgender Artikel), daß ein Großteil der Teilnehmer an unserer Redaktionsdiskussion mit Lesern aus dem Pflegebereich kam, und daß wir allein unsere Gesundheitstags-Ausgabe mit dem Pflege Schwerpunkt gut 400mal verkaufen konnten, zeigt uns, daß es richtig war, dies in den Vordergrund zu stellen.

Die ÖTV hat, trotz der vielen Berührungsängste, die es hier gibt, gut daran getan, sich nicht – wie noch in Berlin – in letzter Minute mit plakativer Geste auf ein Podium zu schwingen, sondern mit eigenen Veranstaltungen wirklich teilzunehmen. Die so wichtige inhaltliche Diskussion über die Gegensätze der sich etablierenden Selbsthilfebewegung und der etablierten Gewerkschaft, fand leider nicht statt. Redner und Meinungsmacher auf diesen Veranstaltungen waren meist jene aktiven und engagierten Gewerkschafter, Betriebs- und Personalaräte, die über Intoleranz und Bürokratiekrusten ihrer Organisation genauso – und nicht weniger – verärgert waren, wie über die Selbstgefälligkeit vieler Selbsthelfer, die es nicht mal mehr schaffen, nur durch ein Knopfloch ihrer lila Latzhose den eigenen Stellenwert in der gesellschaftspolitischen Landschaft richtig einzuschätzen.

Nebeneinander statt miteinander

Dies halte ich auch insgesamt für einen der wesentlichsten Kritikpunkte an diesem Gesundheitstag: Die Chance zur inhaltlichen, politi-



SPIEL DIR DAS LIED VOM LEBEN



GESUNDHEITSTAG
HAMBURG 1981



GESUNDHEITSTAG
HAMBURG 1981



GESUNDHEITSTAG
HAMBURG 1981



GESUNDHEITSTAG
HAMBURG 1981



GESUNDHEITSTAG
HAMBURG 1981

schen Diskussion über die wesentlichen, trennenden Fragen zwischen den verschiedenen Strömungen wurde schlicht vertan. Die „Unstruktur“ der Veranstaltungen, daß Fehlen zentraler Diskussionsforen, gerade über die heilen Themen, führte dazu, daß jeder 4. Tag in seiner vorgeprägten Vorstellungswelt verbleiben konnte, ohne mit anderen Ideen nur einmal in Berührung zu kommen.

Dieses Manko sah auch die Vorbereitungsgruppe, wenn sie schreibt:

„Auf kritische Fragen wie: „Was ist denn nun eigentlich die politische Ausrichtung des Gesundheitstages“ oder „wie würden Sie das Kostenproblem im Gesundheitswesen angehen?“ oder „Fordern Sie den Austritt der BRD aus der NATO?“ oder „Muß das Gesundheitswesen verstaatlicht werden?“ oder „Sind Selbsthilfegruppen der Hauptgegner des Gesundheitstages?“ – auf solche Fragen würde wahrscheinlich jeder eine andere Antwort geben, und jeder hätte mit dem, was er sagte, keinen Rückhalt in der Vorbereitungsgruppe, ... (GAM Nr. 5)

Spätestens hier müßte auch klar geworden sein, daß es die **Gesundheitsbewegung** nicht gibt, solange nicht eine nur ansatzweise erklärbare richtungsweisende und zumindest in Grundsatzfragen einheitliche Strategie zur Veränderung des Gesundheitswesens in der BRD existiert. „Der herrschenden Medizin ein kreatives Nein entgegenzusetzen“, wie die Vorbereitungsgruppe ihren wohl kleinsten gemeinsamen Nenner definierte, mag für zwei Gesundheitstage gereicht haben. Bedrohlich wird es für die Herrschenden erst dann, wenn es gelingt, aus dem Wirrwarr von Yoga, Gesundheitsläden, Strukturreformen, Gruppenpraxen, spiritueller Psychologie, AKW-, Friedensbewegung, Gewerkschaftsarbeit und Selbsthilfe (und vielem mehr) ein positives Konzept für die langfristige politische Arbeit zu kristallisieren, für das sich eine Mehrheit der Erwerbstätigen – und die finanzieren ja schließlich über die Kassenbeiträge und Steuern unser Gesundheitswesen – einzusetzen bereit ist!

Meinen zweiten, wesentlichen Kritikpunkt fand ich in einem Bericht zweier Teilnehmer aus Italien (s.a. TAZ, 5. 10. 1981) wieder:

„Wir sind daran gewöhnt, unsere Strategie und Organisation an der Lebensqualität der Ärmsten und Miserabelsten zu messen. Wir fragen uns, ob dieses Problem tatsächlich der Ausgangspunkt für die Arbeit aller ist, die zum Gesundheitstag gekommen sind“.

Mir fiel hier spontan der „Alternative“ ein, der – „In der Rockerkluft von Etienne Aigner“, – vom Podium unwidersprochen, in einer großen Veranstaltung verkündete, daß das Sozialversicherungssystem abgeschafft werden müsse, weil es die Entstehung von Selbsthilfeeinrichtungen

blockiere. Hier wäre zweifelsohne eine Grundsatzdiskussion am Platze gewesen. Wir alle haben sie nicht geführt: weder zur Frage des Sozialabbaues, in der Krankenversicherung oder in der Rentenversorgung noch zur Kostendämpfung. Die Grundsatzfragen der Gesundheitsökonomie hatten diesmal kein Forum.

Was bleibt?

Erstaunlich treffend umschreibt die Kommentatorin der „Frankfurter Allgemeinen“ Gegensätze:

„In der Tat war es überall dort brechend voll, wo es etwa um die seelische und die soziale Lage Krebskranker ging, um die schwierige Beziehung zwischen Behinderten und deren hilflosen Helfern, um den Kampf der ‚Grauen Panther‘ gegen Mißstände in Altenheimen. Man weiß dieses Engagement zu würdigen, wenn man oft genug auf ‚normalen‘ medizinischen Kongressen die gähnende Leere bei Themen wie Rehabilitation Behindertener, Geriatrie oder psychische Situation chronisch Kranker erlebt hat“.

Wir haben es erreicht, daß selbst in dieser Zeitung die herrschende Medizin gegenüber der Gesundheitstagsbewegung an Boden verloren hat. Die Frage nach dem „Warum?“ wäre sicher nicht mehr durchgegangen. Hier auf aber eine Antwort zu finden, wäre meiner Meinung nach der erste Schritt, den wir zusammen gehen müßten, **ehe wir in die Strategiediskussion ein-**

steigen. Was bleibt, ist die Erkenntnis vieler, mit denen ich gesprochen habe, daß die anstehenden Fragen auf einer jährlichen Mammutveranstaltung nicht gelöst werden können. Regionale Gesundheitstage und kontinuierlichere Arbeitsgruppen müßten sich anbieten. Ein bundesweiter Gesundheitstag – etwa in 2 oder 3jährlichem Abstand – sollte jedoch nicht ausgeklammert werden.

Was in der Diskussion bleibt ist der Vorschlag des Gesundheitslades Berlin, auf der Abschlußveranstaltung und in der letzten Gesundheitstagszeitung von Ellis Huber formuliert, nach Aufbau eines „Netzwerkes Gesundheit“.

Es bleibt abzuwarten, ob sich auf die vielen unbearbeiteten Grundsatzfragen Antworten finden lassen, die geeignet sind, die Breite einer – wenn auch uneinheitlichen – Gesundheitsbewegung zu erhalten. Sind Antworten gefunden, so stellt sich für mich die Frage, ob sie gegen die herkömmlichen Strukturen durch die Neuschaffung einer „zentralen politischen Organisation“ mit „dezentraler Entscheidungskompetenz und Autonomie“ (Huber in GAM Nr. 5) zum Tragen gebracht werden können – einer Organisation, die sich in ihrer tagtäglichen Arbeit wird fragen lassen müssen, ob tatsächlich die Lebensqualität der Ärmsten der Ausgangspunkt ihrer Arbeit ist und ob sie in der Lage ist, mittelfristig für mehr als nur einen Bruchteil der Bevölkerung zugänglich zu sein.

Ulli Raupp ■

Politik durch „Streß“

„Euch haben die aber ganz schön abgeschoben, ihr gehört doch eigentlich neben uns, ins Audimax“, bemerkten Redakteurkollegen vom „Dr. med. Mabuse“, die uns in der Phil-Turm-Ecke auf dem Gesundheitstag aufgespürt hatten. In der Tat hatte DG mit einigen „organisatorischen Schwierigkeiten“ zu kämpfen, über die sich andere nicht zu sorgen brauchten. Es begann mit dem Gesundheitstagsprogramm: Bereits Ende Juni fragte ich wegen der Inseratbedingungen an – keine Antwort. Mitte August telephonierte ich erneut – Auskunft: leider ist das verschlampt worden, versteht' bitte, der Streß; das Programm ist aber jetzt schon voll, kein Platz mehr – auf jeden Fall kommt eure Anzeige in die Gesundheitstagszeitung.

Anfang September kommt das Programm:

Die Innenseiten des Deckblattes sind unbedruckt, die Seiten 444 und 445 sind leer (Streß?). Die Gesundheitstagszeitung erscheint 5mal. Eine Anzeige der „Neuen“ ist drin – wir nicht (viel Streß?).

Ende Juni hatte ich auch eine Ausstellung mit Graphiken von Christian, unserem Zeichner, angemeldet. Dazu hatte ich Stelltafeln beantragt mit der Bitte, uns Bescheid zu geben, falls das nicht klappt – keine Nachricht. Mitte August rufe ich an: alles klar, geht in Ordnung. Ende August: schriftliche Bestätigung. Wir kommen an mit der Ausstellung: Tut uns leid, kein Platz da, keine Stelltafeln da, die Anmeldung ist nicht zum Verantwortlichen durchgekommen – viel zu viel Streß! Unbürokratisch bekommen wir noch einen Platz in der Ecke des



Erfahrungsbericht vom Gesundheitstag 1981, Hamburg

Wir, eine Gruppe von Krankenschwestern und einer Dipl.-Sozialwirtin (ehem. Krankenschwester), möchten vom Gesundheitstag berichten, d.h. unsere Erfahrungen aus den Arbeitsgruppen weitergeben. Wir haben dort als Gruppe unter dem Thema „Arbeitsplatz Krankenhaus – Versuch, männliche und weibliche Arbeitsplätze näher zu bestimmen“ eine Veranstaltung während der ganzen Gesundheitstage gehalten.

Die Motivation, uns aktiv am Gesundheitstag zu beteiligen, entstand zum einen aus dem allgemeinen Bedürfnis, die Pflege kranker Menschen mehr ins Bewußtsein der Pflegenden zu rücken, und zum anderen aus der Erfahrung des vergangenen Gesundheitstages in Berlin, wo unserer Meinung nach die Probleme in der Pflege zu kurz gekommen sind. Dies auch deshalb, weil die meisten Veranstaltungen von Akademikern bestritten wurden, die einen anderen Problemgegenstand als die Pflege zum Thema gehabt haben. Um aber die Situation im Pflegebereich, d.h. für die Pflegenden zu verbessern ist es unseres Erachtens notwendig, eigene Initiativen zu entwickeln. Aus diesem Grund haben wir zu dem oben genannten Thema ein Referat gehalten und im Anschluß daran Arbeitsgruppen gebildet. In diesen sind die Hauptgedanken unseres Referats weiter erörtert und diskutiert worden. Vorweg kurz die zentralen Gedanken des Referats:

– Um den „Arbeitsplatz Krankenhaus“ zu begreifen, ist es erforderlich, die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu kennen, welche das Handeln der Beschäftigten bestimmen und beeinflussen. Die Gesetze zur Bekämpfung der Kostenexplosion im Gesundheitswesen wie z.B. das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und das Krankenversicherungskosten-dämpfungsgesetz (KVKG), wirken sich einschneidend auf die Personalsituation aus. Besonders davon betroffen ist das Pflegepersonal, bei dem auf der einen Seite Stellen gestrichen werden und auf der anderen Seite von einem Fehlbedarf zwischen 20.000 und 30.000 Schwestern und Pflegern gesprochen wird. Aus diesem Mißverhältnis ergibt sich eine ständig anhaltende Überbelastung des vorhandenen Personals, was zu hohem Krankheitsausfall, Flucht aus dem Beruf und steigender Arbeitsunzufriedenheit führt.

Angeichts dieser Situation stellte sich uns die Frage, was von den Betroffenen zur Verbesserung ihrer Lage unternommen wurde und wird.

Wir wollten feststellen, ob das Nichtverbessern der Berufssituation mit der Tatsache im Zusammenhang steht, daß die Krankenpflege überwiegend ein Frauenberuf ist. Die Geschichte zeigt, daß die Krankenpflege sich erst mit Beginn der Industrialisierung zu einem Frauenberuf entwickelt hat. Mit der dadurch beding-

ten Trennung von Privat- und Arbeitssphäre ist die geschlechtliche Arbeitsteilung einhergegangen, die u. a. das Anknüpfen an die sogenannten weiblichen Eigenschaften in Bezug auf die Pflege kranker Menschen nahe gelegt hat. Denn das Vorhandensein der Krankenschwester als rechte Hand, treue Verbündete und Helferin des Arztes wurde zunehmend erforderlich nachdem der Arzt sich immer mehr auf wissenschaftlicher Basis mit der Krankheit auseinandergesetzt hat.

– Ist die von den Schwestern häufig erwähnte

Motivation (Menschen helfen zu wollen) identisch mit der Realität des Alltags am Arbeitsplatz?

In den Arbeitsgruppen wollten wir diesen Problemen näher kommen. Eine AG befaßte sich mit dem Thema „Bewußtsein zur Arbeit“ und „Bewältigungsformen in der Arbeit“. Die andere AG setzte sich mit dem Thema „Sexistische Sprache/Verhalten und Körpersprache am Arbeitsplatz“ auseinander.



GESUNDHEITSTAG '81

30.9 - 4.10
HAMBURG



GESUNDHEITSTAG '81

30.9 - 4.10
HAMBURG



Hier die Ergebnisse der ersten AG stichwortartig zusammengefaßt:

– Wir haben festgestellt, daß vieles an Informationen fehlt, warum sich etwas so oder so verhält. Die Probleme werden von den Einzelnen angesprochen, doch die Ursachen und Zusammenhänge werden nicht gesehen oder verdrängt.

– Auf den Stationen fehlt häufig das Bewußtsein, das Veränderung erst möglich macht. Die Gespräche arten aus in Tratsch. Oder aber es wird erkannt, was im Argen liegt; nur es wird an bestimmten Punkten festgemacht wie Arbeitsbelastung, mangelnde Zeit etc. . . Die Lösung der Probleme werden an den großen „Wasserkopf“ abgeschoben.

