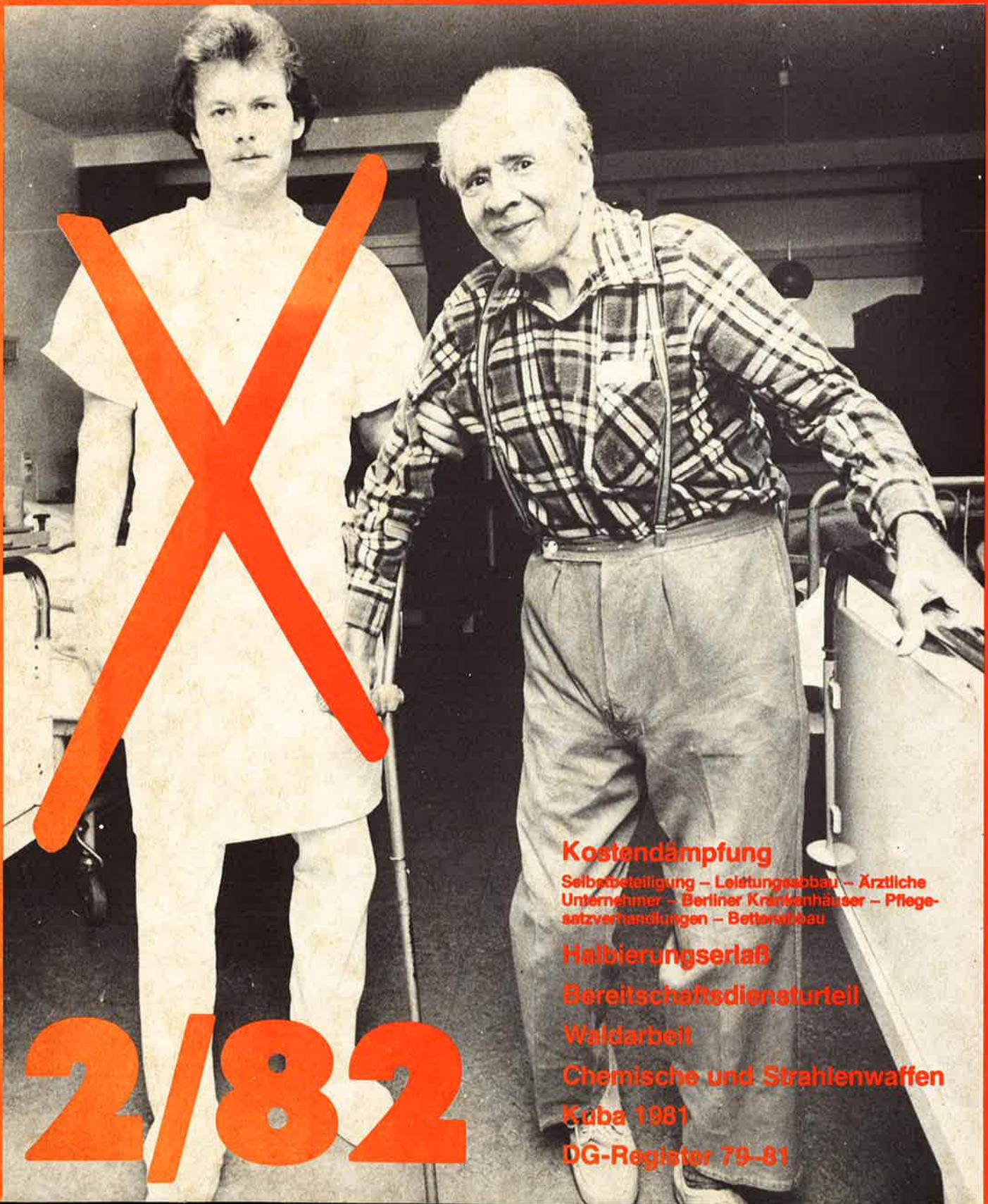


DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



Kostendämpfung

Selbstbeteiligung — Leistungsausbau — Ärztlche
Unternehmer — Berliner Krankenhäuser — Pflege-
satzverhandlungen — Betterabau

Halbierungserlaß

Bereitschaftsdiensturteil

Waldarbeit

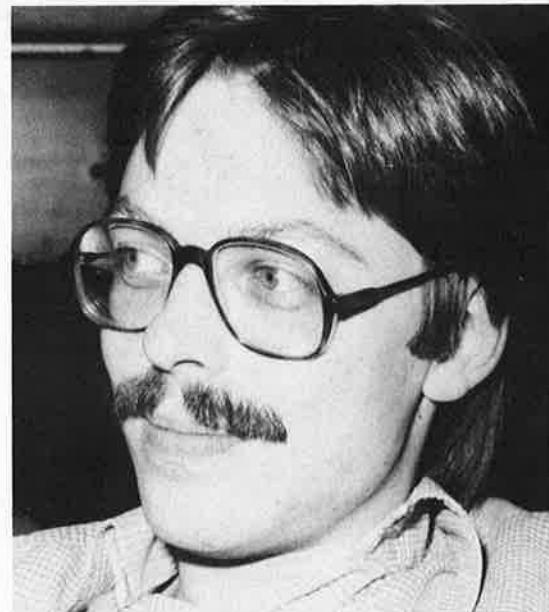
Chemische und Strahlenwaffen

Kuba 1981

DG-Register 79-81

2/82

der kommentar



Bald amerikanische Verhältnisse?

Von Detlef Uhlenbrock

Die 1. Ausgabe von „Demokratisches Gesundheitswesen“ erschien Ende 1979 mit einem Kommentar zur Kostendämpfung. Seit Jahren steht dieses Thema im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion, geschieht die Gesetzgebung nur noch unter diesem Blickwinkel.

Mittlerweile ist einiges geschehen, was unsere damals geäußerte Kritik noch stärker rechtfertigt. Der Zug ist weitergefahren – in die falsche Richtung:

- immer mehr Selbstbeteiligung,
- schlechtere Versorgung der Versicherten durch den Bayern-Vertrag/Hessen-Vertrag etc.,
- weitere Kürzungen von Leistungen für Versicherte, z. B. bei Kuren.

Ein Ende ist nicht in Sicht, im Gegenteil. Immer stärker werden die Argumente derjenigen, die den Zug noch schneller fahren sehen wollen. Sie alle, die Funktionäre der Ärzteorganisationen, der Bundesregierung und der großen Parteien, haben nur ein Ziel im Visier, nämlich Ausgaben einzusparen, nicht zuletzt auf Kosten der Versicherten.

Daß ihm „Anspruchsdenken“ vorgeworfen wird, daran hat man sich schon fast gewöhnt. Jetzt heißt es: „Der ganze finanzielle Mehraufwand hat nichts gebracht.“ „Wir leben in einem Gesundheitssystem der Überversorgung“ und „Nicht alles, was medizinisch machbar ist, ist finanziell sinnvoll.“ Kurzum: Der große Leistungsabbau wird vorbereitet und soll durch die Strukturreform der Krankenversicherung erfolgen. Man denkt über die Einführung einer *Minimalversorgung* auf Versicherungskosten nach, wer mehr haben will, muß selbst bezahlen.

Interessant ist, wie die einzelnen betroffenen Gruppen mit der Kostendämpfungspolitik für sich fertig wurden. Am schnellsten konnten sich die niedergelassenen Ärzte auf die neue Situation einstellen. Sah es noch 1976 so aus, als würden sie einen großen Teil der Zeche mitbezahlen, hat man sich längst auf seine Machtposition besonnen („durch unsere Hände gehen 80% der Krankenkassenausgaben“) und das Heft in die Hand genommen. Gesetzlich festgelegte Maßnahmen wie die Einführung der vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung oder die vorgeschriebene Planung der ambulanten Versorgung werden boykottiert oder zur Farce gemacht. Das einzige, was man in den ganzen Jahren hinnehmen mußte, waren leichte Einkommensverluste – aber dieses Schicksal teilt man mit der Mehrheit der Bevölkerung. Die KV'en sind nicht – wie befürchtet – Opfer der Systemveränderer geworden, sondern veränderten das System zu ihren Gunsten. Mit dem ambulanten Operieren und dem Bayern-Vertrag (und seinen Ablegern, in Hessen z. B.) haben die KV'en Fakten setzen können, die nur schwer wieder rückgängig zu machen sein dürften.

Völlig ohne Profil sind die Krankenhäuser bzw. ihr Dachverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in diesem Schauspiel geblieben. Die Krankenhäuser haben es nicht einmal verstanden, den Ist-Zustand zu wahren, geschweige ihre Position auszubauen. Notwendig wäre eine Standortbestimmung der Krankenhäuser gewesen. Gerade im Rahmen der Kostendämpfungspolitik hätten die Krankenhäuser neue Aufgaben z. B. im ambu-

lanten Sektor wahrnehmen können. Vieles aus dem Bereich Prävention und Rehabilitation könnte heute auch von den Krankenhäusern durchgeführt werden. Statt dessen stehen sie als Buhmann und Hauptverantwortlicher für die Kostenentwicklung da.

Ohne Zweifel sind die Versicherten diejenigen, denen man die Zeche der Kostenentwicklung präsentiert hat. Und sie zahlten – bisher – fast alles. Es bleibt das große Versäumnis der Gewerkschaften, Prinzipien im Streit um die Richtung der Gesundheitspolitik nicht konsequent genug vertreten zu haben und die Abwälzung der Kosten auf die Versicherten hingenommen zu haben. Das hat man unter einer sozialliberalen Koalition getan, die nächste Koalition wird mit den Versicherten sicherlich nicht freundlicher umspringen.

Es muß jetzt wirklich die Aufgabe des DGB sein, für die nächste Runde den Standpunkt der Gewerkschaften in aller Klarheit zu formulieren. Die Strukturreform der Krankenversicherungen bleibt auf absehbare Zeit die letzte große Chance, der Entwicklung Einhalt zu gebieten. Ansonsten haben wir in der Bundesrepublik bald amerikanische Verhältnisse. In Europa geht die Entwicklung in eine andere – bessere – Richtung. Aktuell zu nennen sind Italien und Frankreich. Italien war das erste Land in Europa, in dem für Verbesserungen im Gesundheitswesen ein Generalstreik stattfand.

Wie wär's denn mal, Kollegen Muhr und Schmidt?

IMPRESSUM

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Langenberg), Christina Pötter (Giessen), Michael Regus (Siegen), Annette Schwarzenau (West-Berlin), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Barbara Wille (Göttingen), Erich Wulff (Hannover).

Redaktion:

Gesundheitsversorgung: Detlev Uhlenbrock, Peter Walger; Arbeits- und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch, Gregor Weinrich; Umwelt: Uwe Schmitz; Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Mathias Albrecht, Peter Liebermann; Demokratie und Gesundheitswesen: Willi Farwick, Ulli Menges; Pharma- und Geräteindustrie: Harald Kamps; Ausbildung: Edi Erken, Gabriele Buchczik; Krankenpflege: Michael Roltzsch; Frauenproblematik: Ulla Funke, Unni Kristiansen-Kamps; Internationales Gesundheitswesen: Gunnar Stempel, Felix Richter; Medizingeschichte/ideologische Positionen der medizinischen Standesorganisationen: Peter Walger, Helmut Koch; Kultur und Subkultur: Ulli Raupp, Gunnar 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 Redaktsions dar.

Die Redaktion bittet die Leser um Mitarbeit, kann aber für unverlangt eingesandte Manuskripte keine Haftung übernehmen.

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

Redaktionanschrift: „Demokratisches Gesundheitswesen“, Postfach 101041, 4100 Duisburg 1.

Redaktionskonto für Spende:
Sonderkonto Norbert Andersch
PSK 154 20-430 PSA ESN

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Ullrich Raupp, Spyckstr. 61, 4190 Kleve, Tel. (02821) 26561

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint zweimonatlich bei: Pahl-Rugenstein Verlag, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 364051, Konten: Postscheckamt Köln 6514-503. Stadtsparkasse Köln 10652238 (für Abo-Gebühren).

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.

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

Redakts- und Anzeigenschluß für Nr. 3/82: 10. 4. 1982, Auflage 4500.

Graphik: Christian Paulsen,

Titelfoto: Paul Glaser

Lay-out: Harald Kamps, Peter Liebermann, Ulli Menges, Ulli Raupp, Peter Walger

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

JSSN: Nr. 0172-7091



Kostendämpfung, Leistungsabbau, Selbstbeteiligung – seit Jahren Schlagwörter, die mittlerweile unter die Haut gehen, dort wo sie Wirklichkeit werden: bei Personal und Patienten. Für DG Wert genug, das Thema nach der ersten Ausgabe (1/79) wieder zum Schwerpunkt zu machen.