– Die Schwestern sehen sich in erster Linie als Schwester und nicht als Frau in der heutigen Gesellschaft. Eine Teilnehmerin stellt dieses Problem folgendermaßen dar: „Wo soll ich denn anfangen, wenn ich erst bei der Rolle der Frau beginnen muß, um die Situation auf Station zu verändern?“

– Ein Identitätsverlust hat stattgefunden infolge ständiger Arbeitsverweigerung und Arbeitsüberlastung durch die verkürzte Verweildauer der Patienten. Die Arbeit des Pflegepersonals besteht z. B. in der Vor-, Zu- und Nachbereitung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen, so daß kaum Zeit für die „eigentliche“ Pflege verbleibt.

– Die Berufsbezeichnung „Krankenschwester“ oder „Krankenpfleger“ ist gesetzlich geschützt, die Tätigkeiten derselben nicht. Das führt zu Fremdbestimmung und Unzufriedenheit am Arbeitsplatz.

– Es besteht die Tendenz, die Schuld für die Misere in der Krankenpflege bei anderen zu suchen, was letztlich zu ständigen Frustrationen führt.

– Eine Teilnehmerin berichtete von ihren positiven Erfahrungen, Pflege transparent zu machen anhand von Pflegedokumentationen. Dadurch kann die Notwendigkeit von Pflegemaßnahmen verdeutlicht und bewiesen werden.

Die Ergebnisse der zweiten AG in Stichworten: In der AG bestand zu Anfang die Schwierigkeit, das Thema offen anzugehen, obwohl alle es sich selbst ausgesucht hatten. Um den Einstieg zu bekommen, wurde der Begriff „Sexismus“ definiert. Der Begriff „Sexismus“ wurde nicht zufällig in Anlehnung an den Begriff „Rassismus“ geprägt. Analog dazu könnte man den Begriff Sexismus als den Glauben an die Höherwertigkeit des männlichen und die Minderwertigkeit des weiblichen Geschlechts bezeichnen (vgl. Herrad Schenk, 1979, S. 129).

– Wir haben festgestellt, daß das Thema „Sexualität“ ein Tabu im Krankenhaus ist. Es wird nur in versteckter Form angesprochen, wie z. B.

in Sprüche klopfen und Witze machen, wodurch dann Assoziationen frei werden. Zuckerbrot und Peitsche heißt: „Anschnauzen, warum ist jenes oder dieses (Laborbefunde) nicht fertig. Schwester hier und Schwester da. Zuckerbrot äußert sich darin, daß nicht sachlich auf die Peitsche eingegangen wird, sondern: „Sie sehen heute aber toll aus.“ „Ihr Parfüm riecht so gut“. etc. . .

Flirt, Sexualität kann die Funktion haben, Konflikte zuzudecken.

– Weiter drückt sich das Ganze in Mimik, Gestik, Körperhaltung und Kleidung aus. Die Schwestern fördern dadurch das Verhalten des männlichen Personals. **Beispiel:** Kleidung, durchsichtige und zu kurze Kittel. Der Mann taktiert die Figur der Schwester und guckt, ob sie BH trägt oder nicht.

Weiteres Beispiel: Arzt zieht sich am OP-Tisch

Schuh aus und streift mit dem Fuß das Bein der Schwester.

In dieser Form haben wir viele Beispiele aus unserer täglichen Krankenhauspraxis gefunden.

Ein zentraler Punkt ist unserer Meinung nach, daß die Schwester als Frau immer noch die Gebende und der Arzt/Pfleger der Nehmende ist. So werden die „hausarbeitsnahen“ Tätigkeiten auf der Station in der Regel den Frauen/Schwestern überlassen mit der Begründung, daß dies Frauensache sei.

Als gemeinsames Ergebnis beider AG's auf dem Gesundheitstag ist der Wunsch zu sehen, sich weiterhin zu treffen, um die angerissenen Themen zu vertiefen und um im Erfahrungsaustausch zu bleiben.

Doris Prinz, Doris Rudolph, Ingrid Preuß, Gudrun Bubbers, Maria Mischo

DAS ALLERLETZTE

Berufsverband Deutscher

Internisten

BDI e.V.

Der Präsident

Zum Rundschreiben
Nr. 14/81

Deutschlands Gesundheitswesen ist zweifellos kein dirigistisches Experimentierfeld. Wenigstens ein Teil der Beteiligten wird auch sicher mit härtesten Maßnahmen frühzeitig auf entsprechende Versuche einer solchen Änderung reagieren.

Die Tatsache, daß man solchen Änderungswünschen ins Auge sehen muß, ergibt sich nicht zuletzt schon aus der sozialistisch-kommunistischen Einkreisung der Bundesrepublik. Dazu gehören die revolutionsartigen Aufstände in England, aber auch teilweise bereits in der Bundesrepublik, die Wahl der Volksfront in Frankreich, in der laut Ministerpräsident Fiermann "absolut kommunistische Politik gemacht werden soll". Beim neuen italienischen Ministerpräsidenten kann man die Zeit absehen, wann die Christdemokraten aus der Regierung sind und er die Kommunisten in die Regierung holen muß, Spanien und Portugal sind labile Länder mit sozialistischen Tendenzen. Skandinavien und die Beneluxstaaten haben bereits Linkstendenzen, die auf uns übergreifen.

Wenn die F.D.P.-SPD-Koalition auch nach dem Verschleiß ihrer maßgebenden Männer bestehen bleiben soll, könnte der nächste deutsche Bundeskanzler wieder Brandt heißen, der ebenfalls die Experimente einer linken Medizinspolitik aus dem ursprünglichen Beispiel Berlin per Anschauungsunterricht genossen hat. Die beiden Politiker, die ihn damals für sein Verbleiben bei der Spionageaffäre Guillaume im Weg standen, stehen seiner Rückkehr wahrscheinlich auch jetzt noch im Weg, dürften aber nach den Belastungen mit der Kostendämpfung allmählich so amtsüme sein, daß die neue Konstellation mit sanfterm Druck von russischer Seite und auch von der DDR wieder aufgehen könnte.

In der Gesundheitspolitik werden die Anfänge jetzt verhandelt. Wir können daher nur an weitsichtige Politiker appellieren, den Weg in den staatsreformatorischen Kommunismus zu verhindern.

(Dr. Frank-Schmidt)

KONGRESS BERICHTE

Eindrücke vom großen Geschäft: WORLD RADIOLOGY EXPO 24.6.–30.6. 1981 in Brüssel

Es kam sicherlich nicht von ungefähr, daß für die diesjährige Weltausstellung der medizinischen Geräteindustrie Brüssel ausgesucht wurde, eine Stadt, die sich als Sitz der NATO und der EURATOM bereits einen Namen gemacht hat. Europäische und bundesdeutsche Konzerne spielen nach den USA eine zunehmende Rolle bei diesen Geschäften.

Gleich vorne in Halle 7 wird mir erklärt, was hier Sache ist: „Vorne haben die Großen ausgestellt, die etwas zu sagen haben, hinten finden Sie die kleinen Firmen und den Ostblock (verächtlich)“. Die Großen, das sind: General Electric (USA), Philips Medical System (USA, HOLLAND, BRD), Siemens AG (BRD), CGR (Frankreich, Belgien, Luxemburg) und Toshiba (JAPAN). Rechtzeitig zur Messe hat sich „die viertgrößte medizintechnische Gesellschaft“ zusammenmonopolisiert: PICKER INTERNATIONAL. Was verspricht der neue Riese? „Das Ziel dieser neuen Gesellschaft ist industrielle Führung im Interesse der Kunden und der Gesundheitsindustrie durch Entwicklung und Produktion höchster technologischer Produkte, durch intelligenten Verkauf, schnellen Service und ein weltweites Verteilernetz ...“.



Brüssel, Messegelände, Halle 7

Wer in diesem Geschäft oben bleiben will, muß nicht nur die Sprache, sondern auch die Gesetze der Konkurrenz kennen: so kaufte beispielsweise CGR eine technische Neuheit von Philips und brachte sie, mit typisch französi-

schen Raffinissen versehen, preisgünstiger auf den Markt. Woher wissen wir das? Philips hat sich ein Gerät gekauft und nachgesehen.

Zunächst lädt man uns zum Kaffee ein. Was wir uns ansehen wollen? Freie Auswahl: Computertomographie (CT), Digital Vascular Imaging (DVI), Nuclear Magnetic Resonance (NMR), computergestützte Verfahren der Bestrahlungsplanung, Ultraschallgeräte, nuklearmedizinische Geräte, elektronische Patientenüberwachungsanlagen, Linearbeschleuniger und und und. Das Angebot scheint schier unübersehbar. Bald zeigt es sich, daß die großen Konzerne alle Verfahren, nur unter anderem Namen und Design anbieten. Über Preise spricht man hier gewöhnlich noch nicht. Wer näheres Kaufinteresse bekundet, wird in eines der vorzüglichen Luxusrestaurants in Brüssel City verfrachtet, wo sich bei Hummer, Kaviar, Wein und Sekt selbst die dicksten Preise schlucken lassen.

Das Geschäft mit der Computertomographie (CT) hat sich zwar etwas beruhigt, ist aber noch ständig steigend. International wird allein im nächsten Jahr ein Absatz von 300 bis 400 Geräten zu einem Stückpreis von 1–2 Mio. DM erwartet, nachdem die 1976 erlassenen strengen staatlichen Bestimmungen gelockert worden sind. Die medizinisch-elektrotechnische Industrie hat Überkapazitäten. Schon ein Drittel der ehemals 18 Anbieter für CT-Geräte ist aus dem Geschäft ausgestiegen. Von den 11 aktiven Konzernen verbuchen General Electric (GE), Siemens AG und Philips Medical System über 70 % der Aufträge. „Es werden nur diese drei und vielleicht noch ein Japaner übrigbleiben“. Für die Verkaufsoffensive in Europa hat sich die GE ein schlagkräftiges Instrument zugelegt: sie kaufte für 37,5 Millionen Dollar den Bereich Scanner von der britischen EMI Ltd. London. Philips übernahm vom Pleitegang des ehemaligen Marktführers für CT-Geräte EMI den Bereich Forschung samt Nobelpreisträger Hounsfield. Die Siemens AG ist erst seit etwa drei Jahren intensiv an der Verkaufsfront in den USA. Bis dahin hatte sie die eigenen Entwicklungen auf Hochtouren laufen lassen und ihren Markt mit dem Verkauf von Geräten der Ohio Nuclear Corporation vorbereitet. Für den amerikanischen Markt hat sich Siemens viel vorgenommen: „Wir hoffen in fünf Jahren jeden vierten Scanner zu verkaufen“. Dieser Marktanteil muß über einen harten Verdrängungswettbewerb erreicht werden. „Wir erwarten, daß der Markt jährlich um 5 % steigen wird. Auf lange Sicht dürften die Investitionsentscheidungen auch von Krankenhäusern sicherlich konjunkturabhängig werden ...“. Die Ursache für die der-

zeit knappen Verkaufsbedingungen werden in den allerorts gestiegenen Kosten im Gesundheitswesen gesehen. „Die haben gerade bei den Scanner rigoros den Rotstift angesetzt, von einem profitablen Geschäft kann da wohl nicht gesprochen werden.“

An den Ultraschall-Ständen tänzeln hübsche Hostessen herum. In die geschäftige Männerwelt kommt Bewegung. Die Damen tragen Kleider aus dem Feinsten. Wenn sich genügend Schaulustige versammelt haben, legt sich eine bäuchlings auf den Untersuchungstisch und läßt ihre begehnten Körperteile vom Compound-Sonographen durchschallen. Noch aber ist das



graue Bild auf dem Schirm im Vergleich zum realen Objekt enttäuschend ungenau ... Diese Art von Werbung gibt es an allen Ständen. Schon beim drittenmal wird es langweilig. Der Hinweis aber, daß die Sonographie oftmals billiger, effektiver und risikoloser ist als die Computertomographie, findet sich nirgendwo.

Bei den Japanern kommt technische Faszination auf: eine in alle Richtungen des Raumes schwenkbare Röntgenmaschine, auf der der Patient festgeschnallt wird, gehorcht dem leisen Hebeldruck des Schaltpultes. Lautlos bewegt sich das schwere Gerät in seltsamsten Positionen. Sogar der Kopfstand des Patienten ist vorprogrammiert. Man versichert uns in gebrochenem Englisch: das Gerät sei 300.000 DM billiger als vergleichbare europäische Produkte.

KONGRESS BERICHTE

Philips bietet ein computergesteuertes Gerät zur intravenösen Kontrastmittelangiographie an: Digitale Videosubtraktionsangiographie oder Digital Vascular Imaging (DVI). Wer das geheimnisvolle Gerät näher kennenlernen möchte, erfährt: „Die Handhabung ist leicht erlernbar und der ärztlichen Mentalität angepaßt. Spezielle Kenntnisse aus der Datenverarbeitung sind nicht erforderlich“. Man kann also leicht aufatmen. Auch wenn man das Gerät nicht versteht – anwenden kann man es. Allerdings muß man etwa 650.000 DM (vertrauliche Information) aufbringen. „DVI trägt wesentlich zur Einsparung von Kosten bei. Die Untersuchung kann ambulant erfolgen und erweitert die Möglichkeiten der angiographischen Untersuchung von Risikopatienten“. Eine ambulante Screening-Methode, mit der Gefäßkrankheiten am ganzen Körper vorsorglich erfaßt werden können? Nach der CT „für die Krebsdiagnose“ kommt jetzt die DVI „für die Früherkennung der Arteriosklerose“ in Sicht. Und nachdem die finanziellen Ressourcen der Krankenhäuser zunehmend erschöpft sind, weichen die Konzerne auf den ambulanten Sektor aus.

Ein Manager einer großen amerikanischen Firma ließ die Katze aus dem Sack: „Medizin-



tal imaging company.

technische Neuheiten wie DVI und NMR sollen in den 80er Jahren das CT-Geschäft der 70er Jahre ablösen“. Die totale ambulante Durchuntersuchung der Bevölkerung steht nach den Plänen und Strategien der marktbeherrschenden Unternehmen auf der Tagesordnung (Abb. 3). Anwendungsgebiete und Absatzmärkte werden auch dort geschaffen, wo es eigentlich keine medizinische Notwendigkeit gibt, geschweige denn eine Bedarfsplanung. Nicht der Arzt oder die medizinische Wissenschaft bestimmen, welche Medizin und welche Diagnostik eingeführt wird, sondern die mit dem übrigen Medizinbetrieb zu einem medizinisch-industriellen Komplex verflochtene Apparate- und Geräteindustrie.

Andreas Zieger, Oldenburg

Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich – seit dem 7. August 1981 ist diese Ausstellung in dem Kölner Rautenstrauch – Jost Museum zu sehen.

Handel, weltumspannende Nachrichtensysteme und Massentourismus bringen auch die Bevölkerung der BRD in Kontakt mit Rausch und Genußmitteln unterschiedlicher Gesellschaften, ihren Traditionen, Riten und Gebräuchen im Umgang mit Drogen. Den wachsenden Drogenproblemen hier stehen die offiziellen sozialpolitischen und gesundheitspolitischen Einrichtungen oft hilflos gegenüber. (Alkoholismus, Nikotinabusus, Tablettenabhängigkeit großer Teile der Bevölkerung) Das Informationsdefizit über die Hintergründe, Wirkungen und Gefahren von Drogen soll durch diese Ausstellung verringert werden. Drogen wird hier verstanden als Begriff für alle Substanzen, deren Einnahme Veränderungen der Bewußtseinslage und des Gefühls bewirkt. Drogenkonsum als religiöse Kult-handlung, als konventionelle Zeremonie, als Protesthandlung oder als Ausdruck individueller Verzweiflung; diese und weitere Fragenkomplexe werden in der Ausstellung thematisiert. In großen Schrifttafeln, Bildern und Zeichnungen erfährt man weitgehend unbekannte Tatsachen aus der Geschichte der bei uns üblichen Massendrogen, Kaffee, Tee, Nikotin und Alkohol.

Die ersten Kaffeehäuser galten überall in Europa als Brutstätten krimineller Energie, als Hort für Umstürzler aller Art. Mit großem administrativem Aufwand wurden diese bekämpft. Aber weder Verbote noch drakonische Verfolgungen konnten die Ausbreitung dieses Genußmittels aufhalten. Das junge, geschäftstüchtige Bürgertum schätzte die belebende Wirkung dieses Getränkes; bald galt es als typisch bürgerlich und wurde bei Handelsabkommen, Vertragsabschlüssen und Konferenzen gereicht.

Die Sucht nach Tee war Anlaß für Englands Opiumkriege, außerdem beteiligt, daß bis vor kurzem Millionen Chinesen opiumsüchtig verarmt dahinvegetierten.

Suchtmittel, deren Konsum früher eingebunden war in gesellschaftliche Gebräuche, in bestimmte Anlässe, in sozial legitimierte Konventionen, werden heute besinnungslos im Alltag verkonsumiert. Der Wohnzimmertisch mit der Bierflasche und dem mit Zigarettenstummeln gefüllten Aschenbecher zeugt davon. Rauchen im Rauchersalon und Smoking früher, jetzt der Kettenraucher im Arbeitsstreß etc.

Wichtig ist auch die Unterscheidung zwischen gesellschaftlich legitimierten Drogen (Tabletten, Nikotin, Alkohol) und den anderen Rauschmitteln, deren Genuß verfolgt und geahndet wird und als Merkmal ausgeflippter krimineller Mindeheiten gilt. Der lallende Betrunkene, der auf die Haschischrauchende Jugend flucht.

Einen Eindruck gewinnt man auch von der immensen ökonomischen Bedeutung der Drogenindustrie und ihren Attributen, beispielsweise Trinkgefäß-Behälter-Pfeifen-Aschenbecher-



Verpackungsgewerbe etc. Das Wirtschaftsgefüge ganzer Staaten, damit die Existenz von Millionen Menschen basiert auf dem Drogengeschäft. Z.B. der weltweite Heroinhandel, gesteuert von internationalen Gangstersyndikaten. Privatarmeen schützen riesige Mohnanbauflächen. Die Mohnbauern des Hochlandes im Norden von Burma-Laos und Thailand, genannt das goldene Dreieck, produzieren heute 450–1000 Tonnen Rohopium jährlich. Traurige Berühmtheit hat die Kokainmafia in den Andenstaaten erreicht, die mit dem illegalen Kokainhandel gigantische Geschäfte machen. Diese Aspekte des Drogenproblems werden dem Betrachter nahe gebracht.

Das Rauscherlebnis an sich, die Suchtursachen, die sozialen Mechanismen hier, die in die Abhängigkeit treiben, die Möglichkeiten frei zu kommen werden nur am Rande gestreift. Auch sind zum Teil romantisierende Verzerrungen zu beobachten. Im Treppenhaus hängt eine Fotogalerie bedeutender Schriftsteller, Dichter und Philosophen, die drogenabhängig waren. Der Eindruck drängt sich auf als sei der Drogenkonsum die Quelle großer Leistungen, das Klischee der den Drogen verfallenen Genies.

Insgesamt ist der Besuch dieser Ausstellung sehr zu empfehlen und erfreulicherweise lockt sie auch zahlreiche Besucherströme an, ein seltener Anblick in den weiten Hallen des Völkerkundemuseums. Sehr gelungen erscheint mir auch der Katalog, bestehend aus zwei sehr umfangreichen Materialbänden zu den angesprochenen Problemkomplexen. Preis zusammen 49,- DM.

Ingo v. Conta

DIE ÜBERLEBENDEN WERDEN DIE TOTEN BENEIDEN



Medizinischer Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges vom 19.–20. September 1981 in Hamburg

Die Teilnehmerzahl des Kongresses übertraf alle Erwartungen. Mehr als 1.600 Gäste waren gekommen, in der Mehrzahl Ärzte. Eingeladen hatten Ärzteinitiativen aus Hamburg, Berlin und München sowie Einzelunterstützer aus mehreren Städten. Zuvor war am Antikriegstag, dem 1. September 1981 ein Aufruf „Ärzte warnen vor dem Atomkrieg“ als Anzeige in mehreren Tageszeitungen veröffentlicht worden, so in der Süddeutschen Zeitung, der Hamburger Morgenpost, im Berliner Tagespiegel und der Tageszeitung (taz). Dazu kam noch einige Tage später das Deutsche Ärzteblatt, dessen Anzeige allein 9.000 DM kostete. Unterstützt und finanziert wurden diese Anzeigen von zunächst 1.400 Ärzten, später wuchs die Zahl der Unterstützer auf über 2.000.

Schon vor Beginn wirbelte der Kongreß publizistischen Staub auf. So wütete „Zeit“-Verleger Gerd Bucerius gegen den Kongreß: „Man kann den Vorwurf nicht hinnehmen, daß die verantwortliche Regierung – Schmidt, Apel, Genscher und die ganze Opposition – „bedenkenlos menschliche und ärztliche Grundsätze aufgegeben haben.“ Bedenkenlos heißt: vorsätzlich und mit kalter Gleichgültigkeit gegen die Folgen. Dabei weiß jedermann, daß sich die Regierenden genauso unter der Drohung des atomaren Untergangs krümmen wie Bastian und die Ärzte, die ihm folgen. Eine Bergpredigt wahrlich wird da nicht verkündigt. Haß wird gesät, und der ist wenig hilfreich.“ (Die Zeit: Nr. 39, 18. Sept. 1981) Nach dem Kongreß atmete Bucerius in der Zeit (Nr. 40, 25. 9. 1981) hörbar auf: „So verlief denn alles anders als nach den reißerischen Anzeigen anzunehmen war. So leisten diese jungen Ärzte uns allen einen Dienst. Denn es ist fast mathematisch sicher, daß das atomare Gleichgewicht einmal entgleisen muß – in zehn oder in tausend Jahren.“

Der Kongreß stand unter der Losung: „Die Überlebenden werden die Toten beneiden“ und dies wurde in den Vorträgen mehr als deutlich. Einer der Referenten, der Arzt und Biophysiker Walfried Linden, zehn Jahre lang Mitglied der Zivilschutzkommission des Bundesinnenministeriums, hatte aus der Unmöglichkeit, medizinische Hilfe in einem Atomkrieg leisten zu können, schon vorher die Konsequenz gezogen: Er trat im März von seinem Amt zurück.

Nach Gründen gefragt, antwortete er: „Ich habe in den letzten Jahren gesehen, speziell nach dem Nachrüstungsbeschuß, daß unter dem Deckmantel einer angeblichen Katastrophenmedizin eine Kriegsmethoden aufgebaut wurde für den sogenannten Verteidigungsfall. Ich halte die Mitarbeit von Ärzten in solchen Kommissionen heute für gefährlich. Stattdessen müssen wir der Bevölkerung laut sagen, daß sie im Kriegsfall keine Chance hat.“

Das machte er auch in seinem Vortrag deutlich: „So würde eine 20-Megatonnenbombe zur totalen Zerstörung innerhalb eines Kreises von 14 Kilometern Durchmesser führen... Alle Menschen innerhalb dieses Kreises – in Hamburg etwa 900.000 – wären sofort tot... Noch größer ist die Reichweite der Licht- und Wärmestrahlung... Die Wärmestrahlung ruft an allen unbedeckten Körperstellen Verbrennungen hervor. So kommt es bis zu einer Entfernung von 8 Kilometern (bei einer 1-Megatonnen-Bombe) zu Verbrennungen dritten Grades mit tiefen Verkohlungen der Haut und noch am Rande eines Kreises von 15 Kilometern Radius treten Verbrennungen zweiten Grades mit Brandblasen auf. Hinzu kommt die Wirkung der Großfeuer und des Feuersturms. Im Feuersturm entstehen durch mächtige, angesogene Luftmassen, ähnlich wie beim Schweißbrenner, extrem hohe Temperaturen. Der Feuersturm tötet einen großen Teil der Bevölkerung im Gebiet des Feuers durch seine Hitze und erstickt auch die Menschen in den Bunkern. Jetzt lagert in Hamburg viermal soviel Brennstoffmaterial wie zur Erzeugung eines Feuersturms notwendig ist.“ Linden schloß seinen Vortrag mit dem Aufruf: „Da ist es die Aufgabe der Fachleute, der Öffentlichkeit die Fakten vor Augen zu führen, damit eine informierte Öffentlichkeit ihre eigenen Interessen wahrnehmen kann und die Politiker zum Frieden zwingt.“

Dies veranlaßte den Leitartikler Peter Jensch in Springers „Welt“ vom 22. 9. 1981 zu folgender Attacke: „Der Biophysiker Linden, der sich Arzt nennt, stellt hier politisches Handeln über den ureigentlichen Sinn medizinischen Handelns: Leiden zu lindern und Leben zu retten...“

Der Biophysiker Heinz Baisch stellte die Ausbreitung und Wirkung des radioaktiven Niederschlags dar. Dabei berücksichtigte er auch die Zerstörung eines Kernkraftwerkes, welche zu einer viel stärkeren und länger andauernden Radioaktivität führt. „Noch stärkere Verseuchung wäre zu er-

warten bei einer atomaren Explosion über einem Zwischenlager oder einer Wiederaufbereitungsanlage, wo noch viel mehr radioaktives Material verdampfen und als Fallout auf die Erde zurückkehren würde.“ Das Forschungsministerium stellte auf Anfrage zu dieser Gefahrenquelle lapidar fest: „Gorleben ist ein ziviles Objekt und kein militärisches Ziel. Es darf nach allgemeinem Völkerrecht deshalb weder angegriffen noch zum Gegenstand von Repressalien gemacht werden.“ Auch ein Überstehen der unmittelbar auftretenden Radioaktivität sichert keinesfalls ein langfristiges Überleben der Menschen, da es durch Nahrungs- und Wasseraufnahme infolge der Nahrungskette wie heute schon durch Pflanzengifte zunehmend radioaktiv verseucht würde. Der englische Biophysiker Prof. John Boag vervollständigte das Bild der Folgen einer Kernwaffenexplosion.



Blick auf das Podium beim „Medizinischen Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges“ von links nach rechts (Eberhard Weber, Moderator Neuburger, Barbara Hövener, Heinz Baisch, Konradin Kreuzer, John Boag, Walfried Linden).

Der Ingenieur und Zivilschutzexperte Konradin Kreuzer aus dem Zivilschutzmutterland Schweiz ließ dieses Modell wie eine Seifenblase zerplatzen: „Die Zivilschutzphilosophie und die Zivilschutzkonzepte beruhen auf der seltsamen Vorstellung, daß ihre Organisationen und die Sanitätsdienste samt ihren Anlagen und die Regierungen quasi unberührt abseits vom Geschehen stehen und dauernd ihren Pflichten obliegen... Schutz vor einer Katastrophe, die Worte nicht annähernd schildern können, bietet allein eine starke Friedensbewegung, die den Rüstungswahnsinn beendet“, erklärte er unter dem Beifall der Mediziner.

Der Psychiater Niels Pörksen beschäftigte sich näher mit der Militärpsychiatrie: „Sie ist dazu da, menschliches Reagieren auszuschalten, damit das perfekte Waffensystem auch so funktionieren kann, wie es angelegt ist und nicht durch Panik, Chaos und Unordnung aus den Fugen gerät, weil ja Menschen in Paniksituation angeblich nur darauf aus sind, so der anerkannte Militärpsychiater Brickenstein, ihr Leben zu retten.“



Der Psychosomatiker Horst-Eberhard Richter führte aus: „Wir brauchen aber nicht Menschen, die in einem kräftigen schrecklichen Krieg – solange sie ihn überleben – möglichst beschwerdefrei und psychosomatisch stabil funktionieren, vielmehr eine Stärkung des Widerstandswillens der Massen sensibler Menschen, die schon jetzt Mühe haben, die mit einer fatalen Hochrüstungspolitik verbundenen mörderischen Risiken nervlich zu ertragen.“

Auf das Schärfste müssen wir uns gegen die Versuche maßgeblicher Politiker und einer gewissen Publizität verwehren, die jene als Angsthäsen oder als labile Schwächlinge verunglimpfen, die aus einer bis ins Psychische hineinreichenden Beunruhigung heraus die neue Friedensbewegung mittragen. Vielmehr sollten sich die abgestimmten Macher, die als delegierte Entscheidungsträger das Leben von Hunderten von Millionen unnötig in Gefahr bringen ihre eigene psychophysiologische Intaktheit in Zweifel ziehen. Denn ihre Verdrängungskunst ist der eigentlich psychopathologisch relevante Faktor, dessen Einfluß soweit als möglich ausgeschaltet werden müßte.“ Richter fordert von den Ärzten endlich die Aufgabe der politischen Enthaltsamkeit: „Sind wir nicht aufgrund unserer Kompetenz diejenige Berufsgruppe, die unablässig darüber zu wachen hätten, daß die Gesundheitsvorsorge für die Menschen nicht laufend hinter angebliche ökonomische, technisch oder gar militärische Sachzwänge zurückgestellt wird, in welchem das Wohlbefinden der Menschen oft genug ganz anderen Interessen geopfert wird?“ Die Aufgabe der Zukunft liegt in der Vorsorge, führte Richter weiter aus und dafür sei es notwendig „laut“ zu werden und sich „einzumischen“.