Nun ist es endlich raus, das Urteil des Bundesarbeitsgerichts Kassel zur Regelung der Bereitschaftsdienste am Krankenhaus. DG interviewte unmittelbar nach Urteilsverkündung den Kläger Limbrock. Zur Durchsetzung des Ergebnisses regte er ein überregionales Treffen an (S.26 und Doku-Teil).



Kuba macht Schlagzeilen. Für Reagan ist Kuba Wurzel des Übels im US-Hinterhof Lateinamerika. DG-Redakteure waren im Oktober 1981 vor Ort. Eindrücke von der roten Insel, besonders vom Gesundheitswesen auf Seite 34.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE

2/82

Inhaltsverzeichnis:

Kostendämpfung

Selbstbeteiligung und Leistungsabbau	8
Ärztliche Unternehmer unter sich	10
DG-Interview mit A. Schmidt und B. Scharf (DGB-Bundesvorstand)	12
„Freie Marktwirtschaft“ für Berliner Krankenhäuser	15
Pflegesatzverhandlungen konkret	17
Bonn ist doch Weimar	19

In Memoriam

Halbierungserlaß	21
------------------	----

Gesundheitsversorgung

Aktionstage in Psychiatrie	24
----------------------------	----

Arbeits- und Lebensbedingungen

Bereitschaftsdiensturteil – Interview mit G. Limbrock	26
Waldarbeit – alles andere als gesund	30

Demokratie und Gesundheitswesen

Kniefall vor Kreuzrittern und Altar	28
-------------------------------------	----

Frieden

Waffen gegen die Menschheit	32
-----------------------------	----

Internationales

Kuba im Oktober 1981	34
----------------------	----

Dokumente

DGVT-Kongress	I
Liste der Sparmaßnahmen	II
Bereitschaftsdiensturteil	III
Register 1/79–6/81	IV
ÖTV-Bezirk Berlin zum Bettenabbau	VI
Wenckebach-Urteil	VII

Rubriken

Leserbriefe	2
Aktuelles	4
Termine/Verschiedenes	6
Buchkritik	36
Kongressberichte	38

Der Appell „Gesundheitswesen für den Frieden“ liegt als Plakat bei. Hängt ihn auf, wo ihr könnt!

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

Leser-Briefe

Preiserhöhung

Liebe DG'er,

betreffend eurer Preise einige Anmerkungen: Ich dachte, mich trifft fast der Schlag: Einzelverkaufspreis 6 DM. Wer, glaubt ihr, soll eure Zeitung kaufen? Chefärzte? 44 Seiten A4 für 6 DM, im Abo immer noch 4,50 DM. Also, wenn ihr dabei bleibt, muß ich mein Abo kündigen, nicht weil ich die drei Mark jetzt nicht mehr über hätte, aber für den Preis steht in eurer Zeitung zu wenig von dem, was mich im Gesundheitswesen interessiert. Was mich da dann interessiert, könnte ich mir auch kopieren.

Andererseits seid ihr in der Klemme, aber durch höhere Preise kommt ihr auch nicht aus der Klemme, da werden höchstens immer weniger die DG kaufen, was wieder höhere Preise nach sich zieht. Einsichtig sind mir eure hohen Kosten z. T. nicht. Vergleicht man euch mit Dr. med. Mabuse, dann kann man das noch weniger verstehen. Mabuse hat zwar eine z. T. andere Erstellungshierarchie und einen ganz anderen Vertrieb und eine größere Auflage (wenn auch viel weniger Abos), kaum mehr Anzeigen, 4 Seiten größerem Umfang und kostet weniger als die Hälfte eures Abo-Preises!

Vorschlag: Sucht euch Leute, die DG billiger setzen und billiger drucken (Locher scheint da nicht der richtige Ort zu sein (s. z.B. die MOZ, obwohl sie 15 bezahlte halbe Stellen hat!). Dann muß ein farbiger Umschlag sein? Papierqualität verringern? Können die Prof.s und die Dr.s unter eurem Herausgeber und überhaupt die Besserverdiener euch etwas sanieren?

In diesem Sinne und mit freundlichen Grüßen

Manfred Gogol
Lothringer Straße 46
3000 Hannover 71

Betr.: Datenschutz

Liebe DGerl

Zum Interview „Datenschutz in der Medizin“ folgendes Beispiel.

Vor einiger Zeit kamen zwei Herren, offensichtlich Besucher, in unser Krankenhaus und fragten nach einem Patienten. Natürlich wurden sie in das entsprechende Zimmer geschickt. Dor verhafteten sie den Patienten, denn es waren keine Besucher, sondern Kriminalbeamte.

Noch eine Frage:

Welche Daten dürfen auf Aufklebern, wie sie in Krankenhäusern veröffentlicht werden, stehen?

Bei uns stehen da z. B. Beruf, Adresse, Arbeitgeber, Telefonnummer, Religionszugehörigkeit auf diesen Aufklebern. Ich bin der Meinung, daß diese Daten wohl gebraucht werden, aber auf jeder Röntgenanmeldung, auf jedem Narkoseprotokoll, auf jeder Überweisung an auswärtige Institute, auf jedem Taxischein?

Besonders stört mich diese Praxis bei Häftlingen, die im Krankenhaus liegen, die dann sofort abgestempelt werden. Aber auch andere, z.B. Arbeitslose, möchten diese Tatsache sicher nicht überall verbreitet wissen.

Ich bitte Euch, das nicht zu veröffentlichen, jedenfalls nicht mit Namen oder Ort, denn ich möchte meinem Arbeitgeber noch lange erhalten bleiben.

Name ist der Redaktion bekannt.

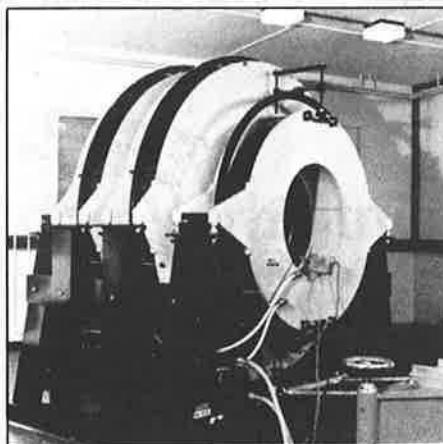
Medizin und Technik

Liebe Redaktion!

In der Ausgabe November/Dezember des „Demokratischen Gesundheitswesens“ bin ich über den Artikel Medizin und Technik gestolpert. In diesem Artikel wird u.a. über die Kernspin-Tomographie berichtet. Dieser Abschnitt über die Kernspin-Tomographie ist inhaltlich totaler Blödsinn. Der Autor hat ganz offensichtlich irgend etwas über diese Methode gelesen, nicht verstanden und dann verschiedene Untersuchungsmethoden vollständig durcheinander gebracht. Natürlich ist der Autor für seinen Artikel verantwortlich. Aber überprüft ihr denn die eingereichten Beiträge nicht auf sachliche Richtigkeit? So könnte ja jeder unseriöse Zeilen von sich geben. Außerdem ruinert ihr den Ruf der Zeitschrift, wenn ihr sachlich eindeutig falsche Tatsachen veröffentlicht.

Mit freundlichen Grüßen

Axel Schedel, Münster



Liebe Redaktion!

Was die Kritik zum Thema „Kernspin-Tomographie“ betrifft, möchte ich folgendes sagen:

Die mir überbrachte Kritik („inhaltlich totaler Blödsinn“, „wohl irgend etwas gelesen, nicht verstanden und dann verschiedene Untersuchungsmethoden völlig durcheinandergebracht“) kann ich formal und inhaltlich nicht akzeptieren. Die im Artikel gemachten Aussagen zur Kernspin-Tomographie sind zwar zugegebenermaßen etwas knapp ausgefallen und können daher Mißverständnisse verursacht haben; meine Kenntnisse beziehen sich auf folgende Quellen:

1. Ganssen, A., Löffler, W., Oppelt, A.: Kernspin-Tomographie. Computertomographie 1 (1981) 2–10 (daraus ist auch die Abb. entnommen)
2. Oldendorf, W.: The Quest For An Image of Brain. Computerized Tomography in the Perspectives of Past and Future Imaging Methods. Raven Press, New York 1980
3. Budinger, T. F.; et al.: Emission Computed Tomography in: Topics in Applied Physics, Vol. 32, Springer, Berlin 1979

Der letztgenannte Artikel wurde von A. Habermehl im Deutschen Ärzteblatt, Heft 22, vom 28. Mai 1981, S. 1095–97, besprochen.

Ich wäre gerne bereit, mich konkret und sachlich korrigieren zu lassen, wenn mir ein Fehler unterlaufen sein sollte. Ich lese gerne dazu, zumal wenn ich keine praktischen Erfahrungen im Umgang mit dem Kernspin-Tomographen habe (meines Wissens gibt es solche Geräte an der Uniklinik Hamburg und Erlangen). Die Beiträge der letzten Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie vom Oktober 1981 in Tübingen zu diesem Thema haben mich eigentlich darin bestärkt, daß ich mit meiner Globaleinschätzung dieser Technologie nicht falsch liege.

So, jetzt bin ich gespannt, was der Kollege zu sagen hat und ob ich nicht doch noch dazulernen werde . . .

Beste Grüße

A. Zieger, Oldenburg

IRREN-OFFENSIVE

Liebe Leute,
ich bitte um Abdruck folgenden Leserbriefes:

Die Irren-Offensive ist keine „Patienten“-Zeitung

Die Irren-Offensive freut sich, daß Ihr im Heft 6/81 unsere Zeitung „Mit uns nicht mehr!“ angekündigt habt. Allerdings als „Patientenzeitung“.

Wir waren jedoch niemals Patienten und sind jetzt erst recht keine. Der Begriff „Patient“ verwischt die Klarheit über unseren politischen Status in der Anstalt: Wir sind Gefangene, interniert, und werden dort mit den Mitteln der modernen Inquisition wie Elektroschocks, Gehirnwäsche durch die den Unkrautvernichtungsmitteln E 605 und DDT chemisch verwandten Pharmaka oder Ratten-(Verhaltens-)Therapie gezwungen, uns von unseren Empfindungen zu distanzieren und sie als „krank“ entwerten zu lassen.

Wir sind in die Anstalten gekommen als Opfer des normalen Alltagskrieges, wie es Franco Basaglia in seinem neuesten, sehr empfehlenswerten Buch „Befriedungsverbrechen“ beschreibt. Wir sind Alltagskriegsgefangene und Alltagskriegsopfer. Der Begriff „Patient“ wird dem tatsächlichen Zustand in den Anstalten nicht gerecht.

Patienten sind wir höchstens dann, wenn wir – bedingt durch die hochgiftigen „Psycho“-Pharmaka – ins Koma fallen und im Sterben liegen. Patienten sind wir dann durch körperliche Leiden, die die Scharlatane in Weiß zu verantworten haben. Aber diese Leiden können schwerlich von diesen Normo-Faschisten (sie nennen sich „Ärzte“) geheilt werden, da sie ja eben von diesen hervorgerufen werden.

Patienten könnten wir sein, wenn wir psychisch krank wären. Dann müßte aber erst einmal geklärt werden, was eine „kranke“ Psyche oder ein „kranker“ Geist ist. Es gibt keine „gesunde“ und es gibt keine „kranke“ Psyche. Was es gibt, das sind die Normalen, die einen „gesunden“ deutschen Geist normal finden, sich an das derzeitige Scheißleben angepaßt haben und durch ihre Gefühlslosigkeit sensible Menschen bei (glücklicherweise) mißlungen Anpassung als „psychisch krank“ und „psychisch behindert“ beschimpfen und diffamieren. (Wir wissen, daß diese mißlungene Anpassung auch zu großem Leid führen kann; aber der Begriff „Patient“ suggeriert den Eindruck, als wäre die Ursache des Leides eine individuelle Angelegenheit.)

Wir von der Irren-Offensive bitten Euch deshalb, unsere Zeitung nicht mehr als „Patienten“-Zeitung zu bezeichnen, sondern richtigzustellen: dies ist die Zeitung der Irren-Offensive, einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrie-Opfern: eine Ver-rückten-Zeitung.

Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrie-Opfern
Bülowstraße 54
1000 Berlin 30
Peter Lehmann

Kriegsmedizin

Betr.: Leserbrief zu dem Artikel „Verweigert euch!“ in DG 1/82

Lieber Ralph Müller!

Deinen Aufruf „Verweigert euch! zu Kriegsdienstverweigerung und Zivildienst von Mediziner“ beendest du mit dem Ausblick: „Indem wir vor diesen Schwierigkeiten nicht zurücktrecken und uns der Verplanung und Tätigkeit jeder Art von Kriegsdiensten gegenüber verweigern, machen wir einen Schritt auf dem Weg, der für die Menschheit einzig noch ein Sieg werden kann: der weltweiten Abrüstung.“

Ahnlich dachten vermutlich auch viele Angehörige der Unidad Popular vor dem faschistischen Militärputsch in Chile. Für diejenigen, die die faschistische Diktatur überleben werden, wird der gesellschaftliche Faktor Militär einen anderen politischen Stellenwert bekommen.

Ich fühle mich durch deinen Artikel angesprochen, weil ich in letzter Zeit immer häufiger Diskussionen erlebe, wo berechtigte moralische Empörung zur politischen Strategie schlechthin erhoben wird.

Zwischen den Zeilen sprichst du die Hoffnung aus, daß durch massenhafte Verweigerung, hier von Medi-

nern, die Bundeswehr personell ausgetrocknet werden könnte. Eins vorweg: Ich bin gegen den entwürdigen- den Gesinnungs-TÜV gegenüber Kriegsdienstverwei- gerern und meine, daß es letztlich die individuelle Ge- wissensentscheidung jedes einzelnen werden muß, Kriegsdienst zu leisten oder zu verweigern. Mein Standpunkt dazu hat sich durch die Auseinandersetzung mit dem Vietnamkrieg ergeben. Leider ist dort noch immer Kriegsdienst notwendig, ähnlich wie in El Salvador und anderswo.

Für die Verhältnisse in der Bundesrepublik gilt meiner Ansicht nach, daß sich die Herrschenden sich ihre Armee, die Bundeswehr, mit ihrer Unterdrückungsfunktion nach innen und außen, nicht so einfach austrocknen lassen.

Du schreibst selbst „Die Bundeswehr hat ein solches Interesse an Stabsärzten, daß sie gegenüber normal Wehrpflichtigen und Kriegsdienstverweigernden privilegiert und bestochen werden.“ Ich gehe davon aus, daß es den Militärpersonalplanern auch in Zukunft gelingen wird, Jugendliche zu bestechen. Mit zunehmender Perspektivlosigkeit und Arbeitslosigkeit, unter anderem bedingt durch die kapitalistische Anwendung der neuen Technik, werden sie sich traurigerweise immer weniger Mühe geben müssen. Denn: „Erst kommt das Fressen, dann die Moral“ (B. Brecht).

Wenn das so ist, und wenn es weiter richtig ist, daß wir eine umfassende gesellschaftliche Demokratisierung nicht gegen ein reaktionäres Militär durchsetzen werden, sind es eben nicht nur diejenigen Linken, die glauben, „die Erfahrungen beim Militär nutzen zu können“, wie du schreibst, sondern auch diejenigen, die dort das tun, was für Rechte schon lange klar ist: nämlich dort politisch zu arbeiten.

Es war immerhin ein wehrpflichtiger Stabsarzt, der die Öffentlichkeit informierte, als Offiziersschüler in München Judenverbrennung spielten.

Wenn ich hingegen zu dem Schluß komme, daß es unmöglich ist, demokratisches Bewußtsein verstärkt auch in der Bundeswehr zu verankern, kann ich alle weiteren Vorstellungen einer gesellschaftlichen Veränderung gleich begraben.

Wenn es jetzt auch wieder sehr abstrakt geworden ist; ich bin Krankenpfleger, war nach meiner Grundausbildung im Sanitätsbataillon der 6. Division und habe dort als Wehrpflichtiger versucht, den „aufrechten Gang“ zu üben.

Während meiner Bundeswehrzeit war ich trotz meiner politischen Tätigkeit, sei es als Erstunterzeichner von „Soldat '80“, sei es nach Demonstrationen in Uniform, dank der Solidarität meiner Kollegen und Genossen Soldaten kaum Repressalien ausgesetzt.

Und zum Schluß! Du schreibst: „Es wird Zeit, daß sich die Gewerkschaften auch für ZDL'er einsetzen.“ Richtig! Ich meine aber, daß es auch „nicht zuletzt in ihrem eigenen Interesse“ liegen müßte, sich für die sozialen und demokratischen Rechte ihrer wehrpflichtigen Kollegen beim Bund einzusetzen.

Lothar Voß

„Einseitige Meinungsmache . . .“

Liebe Redaktionsmitglieder!

Eure einseitige, politisch sehr linksseitige Meinungsmache kann ich nicht tolerieren! Nur „Bündnisverpflichtungen“ unseres Freiheitlichen-Demokratischen Rechtsstaates werden verteufelt und umgemünzt in Aufrufe zu Verweigerung des Wehrdienstes und anderer Dienste.

Es wäre bessergewesen, wenn Ihr bei Euren kritischen aber guten Sachthemen bleibt! Polemische Zeichnungen wie z. B. „Bulle“ als Polizist runden die Skala ab!

Über Sowjetimperialismus in Afghanistan oder Internierungslager in Polen schweigt man vornehm.

Rüstung, Zivilschutz, Arbeitskampfgruppen und vormilitärische Ausbildung im „Warschauer Pakt“, keine Silbe von Euch! Man schwimmt lieber auf der Woge der linken „Einäugigkeit“.

Man merkt die Absicht und ist verstimmt.

Für ein Jahr zahlte ich noch und dann ist der „Bart“ ab.

Mit „Bürgerlichem Gruß“

Behrends Klaas, Passau
(Krankenpfleger mit abgeleistetem Wehrdienst)

„Seitenhieb gegen H. E. Richter.“

Lieber Herr Stempel,

Ihren Kommentar „Friedlich in die Katastrophe“ in der DG 1/82 fand ich trotz der Anleihe bei Holger Strohm sehr gut und informativ, vor allem in den Hinweisen auf die unheilige Allianz aus Standespolitikern, Militärärzten, Zivilschutz mit BVS und Bürokraten. Weniger gut gefiel mir der Seitenhieb gegen H. E. Richter, der sich angeblich nach einem Gespräch mit dem Bundeskanzler vom weiteren Engagement gegen das GesSG teilweise distanziert haben soll. Dieser Vorwurf wird weiter nicht belegt. Wenn er tatsächlich zuträfe, wäre ein derartiger Gesinnungswandel Richters wirklich bedauerlich, zumal die gleichzeitig dokumentierte Rede Richters auf dem Gesundheitstag mit keinem Wort auch nur die Möglichkeit eines künftigen Kurswechsels oder Kompromisses andeutet. Im Gegenteil: die Frankfurter Rundschau vom 20. 2. 82 brachte auf S. 2 unter der Rubrik „Im Wortlaut“ den Abdruck einer sogenannten „Frankfurter Erklärung“, in der es u. a. heißt: „Ich halte alle Maßnahmen und Vorkehrungen für gefährlich, die auf das Verhalten im Kriegsfall vorbereiten sollen. Ich lehne deshalb als Arzt jede Schulung oder Fortbildung in Kriegsmedizin ab und werde mich daran nicht beteiligen. . .“ Unter den Erstunterzeichnern der Erklärung wird auch H. E. Richter aufgeführt. Nun kann man sicher darüber streiten, ob auf die Dauer eine ausschließlich von Ärzten ins Leben gerufene und getragene Bewegung gegen die Kriegsmedizin viel Erfolg haben wird. Als Mitglied der Gewerkschaft ÖTV halte ich es für sinnvoller, solche Initiativen auf eine breite Basis zu stellen, wie es z. B. der in der DG abgedruckte „Appell aus dem Gesundheitswesen für den Frieden“ versucht. Mangelndes Engagement im Kampf gegen die Kriegsmedizin wird man aber Richter auf Grund dieser Erklärung sicher nicht vorwerfen können. Heute ist nichts wichtiger als ein möglichst solidarisches Vorgehen gegen die schlechende Kriegsvorbereitung im Gesundheitswesen und anderswo. Ich würde mich daher freuen, wenn sie in der nächsten DG den gegen Richter erhobenen Vorwurf entweder begründeten oder zurücknahmen. Die Glaubwürdigkeit der DG-Berichte würde darunter sicher keinen Schaden leiden.

Andreas Ertle Vohringen

Lieber Kollege Ertle,
seit meinem Kommentar in DG 1/82 bin ich vielfach wegen meines „Seitenhiebes“ auf Horst-Eberhard Richter angesprochen und angegriffen worden. Meine Antwort auf Deinen Brief gilt damit stellvertretend für die vielen übrigen Anfragen.

Nun zu meinem Vorwurf, Richter habe sich weitgehend von einem weiteren Engagement gegen das GesSG abbringen lassen. Nach dem von mir erwähnten Gespräch zwischen Bundeskanzler Helmut Schmidt und Richter ist Letzterer auf verschiedenen Veranstaltungen im hessischen Raum aufgetreten mit der Bemerkung, das GesSG sei vom Tisch, das habe Schmidt ihm zugesichert. Das hat erklärtermaßen zu einiger Verirrung und zu einer Demobilisierung unter den hessischen Friedensinitiativen im Gesundheitswesen geführt. Meines Erachtens ist H. E. Richter Helmut Schmidt bei diesem Gespräch auf den Leim gegangen. Das GesSG (bzw. seine Inhalte) ist keineswegs vom Tisch. Das ÖTV-Hauptstandsmitglied Monika Wulf-Mathies kündigt im ötv-magazin Nr. 3/März 1982 einen neuen wenn auch veränderten Gesetzentwurf an.

Ich kann Dir jetzt schon vorhersagen, daß beanstandete Teile dieses GesSG einfach „ausgelagert“ wurden und dafür in die Neufassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, in die Länderkatastrophenschutzgesetze etc. eingebaut wurden oder gerade werden. Die Absicht dabei ist klar: nämlich die politische Arbeit gegen das GesSG durch solche Manipulationen zu erschweren. Gerade das kommt im „Appell aus dem Gesundheitswesen“ deutlich heraus. Deshalb halte ich es für eine schwerwiegende „Schwäche“ der „Frankfurter Erklärung“, nur von einer Verweigerung der „Kriegsmedizin“ zu sprechen und nicht den Zusammenhang zum GesSG etc. aufzuzeigen. Verfechter des GesSG werden sich hüten von „Kriegsmedizin“ zu sprechen und unverfänglich die „Katastrophenmedizin“ vorschreiben. Ohne „Hintergrundinformationen“ zu geben, wird es für die Vertreter der „Frankfurter Erklärung“ schwer, der Bevölkerung und den Beschäftigten im Gesundheitswesen

den Grund für eine Verweigerung in „Katastrophenmedizin“ klarzumachen.

Vor der Illusion zu glauben, daß nicht schon längst im Sinne des GesSG gearbeitet würde, obwohl es noch nicht verabschiedet worden ist, möchte ich darüber hinaus warnen. Ich verweise hierbei z. B. auf den Runderlaß des „Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales“ von Nordrhein-Westfalen vom 5. 5. 1980(!) – VB4-0741 – wo alle Krankenhäuser in NRW aufgefordert wurden, Pläne für die Alarmierung des Personals, die Bereitstellung von Triegeräumen, Vorbereitungen für das Freimachen von Betten und das Aufstellen von Notbetten etc. zu treffen und das ausdrücklich auch für den „Fall der zivilen Verteidigung“.

Vor diesem Hintergrund ist es für mich unverständlich, warum H. E. Richter nicht den „Appell“ unterschrieben hat, sondern mit einer eigenen „schwammigen“ Erklärung an die Öffentlichkeit getreten ist, obwohl er von Anfang an an der Formulierung des „Appells“ beteiligt war. Auch die meisten anderen späteren Gründermitglieder der bundesdeutschen Sektion der „International Physicians for the Prevention of Nuclear War“ (IPPNW) verzögerten die Veröffentlichungen des Appells, so daß ich den Eindruck gewann, sie wollten Zeit für eigene Aktivitäten gewinnen.