Ein weiterer Schwerpunkt des Kongresses war die Darstellung des geplanten sog. Gesundheitssicherungsgesetzes, die Eberhard Weber von der Hamburger Ärzteinitiative vornahm. Dieses Gesetz sieht

u.a. erstmalig die totale Datenerassung aller Gesundheitsberufe vor und damit eine totale Überwachung. Die Auflagen dieses Gesetzes im Falle eines Atomkrieges verlangen „eine Medizin ohne Menschlichkeit“. Er erklärte weiter: „Nach dem Verbrechen der Medizin in der Zeit des Hitlerfaschismus werden wir nicht ein zweites Mal sagen können, wir hätten das alles nicht gewußt.“ Über das Gesundheitssicherungsgesetz informieren wir ausführlich in DG 1/82.

Weitere Referenten waren Generalmajor a.D. Gert Bastian und US-Admiral a.D. John Lee, der es als Hauptaufgabe der militärischen Führungen bezeichnete, Kriege zu verhindern anstatt sie zu planen. Er widersprach der Theorie von der Möglichkeit einer begrenzten atomaren Auseinandersetzung. Auch die Friedensforscher Ulrich Albrecht (Berlin) und Frank Barnaby (Leiter des Internationalen Stockholmer Friedensinstituts SIPRI) betonten die Notwendigkeit unverzüglicher Abrüstungsverhandlungen. Barnaby bedauerte die westliche Ablehnung für ein von Breschnew vorgeschlagenes Raketenmoratorium. Es sei Aufgabe der Völker, die Annahme solcher Vorschläge zu erzwingen.

Hugh Middleton von der britischen medizinischen Kampagne gegen Kernwaffen und William Verheggen von der holländischen medizinischen Vereinigung zur Verhinderung des Krieges berichteten von dem überaus erfolgreichen Kampagnen in ihren Ländern. Der sowjetische Arzt Evgueni Tschasow rief die Mediziner der Welt auf, sich gegen die größte Gefahr für das Leben zusammenzuschließen. Die Folgerung der Kongreßteilnehmer, daß es notwendig sei, aus der gewohnten Rolle herauszutreten und politisch aktiv zu werden, spiegelte sich in den sechs Arbeitsgruppen wider, die hoffnungslos überfüllt nach konkreten Schritten des Widerstandes suchten. Die

weiter Seite 34

DIE ÜBERLEBENDEN WERDEN DIE TOTEN BENEIDEN

Mediziner gegen Atomkrieg
Das Buch zum Kongreßthema



Materialien des Hamburger Medizinischen Kongresses zur Verhinderung des Atomkrieges. Mit Beiträgen von Gert Bastian, Prof. John Boag, Prof. Walfried Linden, Eberhard Weber, Prof. Horst-Eberhard Richter, Frank Barnaby, Prof. Ulrich Albrecht u. a. Etwa 220 Seiten, DM 14,80 (Erscheint im Dezember 1981)

Bestell-Gutschein

Gültig bis 1. Dezember 1981

Subskriptionsangebot für Abonnenten und Leser der Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“

Der Verlag liefert sofort nach Erscheinen aus.

Ich bestelle als Teilnehmer des „Gesundheitstags '81“ gegen Rechnung und portofreie Lieferung das Buch „Die Überlebenden werden die Toten beneiden – Mediziner gegen Atomkrieg“

zum Vorzugspreis von je 10,- DM (ab 10 Expl.)

zum Vorzugspreis von je 12,- DM (ab 3 Expl.)

zum Einzelpreis von 14,80 DM.

Name / Vorname

Straße

PLZ / Ort

Datum / Unterschrift

Bitte diesen Coupon-Gutschein ausfüllen oder bei Bestellung Stichwort „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ vermerken.

Bitte einsenden an:
Pahl-Rugenstein Verlag, Gottsweg 54, 5000 Köln 51

Pahl-Rugenstein Verlag

Volrad Deneke und die sittliche Substanz des Arztums

Der Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer Volrad Deneke entledigte sich der Auseinandersetzung mit dem „Medizinischen Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges“ im Deutschen Ärzteblatt (Heft 40 vom 1. Okt. 1981) wie folgt: „Unter der Davis „Ärzte warnen vor dem Atomtod“ wurde zu Lasten der Selbstverteidigungsbereitschaft in der NATO ganz offenkundig Propaganda zugunsten der vom sowjetischen Imperialismus militant gerüsteten sozialistischen Internationale betrieben. Ideologisch ambivalente Profilneurotiker und gewissenhafte Sektierer waren auch diesmal wieder bereit, an der ethischen Tarnkappe materialistischer Machtpolitik mitzustricken.“ Alles klar?

Es kommt noch schlimmer: „Die Parole

„Ärzte warnen vor dem Atomtod“ unterstellt, daß es besondere ärztliche Gründe gäbe, gerade vor atomaren Energien zu warnen. Solche besonderen ärztlichen Gründe gibt es nicht. Die Schlagzeilen „Ärzte warnen vor dem Verkehrstod“ oder „Ärzte warnen vor dem Knollenblätterpilz“ haben keine geringere ethische Dimension.“ Wenn Ärzte eine besondere Pflicht haben, vor den Gefahren friedlichen oder kriegserischen Einsatzes technischer Mittel und Methoden zu warnen, dann gilt das für den Umgang mit Pfeil und Bogen nicht weniger als für den Umgang mit Atomkraft.

Deneke versteigt sich zu der zynischen These: „Hat die deutsche Zivilbevölkerung denn ohne Atomkrieg eine Überlebenschance? Nimmt man Bevölkerung als Summe aller heute Lebenden, so hat davon mit oder ohne Atomkrieg in keinem Falle irgend jemand eine Überlebenschance.“

Dieser „Logik“ folgend sollte es auch keinen Unterschied für Herrn Deneke bedeuten, ob er sofort vom Amt eines Hauptgeschäftsführers der Bundesärztekammer entbunden wird oder später mit 65 Jahren ausscheidet. Auf keinen Fall reicht es aus, wenn der Chefarzt und der ärztliche Direktor der Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk Berlin Werner Tang in einer Stellungnahme zur Polemik von Deneke in der Frankfurter Rundschau vom 13.10. 1981 zur Schlußfolgerung kommt: „Aber ich denke, wir Ärzte können eine Stellungnahme des Präsidenten der Bundesärztekammer zu diesen Fragen erwarten – das Pamphlet von Herrn Deneke darf ja wohl nicht das letzte Wort sein.“

Das **muß** das letzte Wort von Herrn Deneke im Deutschen Ärzteblatt gewesen sein.

Gunar Stempel

Kongreßteilnehmer einigten sich in der Schlußerklärung (abgedruckt im Dokumentationsteil) auf die gemeinsame Forderung der Friedensbewegung: die Aufhebung des NATO-Beschlusses als ersten Schritt zu einem atomwaffenfreien Europa. Alle Teilnehmer wurden aufgerufen, am 10. Oktober an der Bonner Friedensdemonstration teilzunehmen.

Den mobilisierenden Effekt des Kongresses zeigten die Gründungen zahlreicher neuer Beschäftigteninitiativen im Gesundheitswesen gegen Atomraketen in Hannover, Bremerhaven, Bonn, Marburg, Stuttgart und Freiburg. Im Januar wird ein Treffen aller Initiativen stattfinden, um Aktionen gegen das Gesundheitssicherstellungsgesetz und die Bildung eines nationalen Komitees zu beschließen. Der Kongreß wird in Hornburg stattfinden. **Anfragen bitte an: Wolfgang Kratzke, Hamburger Ärzteinitiative gegen Atomenergie, Lindenstraße 23, 2000 Hamburg 1, Tel. (040) 2802815.**

Die Regionalgruppe Europa der Weltgesundheitsorganisation WHO hat Ende September 1981 die Einrichtung einer Arbeitsgruppe zur Erforschung der medizinischen Folgen eines Atomkrieges beschlossen; die päpstliche Akademie der Wissenschaften in Rom hat am 7. Oktober 1981 eine Ärztedelegation unter Führung von Prof. Tschasow empfangen, um sich über die medizinischen Folgen eines eventuellen Nuklearkrieges zu informieren; der Weltärztebund hat auf seiner 34. Generalversammlung in Lissabon am 29. September 1981 seine Mitgliedsverbände aufgefordert, Regierungen und Bevölkerungen über die medizinischen Risiken eines Atomkrieges aufzuklären. Das Verhalten der Bundesärztekammer dazu sollte aufmerksam verfolgt werden. Als Materialhilfe sei das Buch zum Hamburger Kongreß empfohlen, das im Dezember 1981 vom Pahl-Rugenstein Verlag herausgegeben wird.

Für April 1982 wird ein 2. internationaler Kongreß „Ärzte für die Verhütung eines Kernwaffenkrieges“ in Großbritannien vorbereitet, zu dem bereits Teilnehmer aus 40 Ländern angesagt sind. Am 1. Kongreß in Airlie/USA im März dieses Jahres hatten Vertreter aus 11 Ländern teilgenommen.

Argumente werden die Verteidiger des Nato-Doppelbeschlusses kaum von ihrem eingeschlagenen Weg abbringen. Eine gut informierte breite Öffentlichkeit allein wird in der Lage sein, genügend Druck auf unsere Regierung auszuüben, um ihren kundgetanen Abrüstungswillen in Taten umzusetzen. Der Kongreß war ein wichtiger Beitrag dazu. ■

Gunar Stempel

buch *K*ritik

**dis
kurs**

Bremer Beiträge zu
Wissenschaft
und Gesellschaft

Das Krankenhaus:
Reform durch
Rationalisierung?

2

Maio
Universal Bionch

Das Krankenhaus: Reform durch Rationalisierung

(Diskurs, Heft 2, Mai 1980, Publikation der Universität Bremen) 5,- DM

Die abgedruckten Aufsätze behandeln jeweils verschiedene Elemente des seit dem Ende der 60er Jahre in Gang gebrachten Rationalisierungsprozesses, der sich – so die übereinstimmende These aller Autoren – weitgehend als ein Vorgang der schrittweisen Ökonomisierung der medizinischen Versorgung darstellt. Der Aufsatz von Michael DEITMER analysiert die Verteilungswirkungen des durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 und die auf seiner Grundlage erlassenen Bundespflegesatzverordnung von 1973 reformierten Finanzierungsmodus und gelangt zu dem Ergebnis, daß das in § 1 KHG normierte Wirtschaftlichkeitsprinzip die dort genannten gleichrangigen Prinzipien einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung und sozial tragbarer Pflegesätze leerlaufen läßt. Gerdi BAUER geht in ihrem Beitrag dieser inhomogenen Zielbestimmung des § 1 KHG auf den Grund und konstatiert einen durch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bedingten Umwandlungsprozeß von (Gesundheits-) Bedürfnissen in einen Kaufkraft-, und damit marktorientierten Bedarf, eine Umformung, die sich sowohl auf die rechtliche Form des Krankenhausbedarfsplanes als auch auf die Formen der Beteiligung der „Konsumenten“ von stationären Leistungen auswirkt. Der Aufsatz von Henning LÜHR beschreibt, wie durch die auch im Krankenhaus eingeführten Methoden der Arbeitsplatzbewertung und der darauf beruhenden Personalbedarfsplanung geradezu systematisch eine an den physischen und psychischen Behandlungsbedürfnissen der Patienten orientierte Krankenpflege „wegrationalisiert“ wird.

Hartmut HÜLLE untersucht die Funktion des Chefarztprinzips für einen „patientennahen Arbeitsprozeß“, d. h. für eine Krankenbehandlung, die den Patienten nicht in isolierte Teilfunktionen segmentiert und arbeitet dabei die historischen Wurzeln und die zu seiner Verteidigung vorgebrachten rechtlichen Argumente heraus, um darzulegen, daß das vorhandene Arsenal rechtlicher Formen eine kollegial-genossenschaftliche Binnenorganisation der Kliniken durchaus zuläßt.

Insgesamt sind mit diesen Teilstudien der Autoren Hypothesen entwickelt worden, die das Verständnis über einen wichtigen Teilbereich des Gesundheitswesens vertiefen, weil sie die Zusammenhänge zwischen ökonomischen, speziell finanzwirtschaftlichen Rahmenbedingungen, organisatorischen Strukturen und rechtlichen Handlungsmöglichkeiten verdeutlichen.

Wichtig sind verschiedene neue Gedanken, die bisher von medizinischer Seite nur wenig reflektiert wurden:

1. Wo bislang (gesellschafts)politisch argumentiert werden konnte, tritt jetzt eine gesetzliche Kausalisierung der Organisationsprozesse in Kraft.
2. Ökonomisierung durch Verrechtlichung scheint zum grundlegenden Steuerungsprinzip staatlicher Sozialpolitik zu werden. D. h. Bereiche, die bisher „sozialem Wandel“ unterlagen, werden juristisch fixiert.
3. Die juristischen Hilfsmaßnahmen zur Durchsetzung des „Wirtschaftlichkeitsprinzips“ drängen notwendigerweise die medizinisch-humanitäre Seite der Krankenhausleistung zurück, da die sozial- und gesundheitspolitischen Qualitätsmaßstäbe schon rein verfahrensmäßig den wirtschaftlichen Entscheidungskriterien untergeordnet sind.

Dankenswerterweise haben in dieser Broschüre Juristen der Universität Bremen erstmals in verständlicher Weise diese komplizierten Strukturen offengelegt, denen gewerkschaftliche Arbeit im Krankenhaus noch allzuoft hilflos gegenübersteht.

Das Buch kann allen Gewerkschaftskollegen vor Ort als fundierte Lektüre empfohlen werden. Für 5,- DM kann es beim: Presse- und Informationsamt der Universität Bremen; Postfach 330440, 2800 Bremen 33 bestellt werden.

Norbert Andersch

Großtechnik in der Medizin –

Autor: Jochen Schirmer

Die vorliegende 140 Seiten umfangreiche Broschüre muß jeden interessieren, der sich halbwegs kritisch mit dem Medizinbetrieb und seiner Technisierung auseinandersetzen will. Die Heidelberger Autorengruppe wollte sich ursprünglich im Rahmen einer Vorlesungskritik mit dem Problem der Strahlenbelastung auseinandersetzen.

Sie wendet sich an alle Leser, „die ihrerseits Aufklärung von kranken oder gesunden Menschen betreiben oder die im Rahmen ihrer Ausbildung oder ihrer Berufsausübung Gegeninformationen geben wollen“. (S. 1)

Teil I stellt die Technik der Computertomographie vor, Teil II die Strahlenbelastung bei Computertomographie. Hier wird vor allem kritisch beleuchtet, daß für die CT-Geräte gründliche Untersuchungen über die mit ihrer Anwendung verbundene Strahlenbelastung nicht vorliegen. „Entgegen der unter Ärzten verbreiteten Ansicht ist die Strahlenbelastung bei der CT eher höher als bei konventionellen Röntgenaufnahmen“, fassen die Autoren zusammen. (S. 50)

GROSSTECHNIK

IN DER MEDIZIN -

URSACHEN, GEFAHREN,
PERSPEKTIVEN DER
TECHNISIERUNG IN DER MEDIZIN -
UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG
DER COMPUTERTOMOGRAPHIE

STRAHENBELASTUNG BEI DER COMPUTERTOMOGRAPHIE

Gesundheit hat absolute nicht nur für den Patienten, sondern auch für den Arzt. Die Strahlenbelastung durch Computertomographie (CT) ist ein Thema, das in der Öffentlichkeit noch wenig bekannt ist. Die Broschüre "Strahlenbelastung bei der Computertomographie" informiert über die Risiken und die Möglichkeiten, diese zu minimieren. Sie ist eine wichtige Ergänzung zu jeder CT-Untersuchung.

Deutscher Fachschriften-Verlag

Gesundheit hat absolute nicht nur für den Patienten, sondern auch für den Arzt. Die Strahlenbelastung durch Computertomographie (CT) ist ein Thema, das in der Öffentlichkeit noch wenig bekannt ist. Die Broschüre "Strahlenbelastung bei der Computertomographie" informiert über die Risiken und die Möglichkeiten, diese zu minimieren. Sie ist eine wichtige Ergänzung zu jeder CT-Untersuchung.

Teil III befaßt sich mit der Großtechnik in der Medizin. Als Ursachen der rasanten Technisierung der Medizin sieht die Broschüre: Wissenschafts- und Technikgläubigkeit, Überforderung von Verwaltungen und Ärzten bei der Beschaffung, Eitelkeit und Prestigedenken, Kostendenken und Profitstreben. Die ausschlaggebende Rolle des Profitstrebens wird sehr eingehend im Kapitel „Zur Rolle der Industrie“ dargestellt. In einem weiteren Hauptabschnitt werden die Gefahren der Technisierung (z. B. Kontrastmittelallergien, zu hohe Strahlendosen, entmündigende Rolle für Kranke und med. Personal) analysiert. Nach einem „Ausflug in die Psychosomatik“ listen die Autoren Lösungen und Forderungen auf. „Praktikable Lösungen zwischen Billig-Medizin der Kostendämpfer und Übertechnisierung sind nicht einfach zu finden“, meinen sie und sehen ihre Vorschläge als Einstieg in eine bislang zu wenig entwickelte Diskussion um die Medizin-Technik. Die Forderungen reichen von Anschaffungs-Stopp für weitere CTs über Kontrolle der Gerätesicherheit bis zur Verbesserung der Ausbildung aller, die mit dieser Technik umgehen. Besonders hervorzuheben sind die abschließenden Bemerkungen, mit denen die Autoren dafür plädieren, daß die Formel von der „Selbstverantwortung des Patienten“ in alle Lebens- und Arbeitsbereiche hineingeht: „Nur so kann der unheilvollen Allianz (in Sachen Medizintechnik) von Industrie, Regierung und Ärzteschaft entgegengewirkt werden, nur autonome Menschen werden auf die langfristige Aufgabe hinarbeiten können: Kontrolle des medizinischen Versorgungssystems, Auflösung ungesunder Institutionen und Veränderung krankmachender Lebensbedingungen“ (S. 123).

Eine sehr lesenswerte Broschüre, die auch wegen ihres geringen Preises empfohlen werden muß (3,50 DM).

Bezug über: Jochen Schirmer, Postfach 105023, 6900 Heidelberg
Matthias Albrecht

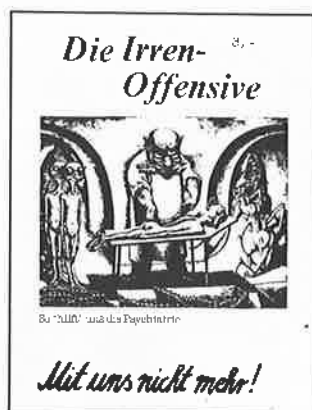
Kleine Zeitschriften- Schau

Wer die Geburt einer bundesweiten Psychiatrie-Zeitung miterleben möchte, muß jetzt beginnen den **TÜRSPALT** zu lesen. In München von Leuten und für Leute, die was mit der Psychiatrie

zu tun haben, gemacht, soll er in Zukunft Beiträge aus der ganzen Bundesrepublik enthalten. Vor dem Gesundheitstag erschien Nr. 3/81, mit dem Schwerpunktartikel zum Mißbrauch von Isolierzellen. Bestellt und abonniert werden kann der Türspalt beim Postfach 46 in 8000 München 80.



Zwei Zeitschriften von „Iren für Iren“. Die „**Irren-Offensive**“, eine Selbsthilfe-Organisation für Psychiatrie-Opfer aus Berlin, macht jetzt auch ein eigenes Blatt. Wer 3,- DM plus Porto in Briefmarken mitschickt, kann sich diese Patientenzeitung in der **Bülowsstr. 54 in Berlin 54** bestellen.



Bereits in DG 4/81 haben wir die „Unabhängige Zeitung, entmündigter, aber nicht mundtoter Patienten“ **DER AUSBLICK** vorgestellt. Inzwischen erschien die erste Ausgabe mit Beiträgen aus vielen Städten der BRD.

Kontaktadresse:

H. G. Schlott, LKH-Stadtfeldt, Stat. 5/2
2380 Schleswig.



Endlich da: das „Häcklingen-Buch“:

Ausgrenzen ist leichter

Alltag in der Gemeindepsychiatrie - Ein Lesebuch zur Enttäuschung der Geradlinigkeit.

Von der Autorengruppe Häcklingen/Uelzen schreibt Stefan Mitzlaff zum Erscheinen des Buches:

„Seit Mitte der siebziger Jahre wurden die psychiatrische Klinik in Häcklingen bei Lüneburg und der Sozialpsychiatrische Dienst Uelzen fast zu dem Modell gemeindenaher vollversorgender sozialer Psychiatrie in der Bundesrepublik. Was vor etwa 17 Jahren als weithin beachtete und bewunderte Therapeutische Wohn-gemeinschaft (Dr. Thiemann) begonnen hatte, machte sich nun auf den Weg, von der institutionellen Ebene aus so zu arbeiten, daß möglichst alle Beteiligten (Mitarbeiter, andere Einrichtungen und Behörden, Klienten und soziales Umfeld) ihre Betroffenheit, ihre jeweilige Zuständigkeit und ihre Handlungsmöglichkeiten wieder erfahren können: Der praktische Versuch zur schrittweisen Entpsychiatri-sierung und zur Überwindung der Ausgrenzung, deren eines Standbein die Klinik selbst ist.“

Als ich nach Häcklingen kam, war das Versorgungsnetz für den Landkreis Uelzen nach einem Stufenplan fertig, und die zeitlich neuesten Einrichtungen (Suchstation, Klinikambulanz, Wohn-gemeinschaften, Sozialpsychiatrischer Dienst Uelzen) hatten sich bis 1978 Konzept und Erfahrung erarbeitet.

Zwei Konfliktthemen standen im Vordergrund: 1. Die Versorgungsregion will uns nicht haben; 2. Die Frage nach der „eigentlichen“ Aufgabe der Mitarbeiter: einerseits stationäre Arbeit, Therapiedebatte und andererseits die inhaltliche Öffnung der Arbeit in die Region, Rückgabe von Verantwortlichkeit, Unordnung im Alltag ertragen lernen.

An diesem Punkt lag es nahe, einen Strich zu ziehen und einen Bericht als Bestandsaufnahme der bisher geleisteten Arbeit zu schreiben. Gleichzeitig ließen die Außen- und Innenkonflikte erkennen, daß es keine einheitliche fertige Plattform, kein „so, das war's erst einmal“ gab.

Ich wurde mit der Redaktion, mit dem Anregen und Sammeln von Berichten beauftragt.

Ich finde, daß das Buch trotz aller Parteilichkeit für Häcklingen/Uelzen und trotz des Wunsches, Erfolge zu zeigen, kein poliertes rundes Ganzes geworden ist; es ist auch mehr geworden, als die tragische Klage dessen, der das Richtige will, aber das Falsche tut. Weder ein wehleidiges „aber-in-Italien ist eben-alles-ganz-anders“, noch ein Erfolgsprotokoll zu einem verordneten Gesundheits-vollzug.

Unser Bericht über Therapie-Konflikte, Mitbestimmung, Station und Außenarbeit, Gemeindepolitik und „Fälle“ liegt hiermit vor.

Aufsätze, Diskussionen, Interviews; Stationspläne, Organisationsstruktur, Therapiedebatten, Medikamente, Ambulanz, Selbsthilfe; Rückblick, Ausblick; zahlreiche Cartoons und zwei Holzschnitte. Ein erläutertes Stichwortverzeichnis zur Einleitung.“

400 Seiten, Subskriptionspreis bis 31.12.1981: 20 DM, danach: 24 DM. Erhältlich im Buchhandel oder direkt bei uns.

Psychiatrie-Verlag
Mühlentorstraße 28
3056 Rehburg-Loccum 1

Rivalinnen um Dr. Schlüter

Für wen wird sich der Oberarzt entscheiden?

Aus der Subkultur der Arzt-Romane von H. Copak
Teil 1

„Er setzte die Messerspitze auf die jodierte Bauchhaut der Patientin und zog einen etwa fünf Zentimeter langen Schrägschnitt. Bei einer einfachen Appendektomie wäre er mit der halben Schnittlänge ausgekommen. Hier aber stand zu befürchten, daß man in der Bauchhöhle ein ziemliches Chaos vorfinden würde.

Instrumente klapperten. Das Absauggerät trat in Aktion. Sechs Chirurgenhände tanzten auf minimalem Raum herum. Dr. Schlüter durchtrennte die Muskulatur, dann das Bauchfell, erweiterte den Schnitt mit den Fingern – und fand genau das, was er erwartet und befürchtet hatte. Die Appendix ...“

Der erfahrene Leser von Arzt-Romanen weiß längst, was los ist. Natürlich perforierter Appendix. Aber in letzter Minute noch operiert! Der umsichtige Arzt wird zum tausendsten Mal der gefeierte Lebensretter. Er ist und bleibt die zentrale Person – zumindest in den Romanen. Er spendet nicht nur Lebensglück, er bekommt es auch gleich doppelt zurück! In dem vorliegenden Roman verliebt sich nicht nur die bildhübsche Patientin Katja in ihren Lebensretter, sondern obendrein himmelt ihre Schwester Irene den Arzt an.

Dadurch gerät der Erfolgsarzt – Witwer mit blinder Tochter – in Schwierigkeiten, um die man ihn als Mann nur beneiden kann. Während nämlich in Wirklichkeit zunehmender Arbeitsstreß und unsoziale Arbeitszeitregelungen manche junge Ärzte zwangsläufig zu Beziehungskrüppeln vergraisen lassen, spielt dem Romanarzt das Schicksal gleich zwei Superfrauen zu: Eine weizenblonde und eine mahagonirote! Die erste: Musikpädagogin, die zweite: Assessorin in einer Anwaltskanzlei. Beide: „Wir sind ihnen ja so dankbar, Herr Oberarzt!“

„Was soll ich nur machen?“ fragt der vollkommen ratlose Arzt seinen ehrenwerten Kollegen Dr. Frank bei einem Essen unter Männern. „Vor allem die Kalbsleber nicht kalt werden lassen“, scherzt der Kollege. Aber Schlüter ist ja Witwer und hat doch diese kleine blinde Tochter im Internat. Die soll die Entscheidung treffen, meint der lebenskluge Allgemeinarzt und Junggeselle Dr. Frank. „Mein Gott, Herr Frank! Warum bin ich da nicht selber darauf gekommen. Das ist der Ausweg!“

Und schon läuft alles wie am Schnürchen. Schlüter schmeißt sich am Wochenende in

seine hellgraue Hose und seinen marineblauen Blazer und besucht Nr. 1, die Weizenblonde. „Danke, daß ich kommen durfte“, sagte Hans-Joachim Schlüter und schaut ihr tief in die Augen dabei. – „Ich bitte Sie“. Irene senkt rasch ihren Blick. ... Er plaudert gewandt. ... Als sie am frühen Abend zurück nach München fahren, hatten sie einen Grad von Zusammengehörigkeit erreicht, der jedes vernünftige Maß sprengte. Das vertrauliche „DU“ war nun bereits zur Selbstverständlichkeit geworden. ...

Zwischenspiel: Auf dem Operationstisch ein Osteosarkom (Für den Laien: Knochenkrebs!) Ein kleiner Junge. Schlüter zum erschütterten Vater: „Jetzt haben wir noch die Chance, das Übel mitsamt der Wurzel auszurotten. Es gibt heutzutage übrigens phantastische Prothesen. Unfaßbar, was Menschenhirn und Menschenhand alles zu entwickeln vermögen!“

Später: „Gleich müssen wir die Hauptarterien erreichen. Hier ist bereits das erste femorale Gefäß“, dozierte der Chefarzt. „Ich

Nr. 648
DM 1,80
Österr. S 12; Schweiz Fr. 1,70
Italien L 900; Spanien Plus 70
Printed in Germany

arzt roman

Auf einem
Ärzteball
begegnet ihm
die Frau
seiner Träume,
doch sie
gehört einem
anderen ...

Dr. Boysen wollte seine Liebe vergessen
CORA TRAVEN

1,50 DM / Band 526

Schweiz Fr 1,70/Österr. S 12,-

DR. ST
Der bes...



Rivalin...

Für wen v...

/ Frankreich F4,- / Itali...

BASTEI

Neuer Roman

STEFAN FRANK

Andere Arzt-Roman



... um Dr. Schlüter

... sich der Oberarzt entscheiden?