Bestärkt in dieser Haltung wurde ich nachträglich durch den Verlauf des Folgetreffens der Ärzteinitiativen vom 22./23. 1. 82 in Berlin. Dort vertraten Richter und andere die Meinung, man solle die Forderung nach Aufhebung des NATO-„Nachrüstungs“-Beschlusses wie noch auf dem Hamburger „Medizinischen Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges“ gefordert (siehe Schlußerklärung in DG 6/81) – aufgeben, um auch konservativeren Ärzten die Unterstützung zu ermöglichen. So wurde die Ablehnung des „Nachrüstungsbeschlusses“ fallengelassen und stattdessen die allgemeine Forderung nach Achtung „aller atomaren und chemischen Waffen“ eingeführt.

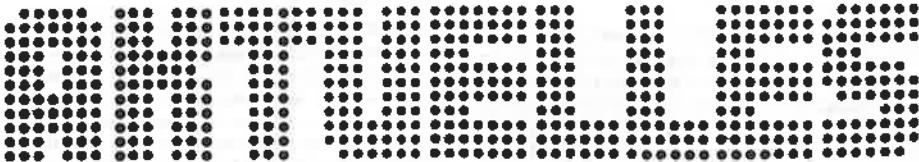
Diese Formulierung ist so unverbindlich und allgemein, daß auch Helmut Schmidt diese Forderung vertreten kann und dabei seelenruhig weiter aufrüstet, um aus einer Position der Überlegenheit Abrüstungsverhandlungen scheitern zu lassen (siehe NATO-Doppelbeschuß). Dementsprechend ist auch die Resolution ausgefallen, die bei der Frankfurter IPPNW-Gründung herausgekommen ist. Da stellt sich mir die Frage, wie wir mit einer Abrüstung in Europa überhaupt beginnen wollen, wenn wir nicht die Stationierung der Cruise Missiles und Pershing in unserem Land verhindern, von Waffensystemen, die als typische Erstschlagswaffen gelten zur Führung eines angeblich „begrenzbaren“ Atomkrieges. Unser Ziel ist die Abrüstung in Ost und West; aber sind es nicht gerade die westlichen Politiker gewesen, die einen Moratoriumsvorschlag der Sowjetunion vor der SS-20-Stationierung unbesehnen ablehnten. Unsere Aufgabe muß es sein, die Politiker zu zwingen, jede Chance für echte Abrüstungsverhandlungen zu nutzen.

Ansonsten bin ich mit Ihnen einer Meinung, daß ein „Appell“ von allen Gesundheitsberufen letztendlich eine breitere und längerfristige Wirkung erzielen wird als die nur „Ärztinnen und Ärzte“ vorbehaltene „Frankfurter Erklärung“. Es waren leider auch die „Frankfurter“, die auf dem Berliner Treffen vehement gegen die Einbeziehung der übrigen Gesundheitsberufe für einen Folgekongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges im Herbst diesen Jahres in München eintraten. Das Argument, der Kongreß werde bei Abtrennung der übrigen Gesundheitsberufe aufgrund des besonderen Ansehens der Ärzte eine größere Presse-Resonanz erhalten, halte ich schlichtweg für eine Illusion. Jeder „Folgekongreß“ wird eine schwächere Presseresonanz erhalten als der erste dieser Art. Ich möchte mir doch nicht von der Presse vorschreiben lassen, welche Inhalte ich vertrete und mit welchen Personen ich das darf. Darüberhinaus zeigt diese Einstellung von ausgeprägten Standesbewußtsein und teilweise schon Borniertheit.

Ansonsten meinen wir, wie es auch im Kommentar von Ulli Raupp zum Ausdruck kommt, daß man beide Appelle unterschreiben kann und die „Frankfurter“ in die weiteren Aktivitäten einbeziehen soll. Es kann gar nicht genug getan werden zur Stärkung der Friedensbewegung.

Für die Redaktion: Gunar Stempel

siehe auch 3. Umschlagseite



Kurz notiert:

Unlaute Werbemethoden für Babynahrung

Im Mai 1981 verabschiedete die WHO einen Verhaltenskodex, wonach in Krankenhäusern, Arztpraxen und Gesundheitsämtern nicht mehr für Babynahrungsprodukte geworben werden soll. Stattdessen solle intensiv über das Stillen aufgeklärt werden. Nach einem Bericht der unabhängigen Hilfsorganisation „War on want“ in Großbritannien, die Untersuchungen in 72 Städten durchführte, werben die Babynahrungskonzerne mit Broschüren und Plakaten weiter in größtem Stil. Wer guckt sich denn mal bei uns um?

Berufliche Rehabilitation psychisch Behindter

Die Dokumentation der Fachtagung „Probleme der beruflichen Rehabilitation psychisch behinderter Menschen“, die im Juni 1981 stattfand, kann gegen Voreinsendung von 4,- DM angefordert werden bei: Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte, Postfach 4224, 4500 Osnabrück.

Fortbildung für Sozialarbeiter

Das Programm des Fortbildungswerks für Sozialarbeiter und Verwaltungsfachkräfte für 1982 kann angefordert werden beim Deutschen Verein, Am Stockborn 1–3, 6000 Frankfurt 50.

Was brauchen unsere Kinder in den ersten drei Lebensjahren?

Der 200 Seiten starke Kongreßbericht unter diesem Titel sowie das Protokoll der Klausurtagung zum Thema „Ambulante psychosoziale Versorgung – Erfahrungen, Pläne, Strategien“ (vom Oktober 1981) kann bezogen werden für 8,- DM von der Arbeiterwohlfahrt, Postfach 1143, 5300 Bonn 1.

Psychiatrie-Beschwerdezentren

Eine 50 Seiten starke, informative Dokumentation über die Arbeit der Beschwerdezentren der BRD kann für 3,- DM bestellt werden beim Beschwerdezentrum Psychiatrie Bonn e.V., Königsstr. 8, 5300 Bonn 1.

Demokratische Gehörlose

In Mainz hat sich eine Vereinigung „Demokratische Gehörlose“ gebildet. Die Vereinigung will sich mit Fragen des Friedens, der Abrüstung, des Sozialabbaus und der Behindertenpolitik beschäftigen. Kontaktadresse: Willi Kohl, Sömmerringplatz 3, 6500 Mainz 1.

KRANKENHAUS LANGENBERG

in Velbert

Psychiatrisches Fachkrankenhaus für Suchtkrankheiten
(Ärztlicher Leiter: Dr. A. Schlösser)

sucht

2 ASSISTENZÄRZTINNEN (-ÄRZTE)

im Rahmen der Erweiterung des Krankenhauses, das im Endausbau (Mitte d. J.) über 90 Betten und 10 Tagesklinikplätze verfügen wird.

Sektorisierte Versorgung eines großstädtischen (Wuppertal) und ländlichen (nördlicher Kreis Mettmann) Einzugsgebietes. Aufnahmeabteilung (2 Stationen à 20 Betten) mit Akutversorgung, Krisenintervention, themenzentrierte Gruppenarbeit; Psychotherapeutische Abteilung (3 Stationen) mit verschiedenen Therapieprogrammen und umfangreicher ambulanter Arbeit (Modellprogramm des BMA für Psychiatrie), Betreuung von Freundeskreisen und Kontaktzentren.

Ärztlicher Stellenplan: 3 Fach- und 4 Assistenzärzte, Vergütung nach BAT, Weiterbildungsmöglichkeit für Psychiatrie (2 J.) und Neurologie (1 J.).

Wir arbeiten in einem interdisziplinären Team mit dem Ziel, möglichst weitgehender Transparenz in verschiedenen Fachkonferenzen, Balintgruppen, Versammlungen mit Patienten im Sinne der therapeutischen Gemeinschaft. Regelmäßige externe Supervisionen und Weiterbildungsveranstaltungen.

Wir freuen uns über Kollegen mit Engagement in gemeindenahe Sozialpsychiatrie und Interesse an psychotherapeutischer Weiterbildung.

Langenberg ist landschaftlich ausgesprochen schön gelegen im mittleren Ballungsgebiet mit guten Verkehrsverbindungen zu verschiedenen Großstädten (Düsseldorf, Wuppertal, Essen, Bochum). Sämtliche allgemeinbildende Schulen am Ort. Wir sind bei Wohnungssuche behilflich.

Bitte schicken Sie Ihre Bewerbung an:

Dr. A. Schlösser (Ltd. Arzt), Fachkrankenhaus Langenberg
Krankenhausstr. 17, 5620 Velbert 11, Tel. (02127) 3031

Elektroschock – Nobelpreis für Forscherin Helma Sommer?

In ihrem neuesten Rundbrief für Mitglieder veröffentlicht die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) eine Initiative ihres Landesvorstandesmitgliedes aus Schleswig-Holstein, Erwin Pape. Zur Begründung seiner Initiative schreibt er: „Meinungsdiskussionen zum Elektroschock gibt es seit Jahrzehnten. Die Fronten haben sich verhärtet, die Kontroverse ist unsachlicher geworden. Überaus notwendig ist es daher, demgegenüber objektive, naturwissenschaftliche Erkenntnisse ins Bewußtsein zu heben. Am wirksamsten geschieht dies durch die Verleihung des Nobelpreises an Dr. rer. nat. hab. Dr. med. Helma Sommer, die bis zu 1500 Gehirnschnitte (pro Versuchstier) histologisch auswertete und entsprechende Photos sachkundig publizierte.“

Leseprobe aus dem Forschungsbericht von Frau Sommer: „Die histologische Auswertung der Gehirne nach 2, 3, 4 und 10 Elektrokrampfbehandlungen, die im Abstand von 2–3 Tagen erfolgten, ergab bereits mit dem dritten Elektrokrampf eine eindrucksvolle quantitative und qualitative Zunahme der morphologischen Veränderungen.“

Literaturhinweise: 1. Quandt/Sommer, Zur Frage der Hirngewebsschädigung nach elektrischer Krampfbehandlung in: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 10/1966, Stuttgart; 2. Helma Sommer, die aktive psychiatrische Therapie, VEB Gustav Fischer Verlag, Jena 1971.

**Interessenten bitte wenden an:
Erwin Pape, Fahrenkrog B 459,
243 Sierksdorf/Ostsee.**

Lebensgefährliche Schlamperien bei Dialyse

9000 Menschen in der BRD sind wegen schwerer Nierenerkrankungen davon abhängig, mehrfach wöchentlich an ein Dialysegerät („künstliche Niere“) angeschlossen zu werden. Diese Einrichtung, geme als einer der wesentlichsten Fortschritte in der Medizin gesehen, hat sicherlich vielen Betroffenen zu einer Verlängerung ihres Lebens verholfen. Dennoch führen

katastrophale Mißstände zu einer ständigen Gefährdung der Patienten.

Darauf wies bei einem Aktionstag auf dem Bonner Münsterplatz der „Aktionskreis Nierenpatienten“ hin. Ist erst einmal die Hürde überwunden, überhaupt einen Dialyseplatz bekommen zu haben, stellen sich für den Nierenkranken weitere Probleme:

- Es gibt keinerlei Wartungsvorschriften für die Geräte, die oft mehr als 14 Stunden täglich in Betrieb sind. Durch Wassereinwirkung bilden sich Rost und Salzablagerungen, mithin eine ideale Brutstätte für Bakterien. Mögliche Infektionen bedeuten eine zusätzliche Belastung für den Patienten und unter Umständen Lebensgefahr. Vom Aktionskreis wird deshalb gefordert, die Geräte vom TÜV abnehmen und in einjährigen Abständen überprüfen zu lassen. Spätestens nach sechs Jahren sollten sie ganz ausgetauscht werden.

- Es gibt keine geregelte Ausbildung für Dialyse-Techniker. Dies führt nach Aussagen eines Bonner Dialyse-Arztes dazu, daß „jeder mit einem selbstgebastelten Dialyse-Gerät dialysieren kann“.

- Besonders Dialyse-Patienten sind durch die im Rahmen des neuen Krankenversicherungskostendämpfungsgesetzes erlassene Eigenbeteiligung von 5 DM pro Taxifahrt gebeutelt. Bei in der Regel dreimaliger wöchentlicher Dialyse entsteht eine wöchentliche Belastung von 30 DM für die notwendige Hin- und Rückfahrt zu den meistens nur in Großstädten angesiedelten Dialyse-Zentren.

- Nierenkrane sind gezwungen, ihre Wohnungen auf 26 Grad aufzuheizen, um nicht zu frieren. Denn bei ihnen zirkuliert oft nur die halbe Blutmenge durch den Körper. Deshalb wurde in Bonn die berechtigte Forderung nach Energiezuschüssen erhoben.