900 / Luxemburg F 27 / Niederlande f 1,75 / Schweden kr 4,50 l.m. / Spanien P 65

möchte sie so hoch wie möglich freilegen, dann herunterholen und abbinden. Auf diese Weise ziehen sie sich erfahrungsgemäß weit genug vom Stumpf zurück. Wir haben das ja schon oft genug zusammen gemacht, Schlüter, nicht wahr?" „Ja, Chef, natürlich".

Doch Schlüter darf die Mahagonifarbene nicht warten lassen. Dieselbe Prozedur nochmal. Alles läuft genauso schön wie bei der Weizenblonden. Seine Tochter findet beide spitze. Schlüter ist ratlos.

Letzter Akt. Die Tochter schlägt vor, daß nunmehr beide Frauen gleichzeitig zu ihr kommen sollen, ohne ihren Vater. „Wenn ich zwischen ihnen stehe und auf ihre Stimme horche... dann weiß ich bestimmt, wen ich lieber mag".

Doch dazu kommt es nicht mehr. Die beiden fabelhaften Frauen verunglücken tödlich. Geisterfahrer im Koma! Aber: „Am Montag stand der Chirurg Dr. Schlüter bereits wieder im Operationssaal. Die Hand seines Chefs legte sich freundschaftlich auf seine Schulter.

„Das Leben geht weiter, mein Freund. Das ist ein magerer Trost, ich weiß. Aber besser als keiner. Sind sie fertig? Können wir anfangen?"

Und Hans-Joachim Schlüter nickte. Die Arbeit würde ihm auch diesmal helfen, den privaten Kummer zu vergessen.

Soweit die subjektive Kurzfassung eines neueren Arzt-Romanes. Nr. 526 aus einer Heftchenserie des Bastei-Verlags mit dem Markenzeichen „Dr. Stefan Frank". Es gibt in diesem Verlag noch andere Serien, z. B. Der Bergdoktor, Chefarzt Dr. Holl, Schiffsarzt Dr. Hansen usw. Zusammen haben diese Romane, die es auch in anderen Verlagen gibt (z. B. Goldmann) Auflagen, von denen manche besseren Autoren nur träumen. Zwar ist die moderne Literaturkri-

tik so weit, daß sie diese Art von Unterhaltungsliteratur schon mal zur Kenntnis nimmt und sie nicht nur als Schund abtut. Aber trotzdem fristet diese Gattung immer noch eine subkulturelle Existenz. Sie hat zwar ein spezifisches Lesepublikum (Taxifahrer, Nachtschwester, Hausfrauen und manchmal auch Akademiker), jedoch findet man nirgends einmal so etwas Ähnliches wie eine Besprechung. Nicht einmal die Leser finden es wert, sich mit anderen über ihre Lektüre zu unterhalten. Man muß schon hartnäckig suchen, bis man jemand findet, der sich dazu äußert.

Dabei spiegeln diese Romane sehr viel wider von der Realität des Gesundheitswesens in der BRD. Sie tragen mit Sicherheit auch zur Verfestigung bestimmter konservativer Erwartungshaltungen von Patienten bei. Sie einfach zu ignorieren oder sie aus den Krankenhausbibliotheken zu verbannen und durch Böll, Grass, Lenz & Co zu ersetzen, wie das manche Schlauberger machen, erscheint doch etwas zu voreilig. Zumindest sollte man sich einmal die Mühe machen, reinzusehen in die Romane und sich ein Bild von den krausen Vorstellungen über unseren Arbeitsplatz aus dieser Laiensicht verschaffen. Für manche könnte das ganz heilsam sein. Schade übrigens, daß es keine kritischen Arzt-Romane mit der gleichen Massenverbreitung gibt. Oder kennt jemand einen? ■

UZ

Seite für Seite Arbeiter-Zeitung

☐ Hiermit bestelle ich die UZ
- Unsere Zeit - Zeitung der DKP,

Wochenendausgabe

zum Preis von DM 10,- vierteljährlich.
Mindestbezugszeit 1 Jahr

☐ Hiermit bestelle ich die UZ
- Unsere Zeit - Zeitung der DKP,

Tageszeitung

zum Preis von DM 10,- monatlich.
Mindestbezugszeit 5 Monate

☐ Hiermit bestelle ich die UZ
- Unsere Zeit - Zeitung der DKP, als

Probeflieferung

Schicken Sie mir bitte kostenlos
und ohne jede weitere Verpflichtung
einige Ausgaben der UZ.

Kündigungen müssen dem Verlag 6 Wochen vor Quartalsbeginn vorliegen

Name:

Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Datum:

Unterschrift:

Aktuelle Perspektiven in der ambulanten Medizin

– Eine Stellungnahme zu den Thesen im „Demokratischen Gesundheitswesen“ 3/80 –

Wir alle beginnen unsere ärztliche Tätigkeit in der Klinik, erwerben mehr oder weniger zufällig eine Gebietsbezeichnung und stehen dann häufig vor der Frage, wie wir unsere weitere berufliche Entwicklung steuern sollen.

Klinische Tätigkeit

Bleiben wir in der Klinik, so müssen wir uns mit zunehmendem Streß durch Personalabbau und den Auswirkungen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen an den Krankenhäusern herumplagen, regelmäßig Überstunden und Bereitschaftsdienst leisten und außerdem noch einem ständigen Karriere-Druck widerstehen, der eine Dauerstellung als Assistenzarzt nicht zuläßt. Hinzu kommt, daß die Hierarchie an den Krankenhäusern mit wenigen Ausnahmen ungebrochen ist. Aber auch inhaltliche Fragen spielen eine Rolle. Als Schlagwort sei hier nur die Apparatemedizin genannt, bei der sich die Persönlichkeit des Arztes hinter die von den Patienten gewonnenen Meßdaten zurückzieht. Wem es also nicht gelingt, mit den genannten Schwierigkeiten fertig zu werden, oder für wen die hier nicht aufgeführten positiven Seiten der klinischen Tätigkeit nicht im Vordergrund stehen, der findet sich vor einer zwiespältigen Situation.

Einerseits genießt er im Gegensatz zu allen anderen im Gesundheitswesen Beschäftigten mit Ausnahme von Krankengymnasten und Masseuren das ungeheure Privileg, sich von der lohnabhängigen Tätigkeit zu befreien und den Selbstständigenstatus zu erwerben. Andererseits ist die ambulante Medizin durch die Kassenärztlichen Vereinigungen monopolisiert, woraus sich eine Reihe von Problemen ergeben.

Kassenärztliche Tätigkeit

Der bisher klinisch tätige Arzt findet als Kassenarzt eine für ihn völlig ungewohnte Situation vor, für die er durch seine bisherige Tätigkeit in keiner Weise vorbereitet ist.

1. Im Vordergrund steht die Abhängigkeit von **ökonomischen Zwängen**. Es beginnt mit der Praxisgründung, die verbunden ist mit ständig wachsenden Investitionskosten, der erforderlichen Kreditaufnahme, den damit verbundenen Garantien über Lebensversicherungen etc., mit anderen Worten: zur fachlichen Verantwortlichkeit kommt die ökonomische als eine bisher unbekannte hinzu.
2. Regelmäßig kommt es zu **Auseinandersetzungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen**, weil man in der Fortsetzung der in der Klinik eingeübten Diagnostik- und Therapiemethoden regelmäßig die Durchschnittssätze der KV überschreitet und von dieser dann – nach einer gewissen Schonfrist – mit Regreß belegt wird. Dies gilt insbesondere für die Verordnung von Arzneimitteln, da es ja in der Klinik nicht üblich ist, eine Auswahl nach wirtschaftlichen Kriterien zu treffen.
3. Hinzu kommt der Arbeitgeberstatus des Kassenarztes, der nun nicht mehr selbst abhängig beschäftigt ist, sondern dessen Einkommen von der Höhe der Einkommen der von ihm abhängig Beschäftigten bestimmt wird. Dies ändert sich auch nicht, wenn man berücksichtigt, daß das kassenärztliche Einkommen kein arbeitsloses Einkommen ist, sondern daß vielmehr die Arbeitsintensität des Kassenarztes das entscheidende Kriterium für die Höhe des Umsatzes einer Praxis darstellt. Ist nicht schon allein diese Tatsache geeignet, eine **schleichende Bewußtseinsänderung** bei dem Kassenarzt hervorzurufen, so tut das Einzeleinstellungsvergütungsprinzip ihr eigenes. Der unmittelbare ökonomische Zusammenhang zwischen der Verrichtung einzelner ärztlicher oder nichtärztlicher Leistungen, die auch



Dr. Winfried Beck
Arzt für Orthopädie in einer
Gemeinschaftspraxis in Offen-
bach

noch in der Regel in keinerlei Zusammenhang mit dem Heilerfolg stehen, verändert langsam aber sicher die inhaltliche Arbeit des Arztes und führt schließlich zu einer Berufsausübung, die sicherlich jeder Wirtschaftlichkeitsprüfung, aber auch nur dieser, standhalten würde.

4. Besonders am Beginn der Tätigkeit, wenn eine Anpassung an diese Tatsache noch nicht stattgefunden hat, andererseits die Kredite ins Unermeßliche zu steigen scheinen, bemächtigt sich vielen eine gewisse **Existenzangst**, besonders wenn sie es konsequent ablehnen, die sogenannte 3-Minuten-Medizin einzuführen.
5. Wegen der nach wie vor überfüllten Wartezimmer und der gleichzeitig bestehenden ökonomischen Zwänge besteht die Gefahr einer **unkontrollierten Ausdehnung der Arbeitszeit**.
6. Wegen der plötzlich fehlenden Möglichkeit, qualifiziertere Kollegen um Rat zu fragen, stellt sich auch besonders zu Beginn leicht ein fachliches **Kompetenzdefizit** ein. Dies läßt sich auch durch Telefonate und Konsultationen mit der Klinik nicht voll kompensieren.
7. Für Kollegen, die aktiv in gewerkschaftlichen und betrieblichen Gremien tätig waren, wirkt sich die plötzliche **soziale, politische und berufliche Isolation** besonders schwerwiegend aus. Es gibt keine Kollegen, mit denen man seine Sorgen diskutieren könnte, und die Arzthelferinnen stehen in einem unauflöslichen ökonomischen Widerspruch zu den eigenen Bedürfnissen. Die nunmehr zuständigen Gremien wie KV, Ärztevereine etc. vertreten in der Regel eine derart reaktionäre Politik, daß auch hier ein Ausgleich nicht möglich ist. Auch die Kooperation mit anderen, dem Heilberuf nahestehenden Fachleuten wie Psychologen und Sozialarbeitern, ist in der Praxis schwerer zu bewerkstelligen als in der Klinik.
8. Schließlich sei auch noch auf die Tatsache hingewiesen, daß durch das ständige Gespräch mit Kollegen in der Klinik eine gewisse **Qualitätskontrolle** der eigenen ärztlichen Tätigkeit stattfindet und diese in der kassenärztlichen Tätigkeit fehlende Kontrolle dazu geeignet ist, allmählich auch die fachlichen Fähigkeiten zu reduzieren.

Wer nun weder die weitere klinische Tätigkeit anstrebt, noch bereit ist, die aufgeführten Nachteile einer kassenärztlichen Tätigkeit auf sich zu nehmen, wendet sich in der Regel **ambulanten Therapiemodellen**, den sogenannten Gesundheitszentren zu. Die zunächst an sie geknüpften großen Erwartungen haben sich jedoch vielerorts nicht erfüllt, und es hat sich gezeigt, daß sich in der gegenwärtigen Situation auch für diese Formen ambulanter Medizin erhebliche Nachteile ermitteln lassen. Für die in ihnen betreuten Patienten stellen diese Gesundheitszentren mit Sicherheit eine erhebliche Verbesserung dar. Ob dies auch für die ärztlichen Mitarbeiter zutrifft bezweifle ich. Denn 1. sind die **ökonomischen Zwänge** objektiv noch größer als in der Kassenarztpraxis, da das gegenwärtige kassenärztliche Vergütungssystem nur die ärztliche Leistung honoriert, andererseits über die psychosozialen Bereiche zusätzliche Personalkosten entstehen, die durch die Gebührenordnung nicht abgedeckt sind. Wegen der in der Regel großzügigeren apparativen, personellen und räumlichen Ausstattung erhöht sich zusätzlich die finanzielle Haftung der Mitarbeiter. Daraus ergibt sich der Zwang, entweder das Einzelleistungsvergütungssystem auszunutzen bzw. bis an seine Grenzen auszuschöpfen und damit der oben geschilderten **schleichenden Bewußtseinsänderung** in noch stärkerem Maße raumzugeben oder die **Arbeitszeit unkontrolliert** weit auszudehnen.

2. Wegen dieser Bedingungen und der verzögerten Anpassung und die von der KV vorgegebenen Durchschnittswerte kommt es häufig zu Regreßansprüchen und zusätzlichen Auseinandersetzungen mit den KV Gremien.

3. Die aus den genannten resultierende und objektiv vorhandene finanzielle **Existenzbedrohung** ist also eher noch größer als in der Kassenpraxis und schlägt sich häufig um in eine Existenzangst aller Mitarbeiter mit dem Ereignis, daß die allein honorarfähigen Ärzte unter Druck gesetzt werden, durch qualitative oder quantitative Veränderungen ihrer Arbeitsweise, den wirtschaftlichen Karren aus dem Dreck zu ziehen.

4. Zu der dadurch bedingten **zeitlichen Überlastung** kommt noch der Zeitaufwand, hervorgerufen durch die erforderlichen Gruppengespräche zur Verarbeitung von Konflikten etc., sodaß im Ergebnis eine 60 Stunden Woche keine Ausnahme darstellt.

5. Wesentlich geringer ausgeprägt ist die soziale und berufliche Isolation, die fehlende kollegiale Zusammenarbeit, die fehlende Kooperation mit anderen Berufen wie Psychologen und Sozialarbeiter, das subjektive Kompetenzdefizit und eine fehlende Qualitätskontrolle.

Wer aber mit Horst Eberhard Richter weder „gläubwürdig ein guter Arzt sein kann, der sich durch permanentes Selbstüberfordern fortschreitend gesundheitlich ruiniert und seine Lebenserwartung verkürzt“ und wer dies „noch als Beleg für unsere heroische Selbstauopferung moralisch verherrlicht“. Und wer außerdem nicht bereit ist, sein politisches Leben und seinen politischen Kampf für ein einzelnes Gesundheitsmodell zu opfern, solange die politischen und gesellschaftlichen Voraussetzungen für eine befriedigende Arbeit in solchen Modellen nicht gegeben sind, den kann auch die Arbeit in diesen Modellen nicht locken. Denn die Voraussetzungen für ein ambulantes integriertes Gesundheitszentrum sind:

1. Die Aufgabe des Monopolspruchs der Kassenärztlichen Vereinigung.
2. Die Aufgabe der Einzelleistungsvergütung und damit die Möglichkeit der tarifrechtlich abgesicherten Beschäftigung unter der Trägerschaft einer öffentlichen Institution. Denn nur so können die geschilderten ökonomischen Zwänge, die Beschneidung grundsätzlicher, bereits in anderen Bereichen erkämpfter Rechte wie geregelte Arbeitszeit und Kündigungsschutz, gewährleistet werden.

Zur Frage, ob es unter den gegenwärtigen Bedingungen eine realistische Möglichkeit eines Kompromisses zwischen den geschilderten Systemen gibt, möchte ich meine eigene Situation in einer Praxisgemeinschaft zweier Ärzte der gleichen Gebietsbezeichnung (Orthopäden) darstellen.

Praxisgemeinschaft gleicher Fachrichtung

Zwei Orthopäden betreiben eine Kassenarztpraxis am Großstadttrand. Beschäftigt sind 4 $\frac{3}{4}$ Arzthelferinnen und 2 Auszubildende, die Scheinzahl beträgt pro Quartal ca. 2000 zusammen. Die Praxis ist ausgestattet mit gebietsbezogener Röntgenzulassung und physikalischer Therapie. Die Gemeinschaftspraxis besteht seit 1977.

Durch die Halbierung der Kosten sind die ökonomischen Zwänge erheblich reduziert. Es hat sich gezeigt, daß ein 6wöchiger Erholungs- und ein 2wöchiger Fortbildungsurlaub bei gegenseitiger Vertretung ökonomisch tragbar ist. Obwohl jeder Arzt über eigenen Schein abrechnet, und eigene Karteikarten führt, ist für die Patienten eine kontinuierliche Behandlung auch im Krankheits- und Urlaubsfall gesorgt. Durch das Prinzip, daß der jeweils vertretende Arzt über einen Krankheits- oder Urlaubsschein zusätzlich abrechnet, ist die Konfliktmöglichkeit ausgeräumt, daß einer von beiden sich von dem jeweils anderen ausgenutzt fühlen könnte.

Der Sprechstundenablauf ist nach dem Schichtprinzip geregelt, die Schwerpunktprechstunde liegt an dem Tag vormittags an dem der jeweils andere Nachmittagssprechstunde hat, so daß für die jeweils andere Tageshälfte Zeit für zusätzlich schwierige Fälle bleibt. Bei Patienteneintragen im 10 Minutenabstand ergibt sich so einschließlich aller Diktat- und sonstiger Verwaltungsarbeiten eine garantierte 35–40 Stundenwoche. Dies ist allerdings nur möglich, weil in regelmäßigen Abständen ein rigoroser Aufnahmestop für neue Patienten verfügt wird.

Die Situation gegenüber den Arzthelferinnen ist gekennzeichnet durch eine offene Anerkennung der Abhängigkeit voneinander, das heißt das subjektive Empfinden von Ärzten und Arzthelferinnen entspricht den ökonomischen Realitäten. Statt eines Wir-Gefühls herrscht ein gewerkschaftliches Bewußtsein der Arzthelferinnen gegenüber ihren Chefs. Im Rahmen dieser Situation bieten wir im Vergleich zur herrschenden Anwendung relativ gute Arbeitsbedingungen wie z.B. 36 Stundenwoche, 6 Wochen Urlaub und erhebliche übertarifliche Bezahlung bei Anlehnung an die tariflichen Vereinbarungen.

Unter den vorhandenen zeitlichen Reserven ist es auch möglich, die soziale und politische Isolation aufzuheben. Sie sind die Voraussetzung für die Betätigung – in meinem Fall in der „Liste demokratischer Ärzte“ – und in anderen gesellschaftlichen und politischen Organisationen. Im Gegensatz zur Klinik ist es in der hier vorgestellten Praxis möglich, auch tagsüber bei rechtzeitiger Planung mehrere Stunden oder auch einen ganzen Tag frei zu nehmen. Aber auch über die wesentlich engere Bindung zu den Patienten als in der Klinik, findet ein breiter Kontakt zu politischen und sozialen Bewegungen statt. Beispielsweise seien die Gutachterfähigkeit für den DGB, Kontakte zu Bürgerinitiativen oder die Beschäftigung von Famulanten genannt.

Ich bin also nach 4 $\frac{1}{2}$ jähriger Erfahrung in diesem Bereich der Auffassung, daß das vorgestellte Beispiel eine realistische Möglichkeit für effektive, ambulante ärztliche Tätigkeit ohne wesentliches Kompetenzdefizit bei allerdings bleibender ökonomischer Widersprüchlichkeit als Voraussetzung und Grundlage für ein politisch aktives Leben darstellt.

Offen bleiben insbesondere Fragen nach der inhaltlichen Ausgestaltung der Arbeit eines Kassenarztes und der Anwendbarkeit des beschriebenen Falles auf andere Fachbereiche oder Regionen. Anlaß dieser Stellungnahme war aber die Erkenntnis, daß die gegenwärtige Diskussion über ambulante Therapieformen gekennzeichnet ist durch eine in linken Kreisen pauschal ablehnende und undifferenzierte Kritik an der herkömmlichen kassenärztlichen Tätigkeit und einer übertrieben positiven Darstellung der Tätigkeit in Gesundheitszentren ohne Berücksichtigung der ökonomischen Hintergründe.

Gesundheitsamt Marburg Biedenkopf

„Das Gesundheitsamt der Zukunft muß eine besondere Aufgabe in der Prävention erhalten“.

Mit diesen Worten umriß mein Gesprächspartner, Dr. Nittner, die Ergebnisse einer Modellphase, die von 1972–78 an dem von ihm geleiteten Gesundheitsamt Marburg abgelaufen ist. Das Modellprojekt sollte Möglichkeiten für eine Erweiterung des Aufgabenbereiches der Gesundheitsämter prüfen, dabei aber die gesetzlichen Grundlagen, die übrigens im wesentlichen aus dem Jahre 1934 stammen, nicht verlassen. Diese Grundlagen sehen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) hauptsächlich zwei Betätigungsfelder vor, das der Kontrolle, zum Beispiel im Bereich von Wasser, Lebensmitteln, Umwelt und das der Untersuchung, Beratung bzw. Für- und Vorsorge. Bekanntlich ist die kurative Medizin ausgenommen.

Die Ergebnisse der Modellphase im einzelnen.

Organisatorisch:

- Das Einzugsgebiet für ein Gesundheitsamt muß 200.000–300.000 Einwohner umfassen, die Bürgernähe muß durch entsprechende Außenstellen gewahrt bleiben.
- Das Gesundheitsamt von morgen muß nach modernen Managementmethoden geleitet werden.
- Die Arbeit muß interdisziplinär unter Einbeziehung von Psychologen, Sozialarbeitern etc. in Teamwork erfolgen.
- Das Gesundheitsamt muß sich in selbständige Abteilungen untergliedern, die eigenverantwortlich arbeiten und eigeninitiativ tätig werden können.

Inhaltlich:

- Es müssen mehr Aufgaben im Bereich von Prävention und Nachsorge wahrgenommen werden (siehe Kasten).
- Auch weiterhin soll der kurative Bereich keine Aufgabe des ÖGD sein, es sei denn, es lägen Versorgungslücken vor. „... wir müssen in der Lage sein, dort subsidiär einzuspringen, wo es notwendig ist.“

Dieses nicht sehr revolutionierende Ergebnis war den ärztlichen Standesorganisationen schon zuviel. Die Kritik wurde massiv, als eine durch die Uni Gießen begleitend durchgeführte wissenschaftliche Analyse veröffentlicht wurde. Die Autoren hatten sich u. a. mit der Kosten-Nutzen-Relation der Arbeit des Gesundheitsamtes am Beispiel der Mütterberatung auseinandergesetzt.

Diese Mütterberatung wurde in Marburg auch nach gesetzlicher Einführung der Vorsorgeuntersuchungen für Mütter mit Säuglingen bis zum vollendeten 1. Lebensjahr fortgesetzt. Zu der Beratung gehören Maßnahmen zur Krankheitsverhütung, besonders die Impfberatung und Durchführung der Schutzimpfungen. Auffällige Kinder werden einer prophylaktischen krankengymnastischen Betreuung zugeführt. Genetische und Ernährungsberatung gehören im Bedarfsfalle mit zum Katalog der Aufgaben. Die Inanspruchnahme wurde Jahr für Jahr größer, 1970 1315 Untersuchungen, 1975 4391. Ausländermütter mit Kindern benutzen die Beratung in besonders hohem Maße, zum Teil zu über 80%.

Die Auswertung dieser Mütterberatung ergab ein Kosten-Nutzen-Verhältnis von 1:250, d. h. wer 1 DM in die Vorsorge und Früherkennung steckt, spart 250 DM an sonst erforderlichen Behandlungskosten für später mögliche Behinderungen und Erkrankungen.

Der Hartmannbund reagierte prompt und bezeichnete diese Analyse als „Fehlalkulation“ und „Selbsttäuschung“. „Den Begriff später mögliche Behinderungen und Erkrankungen als relevante Größe in eine Statistik einzubeziehen, ist ebenso absurd wie die Behauptung, sie wären ohne das Modellgesundheitsamt nicht erkannt worden. Provenienz und Identität der Initiatoren weist eindeutig auf den politischen Zweck dieses Unternehmens hin, nämlich Priorität bei der Prävention für den Öffentlichen Gesundheitsdienst... Soll so unsere nahezu perfektionistische Mutterchaftsvorsorge links überholt werden?“



Dr. Nittner, Direktor des Gesundheitswesens in Marburg-Biedenkopf

Dr. Nittner: „Die Kritiker haben die Studie doch gar nicht richtig gelesen bzw. nicht verstanden. Hier greifen die sich doch selbst an. Ich stehe hinter dem Prinzip der Schadensverhinderung und unterstütze Investitionen auf diesem Gebiet; jeder, der hier investiert, spart! Interessanterweise hat die Gießener Studie also bewiesen, daß wir diese Untersuchungen preiswerter machen“.

Der Kollege Nittner berichtet von einem anderen Beispiel der Auseinandersetzung mit den Standesfunktionären. „Wir fingen in Marburg mit Urteilsberatung an, unter Beteiligung der Bezirksärztekammer Marburg. Dieser Dienst wurde rege wahrgenommen. Auf einem der zurückliegenden Ärztetage kam der damalige Kammerpräsident Sewering darauf zu sprechen und verlangte, daß wir die Finger davon lassen sollten. Das ginge uns gar nichts an und wäre eine Sache der Niedergelassenen. Keine Ahnung, der Mann!“

Ich frage danach, was die nächsten Schritte sein sollten. „Vor allem muß die Gesetzgebung über den ÖGD vereinheitlicht werden. In Bayern darf nicht etwas anderes gelten als in Schleswig-Holstein, die Ergebnisse der Modellphase sollten in die Gesetzgebung einbezogen werden“.

Allerdings sehen die Chancen für den Ausbau unserer Gesundheitsämter bei der gezielten Sparpolitik im Gesundheits- und Sozialbereich eher schlecht aus. Die Sparpolitik hat dabei auch vor Marburg nicht halt gemacht, wo nach Beendigung der Modellphase einige Dienstleistungen wieder gestrichen wurden, so die Altenfürsorge, oder die Sprachtherapie durch die Logopädin des Gesundheitsamtes, die 1976 zum Beispiel noch 76 überwiegend vorschulpflichtige Kinder kostenlos betreute. Dr. Nittner: „Im politischen Bereich wird zwar sehr großzügig über die Prävention geredet, aber wenn man hingeht und Geld dafür haben will, dann folgt nichts. Nach dem Motto: Na, wir wollen mal schauen, so wichtig ist das ja doch nicht.“

Was dem einen sein Finanzsäckel, ist dem anderen sein standespolitisches Brett vor'm Kopf. Beide arbeiten sie Hand in Hand und verhindern damit auch kleine Reformen.

Detlev Uhlenbrock

In eigener Sache

4. November: 3100 Abos

Um fast 500 Abonnenten hat sich unsere Versandliste seit Juli dieses Jahres erweitert. Allein seit Mitte September (Atomkongreß/Gesundheitstag) kamen 300 x Neue. Eigentlich waren es sogar fast 100 mehr, aber in dieser Zeit haben eben auch uns knapp 100 Abonnenten den Rücken gekehrt, leider sagen uns die wenigsten, warum!

Leserdiskussion/Postkartenaktion

Viele gute Anregungen und Informationen haben wir durch die Leser-Redaktionsdiskussion auf dem Gesundheitstag, die vielen Einzeldiskussionen beim Verkauf und auch durch die Postkartenaktion (die wir deshalb auch fortsetzen) bekommen. – Zum Glück auch 'ne ganze Menge Lob, was uns ganz gut tut! Ich möchte hier nicht alle inhaltlichen Anregungen wiedergeben. Viele bezogen sich darauf, daß wir mehr über die Gesundheitsladenbewegung/alternative Medizin berichten sollen, mehr Detailinformationen zur Pflege (z.B. Pflegesatz/Stellenplan), Gesundheitsversorgung in Nachbarländern, fachliche, pharmaindustriefreie Fortbildung, Standespolitik, Berufsethos und Beziehungen zwischen den Berufsgruppen waren auch oft gewünscht. Habt bitte Verständnis, daß wir nicht alles auf einmal leisten können, aber wir haben uns bei der Schwerpunkteplanung auf der Herausgeberkonferenz sehr den Kopf zerbrochen und hoffen, mit der Planung einigen Wünschen entgegenzukommen. Organisatorisch wollen wir besonders zwei Anregungen aufgreifen, und ins Werk setzen:

I. Regionale Kontaktadressen

„Ich schreib' dann einen Artikel für euch, schick ihn nach Duisburg, der wird abgedruckt und sicher freue ich mich, was getan zu haben, aber mir fehlt doch die Diskussion über das, was ich denke und geschrieben habe – ihr seid zu weit weg!“ Genau das, was eine Leserin etwa so auf unserer Diskussionsrunde angesprochen hat, liegt uns auch ziemlich im Magen. Durch unsere zentrale Organisationsstruktur – die sich für die Fertigstellung einer Zweimonatszeitschrift als unabdingbar herausgestellt hat – werden viele Mitarbeiter, die nicht in NRW wohnen abgeholt, enger mit uns zusammenzuarbeiten. Wir wollen das ändern, mit eurer Hilfe: In der nächsten Nummer wollen wir erstmals die Adressen (und Tel.) unserer engen Mitarbeiter und Herausgeber veröffentlichen, als Kontaktstelle, Kummerkasten, Regionalreferent, Diskussionspartner u.a.m.