Mit ihrer Aktion in Bonn (u. a. Aufbau einer kompletten Dialyse-Einheit) erzielte der „Aktionskreis Nierenkranker“ große Aufmerksamkeit unter der Bevölkerung und in der Lokalpresse. Auf eine Reaktion aus den Bonner Ministerien wartete er vorerst vergebens. Dort muß ja auch niemand frieren oder seine Fahrten selbst bezahlen.

Termine:

Alle Termine veröffentlichen wir völlig kostenlos, im Gegenteil, wir wissen immer gerne, wo was los ist! Bitte beachtet, daß wir die Termine mindestens 3 Wochen vor Erscheinen der Ausgaben haben müssen!

- 30.-31. März Dortmund **Asbest und seine Ersatzstoffe**

Auskunft: Bundeszentrum Humanisierung des Arbeitslebens bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Vogelpothsweg 50-52, 4600 Dortmund-Dorstfeld, Tel. 0231/176306.

- 11./12. 4. überall in der BRD **Ostermärsche für Frieden und Abrüstung**

Kontakte von Vorbereitungsinitiativen:
Ruhrgebiet: Friedensversammlung Ruhr '82 (Ostermarschkomitee); Königswall 22, 4600 Dortmund 1
Niederrhein: Georg Vormschlag, Kronenstr. 35, 4000 Düsseldorf 1, und Jürgen Beu, Heinsberger Str. 40, 5144 Wegberg

Frankfurt: c/o Marlies Schläger, Lersnerstr. 13, 6000 Frankfurt 1
Flensburg: Pastor Konrad Lübert, Jochen-Klepper-Str. 11, 2082 Uetersen
Über 20 Ostermärsche sind derzeit in Planung. Den niederrheinischen Aufruf drucken wir stellvertretend für viele: (siehe Doku-Teil)

- 17. 4. in München **Bundesparteitag der SPD und Demonstration für eine Wende in der Sicherheits- und Sozialpolitik**

Aufrüfer: Jugendwerk der AWO, Jusos in der SPD, SJD die Falken

- 22./23. 5. in Dortmund **Bundesweites Treffen der Eltern kunstfehlerhaft geburts geschädigter Kinder**

Auskunft und Anmeldung: Arbeitskreis „Kunstfehler in der Geburtshilfe“ im allgemeinen Patientenverband – apv – e.V. c/o Ulla und Pejo Boeck, Düsseldorfer Str. 19, 4600 Dortmund 1, Tel. (0231) 52 97 71.

- 12.-15. 5. in Münster **Ärztetag**

Im Zusammenhang mit Aktivitäten zum GesSG und Katastrophen/Kriegsmedizin in dieser Zeit gibt es eine Kontaktadresse:

„Initiative Deutscher Ärztetag in Münster“
c/o Christel Wedershoven, Althoffstr. 34, 4400 Münster

- 15.-16. 5. in Köln **Gesundheitstagung des Bundesverbandes Bürgerinitiativen Umweltschutz (BBU)**

- 20.-23. 5. in München **Überregionales Treffen der „Ärzteinitiativen gegen Atomenergie“**

- 28.-30. 5. in Aachen **Überregionales Treffen der Gesundheitsläden der BRD**

- 10.-14. Mai Marl **Neue pädagogische Ansätze auch für die Ausbildung in der Krankenpflege**
Auskunft: es werden mehrere

Kurse angeboten; Allgemeiner Krankenpflegeverband, Wiesenstr. 55, Lucy-Romberg-Haus, 4370 Marl, Tel. 02365/33566.

- 22.-23. Mai Basel **Gruppenpraxen in der Schweiz**

Auskunft: Zentralsekretariat der SGSG, Postfach 474, CH-8026 Zürich, Tel. 01/2419850.

- 2.-4. Juni Ulm **Staatlicher Eingriff und Selbstregulierungspotentiale im Gesundheitswesen – Zur Durchsetzung von Betroffeneninteressen**

Vorbereitung: DVPW-Arbeitskreis „Gesundheits- und Sozialpolitik“. Auskunft: Deutsche Vereinigung für Politische Wissenschaft (DVPW), Von-Melle-Park 15, 2000 Hamburg 13, Tel. 040/41232425.

- 10.-13. 6. in Kiel **Tagung des „Mannheimer Kreises“**

Kleinanzeigen- mark/Stellen- anzeigen

Unsere Kleinanzeigen sind relativ billig und erreichen derzeit mindestens 3500 Leute, die sich für eine fortschrittliche Gesundheitsversorgung engagieren.

Preis: 5 Zeilen à 25 Anschläge nur 5 DM. Jede Zeile mehr (25 Anschläge) 1 DM. Postkarte an: Ulli Raupp, Spyckstr. 61, 419 Kleve.

Zuschriften auf Anzeigen mit Chiffre bitte auch unter Angabe der Chiffre-Nummer auf dem Briefumschlag an o.a. Adresse.

Ehemals Alkoholabhängiger, 35 Jahre, verh., mit Langzeittherapie und anschließender staatlich geprüfter Sportlehrerausbildung mit rehabilitativem Schwerpunkt sucht Anstellung als

Sport- und Bewegungstherapeut/Gruppentherapeut

in einer Einrichtung für Drogenabhängige (Alkohol, Medikamente/Drogen) oder im Reha-, Jugend-, Sozialbereich. Absolvierte und bevorstehende Zusatzausbildung: Autogenes und Psychotomisches Training; Schöpferisches Gestalten/Konzentrativer Bewegungstherapie; Präventionsmaßnahmen in Jugendfreizeiteinrichtungen und Zusatzqualifikation für Mitarbeiter in Suchtkrankenhilfe. (Chiffre 1/2/82)



Therapeutisches Arbeitskollektiv Kreuzberg e.V., Erkelenzdamm 7, 1000 Berlin 36, Tel. 6147793.

Doktor gesucht / Wir bieten: In einem Team von Krankengymnastinnen, Logopädiinnen, Psychologen im Bereich der Früherkennung und -behandlung von mehrfach behinderten Kindern/Kindern mit frühkindlichen Hirnschädigungen zu arbeiten; Halbtagsstelle (auch weniger); einen Platz als gleichberechtigtes Mitglied im Team.



Wir erwarten: Facharztausbildung oder kurz davor in Pädiatrie, Neurologie/Psychiatrie; Mitarbeit im Therapie und Organisationsbereich; Verzicht auf Karrieredenken und finanzielle Besserstellung (interner Gehaltsausgleich) Tel. 030/614 77 93, Therapeutisches Arbeitskollektiv Kreuzberg e. V.



Psychosomatisch orientierte Gemeinschaftspraxis im Raum Münster sucht

Krankenschwester/-pfleger oder Arzthelfer/in

zum Jahreswechsel 1982/3. Das Arbeitsgebiet umfaßt zunächst vorwiegend organisatorische Aufgaben. Es sollte jedoch ein Interesse an der Übernahme pflegerisch therapeutischer Tätigkeit vorhanden sein. Bezahlung nach BAT.

Angebote unter Chiffre 2/2/82.

Briefmarken in den Papierkorb – Nein!

Zahle pro 100 Stück 5,- DM an das Projekt DG; also: ausschneiden, täglich sammeln und dann haufenweise schicken an:

H.-M. Stahl, Schmidtenstr. 18, 7635 Schwabau 3

Verschiedenes

Wer trägt sich auch mit dem Gedanken, in Süddeutschland in den nächsten 3-5 Jahren eine

Gruppenpraxis zu gründen?

Interessierte Ärzte/innen, Krankenschwestern/Pfleger, Arzthelfer/innen, Psychologen/innen – bzw. solche, die gerade in der Ausbildung stehen – bitte melden bei:

Benno Schwilk, Schillerstr. 84, 7320 Göppingen, Tel. 07161/2 94 42

G. Tammena – Tel. 0 4102/615 24 FACHZEITSCHRIFTEN-SERVICE

Abonnements – Einzelhefte. Alle Sparten – alle Sprachen. – Hoisdorfer Landstraße 126, 2070 Großhansdorf.

In eigener Sache

Kontaktiert die Kontakte!

Hatten wir zu Umbruchszeiten der Ausgabe 1/82, in der wir die erste DG-Kontaktliste veröffentlichten schon/erst Kontaktadressen in 26 Orten, so haben wir diesmal bereits 5 Adressen mehr. Warum wir das für so wichtig halten? Hier nochmal unsere Begründung:

Unsere personelle Konzentration auf NRW verhindert oder erschwert viele Kontakte zu Interessenten oder Mitarbeitern in anderen Bundesländern, erschwert damit auch unsere Verbreitung. In den letzten beiden Jahren haben wir einen recht zuverlässigen Mitarbeiterstab außerhalb des Redaktionskreises aufbauen können. Nach ihren Möglichkeiten haben diese Kolleginnen und Kollegen Hefte weiterverkauft. Abos geworben, Materialien und Termine vermittelt, Artikel geschrieben... Viele haben sich jetzt bereit erklärt, als DG-Kontakt für ihren Ort/Stadt regelmäßig mit Adresse und Telefon veröffentlicht zu werden. Darüber hinaus fungieren auch Redaktionsmitglieder und Herausgeber in ihren Orten als Kontakte. Von der Redaktion aus werden wir unsere Kontaktleute schneller, detaillierter und umfassender über Redaktionsinterna, Planungen, Termine und Konzepte informieren können, als das in dieser Rubrik möglich ist. Ob diese Informationen auch weiter an die Leser vor Ort gelangen, ob Leserdiskussionsrunden entstehen, ob aus einer solchen Runde oder über den Kontaktmenschens Konzeptions- oder Artikelvorschläge an uns gelangen, hängt davon ab, ob sich die Leser am Ort an den Kontakt wenden – umgekehrt geht es nicht!!! Was wir damit wollen: breitere inhaltliche Verankerung, bessere Verbreitung; was wir dafür bieten: mehr Arbeitsmöglichkeiten, mehr Informationen über unsere Arbeitsweise, dient letztlich dem gleichen Ziel!

Also: wer von Euch was für DG übrig hat – Zeit, Freude an der Mitarbeit, ein offenes Ohr – sollte schnell an die Redaktion schreiben (Postfach 101 041, 4100 Duisburg)!

Hier die neue Liste der Kontaktadressen:

DG-Kontakte

Berlin: Annette Schwarzenau, Treskowstr. 3-4, 1 Berlin 27, Tel. (030) 434 34 80; **Bonn:** Edi Erken, Paulistr. 17, 531 Bonn 1, Tel. (0228) 65 17 90; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 28 Bremen 1, Tel. (0421) 35 44 42; **Darmstadt:** Jürgen Fohrman, Liebfrauenstr. 110, 61 Darmstadt 1, Tel. (061 51) 7 45 51; **Düsseldorf:** Gunar Stempel, Aachener Str. 198, 4 Düsseldorf, Tel. (0211) 15 11 87; **Duisburg:** Felix Richter, Neudorferstr. 201, 41 Duisburg 1, Tel. (0203) 35 18 55; **Essen:** Uwe Schmitz, Rüttelkamp 35, 43 Essen 1, Tel. (0201) 426 097; **Frankfurt:** Klaus Priesler, Schloßstr. 96, 6 Frankfurt 90, Tel. (061 1) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Lehner, Bismarckstr. 6, 63 Gießen, Tel. (0641) 7 52 45; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 34 Göttingen, Tel. (051 3) 37 10; **Hamburg:** Robert Peiffer, Kurfürstenstr. 45, 2 Hamburg 70, Tel. (040) 6 66 48 45; **Hanau:** Hans See, Gustav Hochstr. 37, 645 Hanau, Tel. (061 81) 83 81; **Hannover:** Martin Welz, Testestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d: (051 32) 90 65 57/p: (0511) 81 88 68; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 69 Heidelberg, Tel. (062 21) 47 41 01; **Kassel:** Matthias Dippe, Walzstr. 2 d, 3500 Kassel, Tel. (05 61) 54 25; **Kleve:** Ulla Funke, Spyckstr. 61, 419 Kleve, Tel. (028 21) 2 65 61; **Köln:** Peter Liebermann, Lessingstr. 59, 5 Köln 30, Tel. (0221) 5 50 10 79; **Lübeck:** Angela Schürmann, Gennerstr. 44, 24 Lübeck, Tel. (04151) 5 65 86; **Mannheim:** Werner Weindorf, Maxstr. 54, 69 Mannheim, Tel. (0621) 85 54 05; **Minden:** Susanne Steuber, Arilleriestr. 12, 495 Minden, Tel. (0571) 2 89 67; **München:** Thomas Melcher, Goethestr. 36, 8 München 2, Tel. (089) 53 19 37; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 44 Münster, Tel. (0251) 79 46 88; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saerstr. 11, 29 Oldenburg; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen; **Remscheid:** Michael Sünder, Klausenstr. 34, 5630 Remscheid-Lüttringhausen, Tel. (021 91) 5 52 79; **Riedstadt:** Harald Skrobiles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (061 58) 61 61; **Siegburg:** Richard Beitzel, Hegenbultenweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (022 41) 38 35 90; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 59 Siegen, Tel. (0271) 7 68 60; **Sprockhövel:** Wolfgang Münster, Hohe Egge Unterweg 17, 4322 Sprockhövel 1, Tel. (023 24) 7 23 58; **Ulm:** Wolf Schleizer, Ringstr. 22, 79 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 6 65 44; **Viersen:** Sebastian Stier, Hermann-Ehlers-Str. 5, 4060 Viersen 12