ALLE, DIE UNS DABEI UNTERSTÜTZEN WOLLEN, BITTE ICH, SICH UMGEHEND BEI MIR ZU MELDEN!!!

2. Überregionale Seminare/Redaktionskonferenzen

Dies soll der zweite Weg sein, wie wir uns besser kennenlernen können und miteinander direkt ins Gespräch kommen können: Ein- bis zweimal im Jahr wollen wir Konferenzen zu einem bestimmten Thema durchführen, zu denen alle (potentiellen) Mitarbeiter eingeladen werden. Wann wir damit beginnen können, hoffentlich schon im nächsten Jahr, werden wir unter dieser Rubrik rechtzeitig ankündigen. Themenvorschläge sind jederzeit erwünscht!

Das liebe (leidige) Geld

Ohne Umschweife: wir müssen teurer werden. Statt 3,50 DM im Abo wird das Heft ab Januar 4,- DM kosten, inklusive Porto 4,50 DM. Das Jahresabo also 27,- DM statt bisher 24,- DM. Wir wissen, daß das viel Geld ist. Weniger für die Ärzte, Schwestern und Pfleger als für die Auszubildenden in allen Bereichen. Unterschiedliche Preise sind aber wegen des teuren organisatorischen Aufwandes nicht zu machen.

(Erhebliche Sonderkonditionen für den Mehrfachverkauf, insbesondere an Unis und Krankenpflegeschulen, siehe Kasten)

Warum wir erhöhen hat mehrere Gründe: Papierkosten sind in diesem Jahr 3mal gestiegen. Arbeitskosten ebenfalls erheblich und ab Januar die Versandkosten um 8,3%. Das haut rein! Was schwerer wiegt: Trotz guter Abo-Entwicklung arbeiten wir seit Beginn in roten Zahlen. Obwohl viele Kommanditisten Geld eingelegt haben, obwohl alle Redakteure kostenlos arbeiten und alle Unkosten selbst bezahlen. Was uns teuer zu stehen kommt ist unsere inhaltliche Position: keine Pharmawerbung. Als konsequent linke Zeitschrift werden wir darüberhinaus auch von den meisten Medizinbuchverlagen boykottiert.

52 Seiten DG sind 52 Seiten Text, das sollten alle bedenken, die uns Zeitschriften mit doppeltem Umfang entgegenhalten, in denen aber nicht mal 30 Seiten Information steht.

Was uns teuer zu stehen kommt, ist die niedrige Abzahl. Das Setzen, Umbrechen und Artikelbeschaffen machen 2/3 der Gesamtkosten. Diese Kosten bleiben, ob wir nun 1000 oder 10000 Stück drucken und vertreiben. Was uns teuer zu stehen kommt ist die schlechte Zahlungsmoral vieler Leser – jeder Zehnte zahlt nicht! Bei der jetzigen Kalkulation versteht sich von selbst, daß wir immer noch einen Balanceakt am Abgrund vollführen und äußerst sorgfältig mit jeder Mark umgehen. Ob wir aus den roten Zahlen kommen, entscheidet letztendlich ihr – mit einem neuen Abonnenten – mit verstärktem Weiterverkauf – mit Werbung für uns.

Jahresplanung 1982

Nach lebhafter Diskussion haben Redakteure und Herausgeber sich auf eine Schwerpunkteplanung 1982 geeinigt. Wir hoffen, wir haben die Punkte getroffen, die euch am meisten bewegen. Am wichtigsten ist uns, daß die gesundheitspolitische Diskussion von der Stelle kommt. So sehen (voraussichtlich) die 6 Heftschwerpunkte aus:

Heft 1: Vorbereitung auf den Krieg: Katastrophenmedizin und Gesundheitssicherstellungsgesetz

Dieses Heft steht ganz vorne, weil wir glauben, daß jeder weitere Fortschritt im Gesundheitswesen davon abhängt, ob es uns gelingt, die praktische und psychologische Kriegsvorbereitung in allen Lebensbereichen zu stoppen. Notstandsgesetze in der Medizin, der Kriegsfall als Lehrfach, Geisterkrankenhäuser etc. werden Schwerpunkt des Heftes. Wegen des unmittelbaren Zusammenhanges werden gerade auch die Auswirkungen auf den Sozialbereich (Kostendämpfungspolitik) dargestellt.

Heft 2: Sozialabbau und Kostendämpfung

befaßt sich dann noch ausführlicher mit diesem aktuellen Thema. Was bleibt dem Arbeitslosen, was wird mit der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall? Wie können wir Widerstand gegen die Sozialdemontage organisieren. Haben Alternativstrukturen Zukunft? Netzwerk Gesundheitswesen als Ersatz für das zerrissene soziale Netz?

Heft 3: Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen

Ein Thema, über das viele Betroffene schimpfen (wir auch). Wie sieht der Alltag der Lernenden im Krankenhaus und in der Praxis aus? Was sicher kommt ist die 4. AO-Novelle, noch mehr Facharztprüfungen und Weiterbildungswirrwarr – die Pharmaindustrie mischt munter mit! Vielleicht ein Tarifvertrag für die Pflegeausbildung? Wir wollen das Chaos nicht nur beleuchten.

Heft 4: Gesundheitsversorgung International

soll kein Ausweichthema für Sommer – saure Gurkenzeit – werden. Auch kein Rundschlag vom Südjemen bis Island. Vielmehr: Wo steht unser Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, sind wir bald von der sozialisierten Medizin eingekreist: England, Frankreich, DDR, Holland, Italien, Schweden. Sechsmal ein anderes System, beispielhafte Entwicklungen für uns?

Heft 5: Alternative Medizin

wird reichlich Anlaß zur Diskussion geben. Was will die „Alternative Medizin“? Ist die Alternativ-Szene Tabu für Kritik von links? Wir tun uns zugegebenermaßen schwer mit der Vielfalt aus Institutionskritik, Selbsthilfe, Naturheilmethoden, Mystizismus, Individualismus... Wo stehen wir? Zeigen sich praktikable Fortschritte für die Gesundheitsbewegung oder wird uns reaktionärer Wein in neuen Schläuchen verkauft?

Heft 6: Alte Menschen – ausgedient und abgeschoben

Zustände oft schlimmer als in der Psychiatrie, doch kaum einer redet davon: bundesdeutsche Alten- und Pflegeheime. Elendes Dahinvegetieren, menschenverachtende Profitgier. Zu privatem Elend kommt staatlicher „Dank“ für ein Arbeitsleben: Frühinvalidität, Renten Kürzung! Gibt es noch ein Leben vor dem Tod? Was tun die Alten, was können wir tun?

Schwerpunkt heißt, daß außerdem, wie bisher, alle Themen aus dem Berufs- und Arbeitsbereich regelmäßig in jedem Heft erscheinen: 1982 besonders zu Ärzte- und Schwesternverbänden, Berufsmoral und Standesethik, Pharma- und Geräteindustrie und regelmäßig „Forum Ambulanz“.

Zuletzt: Nichts ist entgültig – selbst unsere Schwerpunkte nicht. Für jede Kritik, neue Anregung, Themen, haben wir zwei offene Ohren. Schreibt uns!

Ulli Raupp

* **Wieselige Weihnachten** *
* **und ein zerwiesenes Neues Jahr** *
* **die Redaktion** *



Mehrfachverkauf/ Verkauf in Kommission

Ab 5 Hefte Rabatt (20 %);
ab 10 Hefte viel Rabatt (mindestens 25 %);
für Verkauf an Unis + Pflegeschulen noch mehr Rabatt.

Bestellungen/Nachfragen:
Postkarte an Ulli Raupp
Spyckstr. 61, 4190 Kleeve, Tel. 02821/2 65 61

Pharmawerbung – Nein danke!

Harald Kamps

Die Pharmaindustrie hat uns fest im Griff. Auf Schritt und Tritt. Und das Schlimmste: die meisten merken es nicht oder wollen es sich nicht eingestehen. Sie glauben, daß es an ihnen spurlos vorbeigeht, wenn sie mit einem Kugelschreiber schreiben, auf dem diskret ein Firmenname oder ein Medikament vermerkt ist. Sie fühlen sich nicht bestochen, wenn sie sich das Roastbeef oder den Krabbencocktail nach oft genug zweifelhaftem Fortbildungsangebot schmecken lassen. Sie halten es für eine gerechte Entlohnung, wenn sie 200,- DM in der 1/4-Stunde für einen ausgefüllten Fragebogen im Rahmen einer sog. „Feldstudie“ erhalten. Sie glauben an die wissenschaftliche Unbestechlichkeit von Fachzeitschriften und halten es für ausgeschlossen, daß die inserierende Industrie Einfluß auf redaktionelle Beiträge hat. Und manche können es sogar mit ihrem Gewissen vereinbaren, wenn ihnen 10.000,- DM für erwiesene Dienste auf ein ausländisches Konto überwiesen wird oder sie mit der Familie auf eine griechische Insel eingeladen werden.

Die meisten im Gesundheitswesen Tätigen haben sich daran gewöhnt, daß sie wie Bundesligaspieler zum Werbeträger der pharmazeutischen Industrie werden. Jeder kann jetzt die Probe aufs Exempel machen und sich mal umgucken: er wird bestimmt ein „kleines Geschenk“ seines Pharmareferenten finden: einen Notizblock, einen Kalender, ein paar „wissenschaftliche Aussendungen“ oder ein Feuerzeug.

In den Konzernetagen wird nüchtern kalkuliert. Man läßt nicht umsonst einen Wildfremden zum Abendessen ein, wenn man sich nicht eine Gegenleistung erhofft. Man produziert nicht ohne Grund Ärztemuster im Wert von 1,5 Mrd. DM, ebensoviel wie nach eigenen Angaben für die Forschung ausgegeben wird. Und auch die 10% vom Umsatz, die das Heer der Pharmaberater kostet, machen sich bezahlt. Denn man beherrscht das Repertoire der Werbung, die „unter die Haut geht“.

Die Bundesrepublik ist ein Eldorado für die Pharmaindustrie. 135.000 registrierte Präparate machen eine sachgemäße Auswahl geeigneter Medikamente nahezu unmöglich. Die Krankenkassen sind gezwungen, jeden „Schrott“, den die Ärzte verordnen, zu bezahlen. Unter den meistverordneten

Medikamenten befinden sich eine Reihe, deren Wirksamkeit fraglich bzw. nicht erwiesen ist. Es läuft kaum eine größere Fortbildungsveranstaltung vom Stapel, ohne daß die Pharmaindustrie ihre Finger im Spiel hat. Sind wir diesem Spiel hilflos ausgeliefert?

Es regt sich Widerstand. Der Contergan-Skandal hat das unbegrenzte Vertrauen in die Pharmaindustrie erstmals erschüttert. Bücher – wie „Gesunde Geschäfte“ – finden ein breites Echo. In den Gewerkschaften wird das Verbot jeder Pharma-Werbung gefordert. Bei den staatlichen Behörden wird laut über die Verordnung einer Positivliste nachgedacht. Die Pharmaindustrie befindet sich in der Defensive.



In DG 2/81 stellten wir 10 Regeln zum Umgang mit Pharmawerbung vor. Bisher haben wir mehr als 1500 Aufkleber verkauft, auf dem unser Gesundheitswiesel kategorisch erklärt: Pharmawerbung – Nein danke! Gerade die Diskussionen auf dem Gesundheitstag haben uns gezeigt, daß wir richtig liegen, wenn wir Wege zeigen, wie sich jeder einzelne gegen die z.T. kriminellen Werbepraktiken wehren kann. Und wir sollten dies ganz entschieden tun:

- Hört auf, euch an solchen Studien zu beteiligen, die nur dazu dienen, ein bereits zugelassenes Präparat in einem bestimmten Krankenhaus einzuführen.
- Erklärt den Pharmaberatern, daß ihr auf sie nicht angewiesen seid. Die Zeit, die ihr mit Verkaufsgesprächen vertert, könnt ihr besser anwenden.
- Kauft euch eure Kopfschmerztabletten, eure Kugelschreiber selber. Ihr verdient genug. Auch, um euch einmal im Monat ein besseres Abendessen zu leisten.
- Schreibt nur die „generics“, keine Handelsnamen auf eure Entlassungsbriefe. Verordnet selber nach der Transparenzliste.

Laßt euch nicht bestechen! Reinigt eure Umgebung von Werbematerial. Klebt stattdessen der Pharmaindustrie einen – mit unserem Aufkleber.

Und – es gibt tatsächlich andere Möglichkeiten, sich über Arzneimittel sachgemäß zu informieren. Wir geben euch

arznei-telegramm (55,-/Jahr, mtl.) Transparenztelegramm (Weiße Liste) 20,- DM
Petzowerstr. 7, 1000 Berlin 39

Arzneimittelbrief
Albertinenstr. 21, 1000 Berlin 37

Lehrbuch Praktische Pharmakologie
Saller u.a., Schattauer, 48,- DM, 517 S.

Im Hans Marseille Verlag, Bürkleinstr. 12, 8000 München 22, erscheinen Fachzeitschriften ohne Inserate der Pharmaindustrie. Diese Unabhängigkeit hat ihren Preis. 200,- DM kostet das Jahresabo für 4 Hefte z.B. der internistischen Praxis, pädiatrischen Praxis oder chirurgischen Praxis. In jedem Heft befindet sich dafür ein eigener Abschnitt zu Arzneimittel- und Therapiekritik, in dem keine Rücksichten genommen werden (müssen).

hier einen kleinen Überblick, und machen mal etwas Schleichwerbung. Was noch in der Liste fehlt, ist die Adresse eines unabhängigen Arzneimittelinstitutes, das monatlich an alle Interessierten ein Informationsblatt versendet. So was gibt es leider noch nicht. Hier sind uns andere Länder wie Holland und Norwegen wieder mal voraus. Meist Länder, in denen die Pharmaindustrie eine weniger bedeutende Rolle spielt.

Klebt der Pharmaindustrie...

Unser rot-schwarzer Aufkleber Ø 10 cm kann ab sofort bestellt werden:

5,- DM	—	5 Aufkleber	40,- DM	—	55 Aufkleber
10,- DM	—	12 Aufkleber	50,- DM	—	70 Aufkleber
20,- DM	—	25 Aufkleber	100,- DM	—	150 Aufkleber

Portokosten sind im Preis inbegriffen.

Bestellungen (Geldscheine oder Verrechnungsscheck) an:

Ulli Raupp
Spyckstraße 61 · 4190 Kleve

... einen!