Spenden für die DG-Werbung

In der letzten Ausgabe riefen wir unter der Rubrik zu einer Spendenaktion auf: Wiesel ins Ärzteplatt und in „Die Schwester, der Pfleger“. Die Resonanz war leider sehr gering, es gingen nur 60,— DM ein. Dabei kostet eine Anzeige im Ärzteplatt: $\frac{1}{4}$ Seite = 1700,— DM, in „Die Schwester, der Pfleger“: $\frac{1}{2}$ Seite = 500,—! Unsere Erwartungen waren wohl etwas hoch. Auf der letzten Redaktionssitzung haben wir daher die Konsequenzen gezogen und uns eine Priorität für die Pflegezeitschrift beschlossen. Überlegungen, doch noch irgendwie billiger ins Ärzteplatt zu kommen, sind im Gange. (Spontaner Vorschlag: Heiratsanzeige aufgeben, etwa so: Krankenschwester, Mitarbeiterin der Zeitschrift „DEMOKRATISCHE GESUNDHEITSWESEN“, sucht Abonnenten, für gemütliche, gemeinsame Lektüre dieser hervorragenden Zweimonatsschrift für Gesundheits- und Sozialberufe. Interessenten bitte melden bei PRV-Verlag... – Vorschlag wurde mit 25 Chauvi-Punkten belegt und abgelehnt). Vorschläge jederzeit gern gesehen! Aber natürlich auch Spenden. Dafür haben wir ein neues Konto eingerichtet:

Sonderkonto Norbert Andersch, PSchA Essen, Nr. 15420430

Wir brauchen noch mindestens 440,— DM!!

oder die Kontaktadressen wenden. Termin wird aller Voraussicht nach der 17. Juni in Bonn sein.

Aufkleberaktion

Unser Aufkleber „Pharmawerbung – Nein danke“ geht weg wie warme Semmeln. Über 3500 Stück haben wir inzwischen verschickt oder direkt verkauft. Unser Wiesel zierte mittlerweile so manches Auto, hoffentlich auch manche Stations- bzw. Arztzimmertür. Wenn die ersten Nachrichten über Markteinbrüchen, saure Vertreter oder sonstige Erfolge eintreffen, werden wir sofort berichten. Falls Ihr schon Erfahrungen mit dem Aufkleber gemacht habt, schreibt uns doch einen kurzen Bericht darüber – wir von der Redaktion und sicher auch viele Leser sind gespannt darauf. Übrigens, die Aufkleber sind nach wie vor erhältlich: siehe Hinweis Seite 5!

Themenvorschau 3/82

Schwerpunkt: Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen

- Patientenorientierte Ausbildung in der Krankenpflege
- Geschäft mit der Ausbildung: private Institute fischen im Trüben
- Eine Anzeige aus dem Deutschen Ärzteblatt

Chirurg

10 Jahre Weiterbildung (u. a. Universität Düsseldorf), erfahren im Tupfen und Hakenhalten (Deutscher), sucht adäquate OA-Stelle in NRW. 6275 A.

Witz oder Wirklichkeit?

Berichte, Kommentare und vieles mehr. Das Heft erscheint im Mai.

Ulli Raupp/Peter Walger

Redaktionskonferenz

Im Juni '82 soll unsere erste Redaktionskonferenz mit neuem Konzept, also zusammen mit allen Interessenten und Mitarbeitern, stattfinden. Wegen starker Nachfrage und der besonderen Bedeutung des Themas wird die Pharmaindustrie mit ihrer Marktstrategie, ihrem Einfluss auf Therapie und Kosten im Mittelpunkt stehen. Alle interessierten Leser mögen sich an die Redaktion

Sonderangebot alter DG-Hefte:

**5 Hefte nach Wahl (1/79–6/81) für DM 10,—
(+ 2,30 DM Porto)**

**10 Hefte nach Wahl (1/79–6/81) für DM 20,—
(+ 2,30 DM Porto)**

Einzelheft: 3,— DM (in Briefmarken incl. Porto)

Achtung: Heft 3/80 und 5/81 sind nicht mehr zu haben!!!

Bestellungen nur gegen Vorkasse und Portobellage!

Demokratisches Gesundheitswesen, Postfach 101 041, 4100 Duisburg

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 Kleve, Tel. 02821/2 65 61



Kostendämpfung:

Selbstbeteiligung und Leistungsabbau

Von Wilfried Bieniek

Seit dem 1. 1. 82 gelten für das Gesundheitswesen zwei neue Gesetze: das Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz (KHG) und das Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (KVEG). Auf den ersten Blick überrascht es, daß schon nach vier Jahren neue gesetzliche Regelungen erforderlich werden, denn erst am 27. 6. 1977 hatte der Bundestag nach jahrelanger Diskussion das erste „Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (KVKG) verabschiedet. Wir wollen hier nicht die ganzen Einzelheiten wiedergeben (siehe dazu DG 5/81, S. 6) sondern aufführen, warum ein neues KVEG notwendig wurde und dann anhand von drei Beispielen belegen, mit welchen Mechanismen Kostendämpfung betrieben wird.

Krankenkassen sind pleite

Bedingt durch den ständigen Ausgabenanstieg der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) waren die Krankenkassenbeiträge von 7,8% (1960) auf 13,2% (1976) angestiegen. Dies bedeutete, daß jeder 7. Arbeitsplatz ausschließlich der Finanzierung des Gesundheitswesens diente. Der Gesetzgeber reagierte darauf mit dem 1977 beschlossenen KVKG, was tatsächlich zu einer vorübergehenden Beitragsstabilisierung führte. Erreicht wurde dies durch einerseits *kurzfristige Maßnahmen*, die alle einer Selbstbeteiligung

und damit einer indirekten Beitragserhöhung gleichkamen:

- Finanzielle Beteiligung der Versicherten an Arznei-, Verband- und Heilmittelkosten über Rezeptgebühren
- 20%ige Selbstbeteiligung bei Zahnerhalt und Zahnkronen
- Neuregelung der Gewährung von Kuren und Haushaltshilfen

Daneben sollten *längerfristige Strukturveränderungen* erfolgen:
Vom Gesetzgeber wurden sogenannte „Transparenzlisten“ zur Diskussion gestellt, aus denen die verschiedenen Preise

gleichwirkender Medikamente ersichtbar sind. Man erhoffte sich ein preisbewußteres Verhalten der Kassenärzte bei der Verschreibung von Medikamenten. Durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen und rationelleren Therapien hätte die so genannte „vorstationäre Diagnostik“ und „nachstationäre Behandlung“ tatsächlich kostendämpfend wirken können. Diese Möglichkeit wurde aber dadurch beschnitten, daß „der einweisende Kassenarzt zustimmen muß“. In der Regel geschieht dies nur bei unflukrativen Leistungen.

Als zentrales Steuerungsinstrument wurde die „Konzertierte Aktion in Weiß“ installiert. Die darin vertretenen Ärzte, Pharmaindustrie, Krankenkassen und Bundesarbeitsministerium sollten jeweils bis zum 31. März Empfehlungen für die Veränderung der Gesamtvergütung für Ärzte und Arzneimittel-Höchstbeträge geben. Hierbei sollte die zu erwartende Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme berücksichtigt werden. Bisher wurde dies dadurch unterlaufen, daß sowohl Ärztevertreter als auch die Pharmaindustrie mit den

Krankenkassen vorher Verträge abschlossen um sich der Kontrolle durch die Konzertierte Aktion zu entziehen. Die dabei geübte „freiwillige Selbstbeschränkung“ der Ärzte und Pharmaindustrie hat dabei nicht kostendämpfend, sondern lediglich weniger kostentreibend gewirkt.

Das 1977 beschlossene Gesetz hatte somit keine langfristig wirksamen, strukturverändernden Regelungen gebracht bis auf die Einführung der Selbstbeteiligung. Die durch die ökonomische Krise bedingte steigende Arbeitslosigkeit, sinkende Real-einkommen, Anstieg an Frührentnern kam es zusätzlich auf der Einnahmeseite bei den GKV's zu einem relativen Rückgang, da die genannten Personengruppen keine Beiträge leisten. Um bei weitersteigenden Ausgaben im Wahljahr 1980 eine unpopuläre Beitragserhöhung zu vermeiden, wurden die gesetzlichen Rücklagen der Krankenkassen am 1.1.1980 von einer Dreimontsreserve auf eine 1 1/2fache Monatsreserve reduziert. Dies brachte für die Krankenkassen natürlich nur eine kurzzeitige Entlastung, erforderlich waren neue Maßnahmen zur Kostendämpfung, wie sie im jetzigen KVEG vorliegen:

Der erste Teil dieses Kataloges verändert „nur“ die Höhe der Selbstbeteiligung, die schon 1977 festgeschrieben wurde:

- Erhöhung der Rezeptgebühren auf 4,-DM
- 40 % Selbstbeteiligung bei zahntechnischen Leistungen
- Gewährung von Kuren nur alle drei Jahre
- 5,— DM Selbstbeteiligung bei Fahrtkosten etc.

„Strukturverändernde Maßnahmen“?

Beispiel Arzneimittel:

Was aber ist aus den langfristig wirkenden strukturverändernden Maßnahmen geworden. 4 Jahre Erfahrung mit der „Transparenzliste“ hatten gezeigt, daß dieses Instrument höchst untauglich und völlig unzureichend zur Kostendämpfung bei Arzneimitteln wirkte. Die „Gewinnexplosion 1980 bei BAYER“ (WR 13. 5. 1980) und die „Rekordausschüttung an Höchstaktiönäre“ (WR 5. 5. 81) war bei Flau in der übrigen Chemieindustrie fast ausschließlich der konjunktur-unabhängigen Branche Pharma zuzuschreiben.

Dies berücksichtigend hatte der ursprüngliche Referentenentwurf die von Prof. Greiser entwickelte „Positivliste“ vorgesehen. Diese Liste hätte die Krankenkassen von der Zahlung nicht wirksamer Medikamente befreit und damit auch ein Schutz der Patienten vor der allgegenwärtigen Chemie dargestellt. Auf massivem Druck der Pharmaindustrie, vermittelt über die FDP-Bundestagsfraktion, wurde auf die Einführung dieser Liste verzichtet. Der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie (BPI) jubelt am 15. 9. 81 in seinem Mitteilungsblatt „Medikament und Meinung“: „Verzicht auf Systemveränderungen bei Kostendämpfungsplänen“ und betont „insbesondere der FDP zu Dank verpflichtet“ zu sein. In diesen Problemkomplex gehört auch der Verzicht auf das ursprünglich geplante „Arzneimittelinstitut

zur Untersuchung über den therapeutischen Nutzen und die Wirtschaftlichkeit von Arznei- und Hilfsmitteln“. Stattdessen befreit man die Krankenkassen von der Bezahlung der sogenannten „Bagatellmittel“ und bürdet diese dem einzelnen Patienten auf. Zwar sollten schon 1977 von den Bundesverbänden der Krankenkassen in Zusammenarbeit mit den Ärzteverbänden und der Pharmaindustrie entsprechende Negativlisten erstellt werden, dieser Verpflichtung wurde aber nicht gefolgt. Der Bundesarbeitsminister hat sich deshalb vorbehalten, eine entsprechende Liste per Erlaß zu erstellen. Darin sollen dann auch ganze Anwendungsbereiche (z. B. Grippemittel) ausgenommen werden. Betrachtet man die große Zahl der unwirksamen Medikamente in der Bundesrepublik, mag man mit einer solchen Negativliste liebäugeln; ohne begleitende aufklärerische Maßnahmen, die z.B. mit einer Positivliste möglich wären, wird es jedoch kaum gelingen, den Verbrauch dieser Medikamente einzuschränken. Erinnert seien nur die freiverkäuflichen Schlaf- und Schmerzmittel oder die selbst in Kaufhauskonzernen angebotenen Aufbaumittel. Für die kleinen Krankheiten des Alltags werden die Patienten zur freiwilligen Selbstbeteiligung herangezogen. Auf diesen Punkt bringt es die Freidemokratin und Apothekerin Frau Dr. Adam-Schwaetzer, MdB, wenn sie sich auf dem diesjährigen Apothekertag für die Negativliste ausspricht: „Es kann nicht Aufgabe der Krankenkasse sein, zum Nulltarif Mittel gegen geringfügige Erkrankungen anzubieten.“ Zusammenfassend für den Pharmabereich kann man damit festhalten: Die Pharmaindustrie wird nach dem Verzicht auf eine Positivliste durch das KVEG nicht betroffen; die Einführung einer Negativliste wird zwar die Krankenkassen entlasten, die Versicherten über freiwillige Selbstbeteiligung zusätzlich belasten. Mit einem Rückgang nicht wirksamer Arzneimittelproduktion kann kaum gerechnet werden.

Beispiel: ambulante Versorgung

Durch das 1977 beschlossene KVKG war es tatsächlich zu einer gewissen Stagnation der Einkommensentwicklung der Kassenärzte gekommen, da die Steigerung der Einzelleistungsvergütung an die Grundlohnentwicklung angeglichen wurde. Zwei Mechanismen ermöglichen jedoch den niedergelassenen Ärzten, ihre Pründe auszuweiten:

1. Mit dem Privatpatientenmarkt steht ein gewisser Spielraum für Einkommenserhöhungen zur Verfügung, von dem auch tatsächlich Gebrauch gemacht wird: Seit 1978 klagen die privaten Versicherungsunternehmen, „daß die Ärzte bewußt eine Kostenverlagerung zu Lasten der PKV (Private Krankenversicherung) vornehmen“.
2. Durch eine Ausweitung der Einzelleistungen (z. B. pro Praxis statt 80 EKG's jetzt 100 EKG's) bleibt ebenfalls ein gewisser Spielraum für Einkommenserhöhungen. Im ursprünglichen Referentenentwurf war deshalb vorgesehen, die Gesamtvergütung der Kassenärzte an die Entwicklung der Grundlohnsumme anzupassen (sogenannter Honorardeckel). Nachdem

bei der letzten Vorlage im Bundestag darauf verzichtet wurde, konnte die kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) großzügig zusichern, „1982 keine Preiserhöhungen für ärztliche Leistungen“ zu fordern. Im Deutschen Ärzteblatt atmete man befreit auf: „FDP setzt sich durch: kein Honorardeckel“.

Die Ausweitung der einzelnen Leistungen pro Patient hat natürlich seine objektiven Grenzen; man kann z.B. nicht täglich ein EKG abrechnen. Ein Weg aus diesem Dilemma bietet die Ausweitung des Leistungsspektrums durch zunehmende Übernahme von bisher ausschließlich im Krankenhaus geleisteten Tätigkeiten in den ambulanten Bereich. Der kürzlich abgeschlossene Vertrag über ambulantes Operieren belegt dies eindrucksvoll.

Kurz dargestellt werden soll an dieser Stelle der „Bayern-Vertrag“, der wohl in dieser Form in der Bundesrepublik das entwickelteste Modell ist, „Ethik in Monetik“ zu verwandeln oder anders ausgedrückt: Kostendämpfung zu betreiben ohne die Kostentreiber einzuschränken. Dieser zwischen den RVO-Kassen und der Kassenärztlichen-Vereinigung Bayern geschlossene Vertrag sichert den Kassenärzten einen überplanmäßigen Honararzuwachs zu, wenn

- die Zahl der Überweisungen ins Krankenhaus verringert wird und
- bei den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen strengere Maßstäbe angelegt werden.

Entsprechend haben sich KBV und Kassenverbände auf Bundesebene darauf geeinigt, „ihre Bemühungen möglichst viele Patienten ambulant zu behandeln, zu verstärken“.

Zusammenfassend muß man für den ambulanten Bereich festhalten:

1. Die Kosten der ambulanten Behandlung werden weiter steigen, eine ausreichende Einschränkung sieht das KVEG für die Ärztevergütung nicht vor.
2. Die Krankenkassen werden versuchen, teure (stationäre) Behandlungen durch billigere (ambulante) Behandlungen zu ersetzen. Dadurch wird auch langfristig das Einkommen der niedergelassenen Ärzte gesichert. Die damit verbundene Leistungseinschränkung wird – dazu muß man kein Heilseher sein – zu einer Veränderung im Krankenstand der bundesrepublikanischen Bevölkerung führen.

Beispiel: Das Krankenhaus

Mit den KVKG wurde 1977 die Möglichkeit der vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung gesetzlich fixiert. Wie oben gezeigt, ist bei dem derzeitigen „Monopol“ der kassenärztlichen Vereinigung für die ambulante Versorgung eine echte Verzahnung dieser beiden Bereiche nicht möglich. Im Gegenteil haben – wie der Bayern-Vertrag zeigt – sowohl KV als auch Krankenkassen ein Interesse daran, den stationären Bereich abzubauen.

Die KVEG schiebt den schwarzen Peter der Kosteneinsparung allein den Krankenhausträgern zu:

- Die Erhöhung der Pflegesätze werden auf den Grundlohnanstieg begrenzt.

- Es wird ein Höchstbetrag für Arzneimittel festgesetzt,
- Es wird eine Erhöhung der Betteneinsatzung vorgeschrieben, verbunden mit entsprechendem Abbau bedarfssnotwendiger Betten.

Damit stehen die Krankenhäuser vor dem staatlich verordneten Zwang zur Rationalisierung, die zwangsläufig das Personal in erster Linie betrifft.

Entsprechende Forschungsprojekte zur Personaleinsparung werden seit Jahren vom Bund finanziert. (Personalbedarfsberechnungsverfahren = PBBV). Beispielhaft sei die „Verkürzung der Wege“ durch eine zentrale Rufanlage dargestellt: Jede Schwester signalisiert per Knopfdruck ihren Aufenthaltsort; zum klingelnden Patienten geht dann diejenige, die am nächsten ist. In machen Häusern gibt es schon jetzt ungelernte Waschfrauen, die die Patienten von 5-7 Uhr morgens frisch machen, „Ent- und Versorgungsassistentinnen“ für die „niederen“ Tätigkeiten der Pflegekräfte, Schreibautomaten, zentrale Verbandsdienste als Spezialkolonnen – und last not least – der Narkoseroboter ist fast fertig entwickelt.

Für die Krankenhäuser läßt sich festhalten: das KVEG verschärft den Rationalisierungsdruck für den Krankenhausträger. Dies wird sich in erster Linie in einem Personalabbau und einer Arbeitsintensivierung niederschlagen. Damit einher geht ein Abbau medizinischer Sachleistungen.

Der Kern: Selbstbeteiligung und Leistungsabbau

Das KVEG begrenzt im wesentlichen nur die Ausgaben für die stationäre Versorgung. Niedergelassene Ärzte und Pharmaindustrie bleiben primär unberührt. Durch eine Ausweitung der Selbstbeteiligung werden der Pharmaindustrie weitere Einnahmequellen erschlossen (Rezeptgebühren, Negativliste). Durch eine Umstrukturierung der stationären und ambulanten Leistungen, zu der sich die Krankenkassen gezwungen sehen, kommt es zum Abbau von Gesundheitsleistungen, (ambulantes Operieren, Bayern-Vertrag). Dagegen gäbe es eine Fülle von Alternativen, wie sie beispielsweise von der ÖTV formuliert werden:

1. Strukturveränderungen im Sinne einer echten primären Prävention, was umfassende Regelungen für Arbeits- und Lebensbedingungen bedeuten würde.
2. Vereinheitlichung der GKV bei regionaler Gliederung; ein erster Schritt wäre die Heraufsetzung der Beitragsbemessungsgrenze.
3. Echte Kosteneinsparung durch Begrenzung der Arzneimittelausgaben (Positivliste) und der Gesamtvergütung der ärztlichen Leistungen (Honorardeckel).
4. Einführung von vorstationärer Diagnostik und nachstationärer Therapie – Voraussetzung dafür wäre, das Behandlungsmonopol der KV aufzuheben.
5. Einrichtungen kasseneigener Institute und Behandlungszentren.

Nach diesem zweiten Kostendämpfungsgegeset wird man aber auch für das für 1984 geplante Strukturgesetz solche Regelungen nicht erwarten können.

Bieniek, Giessen

Fortbildung für Niedergelassene

In der Höhle des Löwen – Ärztliche Unternehmer unter sich

Unsere Kasse

die du stehst bei der gesetzlichen Krankenversicherung

geheiligt werde deine Namensvielfalt

dein Reichtum komme

über uns und unsere Praxis

Unsere tägliche Fallzahl gib uns heute

und vergib uns unsere Einzelleistungen

so wir werden weniger stationär einweisen

Und führe uns nicht in Konkurrenz zueinander

sondern erlöse uns von dem Übel der Neider

Denn unser ist dein Reichtum

und die kranken Patienten

und deren Abhängigkeit von uns

In Ewigkeit?

„Meine Herren, bedenken Sie: mit unserer Unterschrift verfügen wir über 80% der Krankenkassenbeiträge! Kein stationärer Aufenthalt ohne unsere Einweisung, kein Medikament, keine Massage ohne unser Rezept, kein Tag arbeitsunfähig, wenn wir nicht unterschreiben . . .“

Selten sprechen sie so offen, die Vertreter der kassenärztlichen Vereinigung (KV). Der Anlaß: kürzlich fand eine Fortbildungsveranstaltung vor niedergelassenen Ärzten über den Hessenvertrag statt – man fühlte sich unter sich.

Der Hessenvertrag – analog zum Bayern-Vertrag zwischen den Ortskrankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung abgeschlossen – beinhaltet: die Kassenärzte bekommen einen Bonus in Form einer erhöhten Wegepauschale, Extravergrütung eines Arztbriefes und Erhöhung des sogenannten Punktwertes, wenn sie sparen: bei der Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Verordnung von Krankenhauspflege, Erstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

Originalton (O-Ton) KV-Vertreter:

„Lassen Sie sich nicht verführen, seien Sie kritisch mit den Krankenhouseinweisungen, auch wenn die Patienten Ansprüche stellen . . . ich kenne die Auseinandersetzungen in den Sprechzimmern . . . als frei praktizierende Künstler sind Sie natürlich nicht frei –

wir wissen, daß Ihnen die Patienten und Ihre Scheine weglauen, wenn Sie nicht genügend krank schreiben . . . Aber diese willfährigen Kollegen, die den Arbeitsunfähigkeitschein als Werbemittel einsetzen, das ist ein ganz unschönes Kapitel – wenn wir das nicht in den Griff bekommen, werden wir den Krieg gegen die Systemveränderer verlieren . . .“

Warum diese beschwörenden Worte des KV-Löwen an die praktizierenden Kollegen? Ist etwa Unruhe in dem Völkchen der Niedergelassenen, droht die „freie Konkurrenz“ den ach so einheitlichen Stand zu zerbrechen?

Tatsächlich sind die Umsatzzahlen pro Praxis seit 1975 zwar gestiegen, parallel dazu jedoch auch die Kosten für die Praxisführung. Unterm Strich bedeutet dies bei der voranschreitenden Inflation für den einzelnen Kassenarzt einen Realeinkommensverlust, der freilich bei dem bekanntmaßen fetten Polster gut weggesteckt werden kann. Drohende Wolken erscheinen aber am Horizont: die Krankenkassen sind pleite, die Zahl der sich neu niederlassenden Konkurrenten wächst, medizinische Großgerätehersteller und Pharmaindustrie fordern immer größere Anteile aus dem Topf der Sozialversicherten. O-Ton KV Löwe:

„. . . die fetten Jahre sind für uns vorbei, wir können das Rad nicht zurückdrehen – wir sind glücklich, wenn wir das Erreichte halten können.“

Wie aber das Erreichte halten? Einige Strategien wurden von den KV-Vertretern dargestellt:

1. Umverteilung innerhalb der „Kollegenschaft“.

Das Prinzip des Hessenvertrages „soviel ambulant wie möglich – so wenig stationär wie nötig“ führt bei gleichzeitiger Niederglassungsbeschränkung zu einem Abbau von Krankenhausbetten und damit Krankenhauspersonal, auch ärztlichem.

2. Abbau von medizinischer Qualität auf dem Rücken der Patienten.

„... wenn sie jetzt in den nächsten Jahren in den Kliniken Stationen schließen, machen sie doch Hotels daraus ... gegen eine entsprechend hohe Selbstbeteiligung könnte man hier doch die alten Leute und Sozialfälle unterbringen, die sonst nur den Klinikbetrieb behindern ... vor allem müssen wir uns auf die ethische Verantwortung der Familie besinnen, die ja die Sorgepflicht für die älteren Menschen hat ... die alten Menschen können auch wir Niedergelassenen behandeln, ein 70jähriger Schlaganfall braucht kein modernes Krankenhaus ...“

(Bliebe zu fragen, wie derzeit die Betreuung in den Altenheimen aussieht?)

3. Umverteilung innerhalb der Niedergelassenen: durch die zunehmende Technisierung der Medizin sind die Kosten für Einrichtung und medizinische Geräte auch bei den Niedergelassenen angestiegen.

„Kooperieren Sie, nehmen Sie jüngere Kollegen in Ihre Praxis – besser Sie stellen sie an, als daß er sich neben Ihnen niederläßt ... die Zeiten, daß jeder sein kleines Labor hat, sind vorbei ... ohne Laborgemeinschaften geht es heute nicht mehr ...“

(Nichtgestellte Zwischenfrage: Warum eigentlich nicht die Großlabore an den Kliniken benutzen? Sind die nicht privat genug?)

4. Übernahme von Tätigkeiten aus anderen Bereichen – Beispiel ambulantes Operieren. Die Zahl niedergelassener Chirurgen hat in den letzten Jahren zugenommen, dies führte zum Rückgang der „Fallzahl“ (= Patienten pro Arzt).

„Trotzdem konnte eine Honorareinbuße verhindert werden, im Gegentell können die Kollegen durch die Erhöhung des Fallwertes (= ärztliche Leistungen pro Patient) sogar einen Honorarzuwachs verzeichnen ... man sieht das sehr schön bei den Chirurgen und Gynäkologen, das ist das ambulante Operieren ... da müssen wir uns noch mehr einfalten lassen ...“

5. Eingrenzung der anderen Leistungsträger. Selbst die heilige Allianz zwischen Ärzten und Pharma-Industrie ist kein Tabu mehr. O-Ton KV-Löwe:

„Die Pharmaindustrie ist für uns ein großer Sorgenpunkt. Die sogenannten Ärztebesucher sind sehr gut psychologisch geschult

... achten Sie doch bei Ihrer Arzneiverordnung ein bißchen darauf ... verordnen Sie weniger, verordnen Sie mehr Generics ... es muß kein Schaden sein, wenn der Patient sein Panzynorm nicht einnimmt ...“

6. „Volkswirtschaftliches Entgegenkommen“ zu Lasten der Patienten. Die Einschränkung der Krankschreibungen belegt dies eindrucksvoll. Nach einer niedersächsischen Statistik sind 63,5% der volkswirtschaftlichen Kosten aus einer Allgemeinpraxis Folge der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Dies soll sich mit dem Hessenvertrag ändern. Entsprechend ergänzende Ausführungen machte auf der genannten Fortbildungsveranstaltung auch ein Vertreter der sozialärztlichen Dienststelle:

„... die AOK (einer mittelgroßen Stadt, Name der Redaktion bekannt) hat 1980 12 Millionen DM für die Arbeitsunfähigkeit ausgegeben, ohne die Kosten für die Lohnfortzahlung der Unternehmer ... die fehlen eines Tages in dem Topf des niedergelassenen Arztes ... nehmen Sie doch Kontakt zu uns auf – wir können freier als Sie entscheiden, wir brauchen keine Angst zu haben, daß uns die Patienten weglauen ...“



Beispiele von Kostendämpfung à la Kasenärztliche Vereinigung. Das Schlimme daran: der Hessenvertrag wurde zwischen der KV Hessen und den Ortskrankenkassen vereinbart. Und in den AOK's sitzen Gewerkschaftsvertreter, die hier mitsprechen, um die Beitragssätze stabil zu halten. Daran wird sich nichts ändern, solange das „Monopol der KV“, die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung zu sichern, nicht angetastet wird. Und solange wird der KV-Löwe die heilige Privatkuh unbehindert melken können; O-Ton KV:

„... wir wollen die GKV nur so erhalten wie sie ist, denn sie brauchen uns genauso, wie wir sie ... in keinem anderen System ginge es uns besser ...“



Rosalynde Ainslie (Text)
Lisa Kopper (Illustrationen)

Kinder von Soweto

32 Seiten, DM 6,50
ISBN 3-921614
Bonn, Neuauflage 1981

Das Leben einer Familie in Südafrika dargestellt am Beispiel der Familie Silenga:

Alles geht gut, bis der Vater wegen undiszipliniertem Verhalten seinen Arbeitsplatz und damit seine Aufenthaltsberechtigung verliert. Da bricht die große Familie auseinander in kleine Gruppen, die an den unmenschlichen Gesetzen der Apartheid scheitern.

Ein Lehrbuch, ein Lernbuch: Material zur Gesundheitsversorgung, Erziehung, Arbeitsgesetzgebung etc. ergänzt den kurzen, eindringlich erzählten Text, der jede Sentimentalität vermeidet, eindrucksvolle Linolschnitte malen die Stimmung der Betroffenen. Ein Buch für große Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die keine Angst haben, das Schicksal der Unterdrückten kennenzulernen.

Zu beziehen über:
ISSA Informationsstelle
Südliches Afrika
5300 Bonn 1, Blücherstraße 14
Tel. (02 28) 2132 88
Vertrieb für den Buchhandel:
con, Postfach 106 545, 2800 Bremen



W. B.

„Wir haben das Gesetz massiv abgelehnt“

**Gespräch mit den Kollegen
Alfred Schmidt und Bodo Scharf
vom DGB-Bundesvorstand
über Kostendämpfung,
Bayern-Vertrag,
ambulantes Operieren ...**

DG: Die Gewerkschaften müßten doch eigentlich bei der Verabschiedung der Kostendämpfungsgesetze Bauchschmerzen gehabt haben? Das kann doch nicht nach ihrem Geschmack gewesen sein?

Alfred Schmidt: Ja, das sind lediglich Gesetze mit kurzfristigen Einsparungsmöglichkeiten, die aber an den längerfristigen Problemen im Gesundheitswesen wenig ändern. Das war ursprünglich anders. Der Referentenentwurf des Bundesarbeitsministers enthielt eine Reihe strukturverändernder Maßnahmen, die aber durch die FDP gekippt wurden.



Alfred Schmidt



Bodo Scharf

Als Hauptproblem im Gesundheitswesen würden wir Folgendes benennen: Es fehlt an einer vernünftigen Steuerung der Ausgaben – die Krankenkassen haben nach

wie vor keinen Einfluß auf die Ausgaben im Gesundheitswesen. Wir wünschen uns die Möglichkeit von Verhandlungen der Kas-sen mit den Vertragspartnern nicht nur über Honorare, sondern über den ganzen Rahmen der Ausgaben, also auch über den stationären Bereich, über Arzneimittel. Wenn das nicht gelingt, steht die Autono-mie der Selbstverwaltung auf dem Spiel. Es muß dazu kommen, daß die Ausgaben-steigerungen sich in einem Rahmen mit den Einnahmesteigerungen bewegen, bzw. die Ausgaben dort stärker steigen, wo dies vernünftig ist, d. h., wo es den Versi-cherten zugute kommt, Stichwort Pflege oder Stichwort psychosoziale Krankenver-sorgung.

DG: Aber die Richtung, die in den Gesetzen eingeschlagen worden ist, müßte doch dem DGB schon grundsätzlich quer liegen, insbesondere was den Leistungs-abbau und die Selbstbeteiligung anbe-trifft?

A. Schmidt: Ursprünglich waren die Ge-setze anders angelegt. Ursprünglich war das eine halbwegs ausgewogene Konsoli-dierung der Krankenversicherung. Ich würde das nicht so undifferenziert sehen. Wir sind in einigen Bereichen in der Kran-kenversicherung über das Maß des Erfor-derlichen hinausgeschossen, weniger we-gen der Nachfrage der Versicherten als viel mehr wegen der Gestaltung des Leis-tungsangebotes durch die Vertragspar-tner. Wenn wir praktisch kaum noch Allge-meinärzte haben und die immer mehr durch Fachärzte abgelöst werden, dann läuft das auf eine Überversorgung hinaus, die teurer ist, aber deshalb nicht effizienter. Und wenn die Krankenhausbedarfspla-nung unnötig viele Betten der Maximalver-sorgung vorhält, dann ist das auch eine Überversorgung, und daß wir ein Arznei-mittelüberangebot haben, ist sicher unbe-

stritten. Und daß wir im Bereich der zahn-ärztlichen Versorgung uns beim Zahner-satz eine Überversorgung leisten, die haarsträubend ist und auf Kosten einer vernünftigen Prophylaxe geht, ist sicher auch unbestritten. Hier muß begadigend eingegriffen werden, was aber etwas völlig anderes ist als eine undifferenzierte Selbstbeteiligung. Wenn wir jetzt einige Arzneimittel aus der Erstattungspflicht durch die Krankenkassen herausnehmen, dann nur, weil bei diesen eine Abgrenzung gegen Güter des täglichen Bedarfs kaum noch möglich ist – das hat aber nichts mit undifferenzierter Selbstbeteiligung zu tun, wie etwa beim Insulinser des Diabetikers.

DG: Aber, was wir jetzt haben, ist doch eine undifferenzierte Selbstbeteiligung, wenn man die Selbstbeteiligung an den Transportkosten nimmt, die Erhöhung der Rezeptgebühr ...

Bodo Scharf: Moment, Moment! Bei den Fahrkosten waren wir es, die gegen diese Lösung waren. Wir haben gesagt, das be-lastet die kleinen Versicherten zu stark ... das ist hier in einem Umfang reinmarschiert, wo wir gesagt haben: das ist nicht in Ordnung. Die höhere Medikamentenge-bühr ... das ist sehr umstritten, was da sinnvoll ist. Jetzt ist die Medikamentenge-bühr von 1 DM auf 1,50 DM angehoben worden, ... was die Mark 1970 war, das ist in etwa die 1,50 1981 und seit 1970 haben wir ja die Medikamentengebühr. Noch einmal zusammengefaßt: unser Konzept war, die Belastung auf alle zu verteilen, damit die Beiträge zur Krankenversiche- rung nicht erhöht werden müssen. Wir können nicht in einer Zeit rückläufiger Realeinkommen, steigender Beiträge, San-ierungsmaßnahmen im Bundeshaushalt die Krankenversicherungskosten frei davon laufen lassen. Dieses Konzept ist aber in dem verabschiedeten Gesetz nicht durchgehalten worden.

„Notwendig ist die Ergänzung der einnahmeeorientierten Ausgabenpolitik mit einer Strukturpolitik.“

DG: Kommen wir mal zur einnahmeeorientierten Ausgabenpolitik. Der DGB ist nicht gegen dieses Prinzip.

A. Schmidt: Wir haben das relativiert. Wir sind insofern dafür, als sich kein Bereich selbständig machen und allgemeine Bemühungen, Beiträge stabil zu halten, konterkarieren kann. Wir haben aber gesagt, wenn durch bestimmte Faktoren, die von uns oder von der Selbstverwaltung akzeptiert werden, z. B. veränderte Versicherungsstruktur oder die Finanzierung von Leistungsverbesserungen, die wir als notwendig ansehen, die Beiträge stärker steigen, ist das in Ordnung.

B. Scharf: Notwendig ist die Ergänzung dieses Globalsteuerungsinstrumentes „einnahmeeorientierte Ausgabenpolitik“ durch Strukturpolitik. Die Erkenntnis besteht natürlich darin, daß man mit einer gezielten Ausgabenpolitik noch keine Strukturmängel beseitigen kann.

DG: In den Gesetzen sind ja für die ganzen Gesundheitshandwerker ein Preisstopp bzw. für die Zahntechniker eine Preissenkung festgeschrieben worden. Warum nicht ein ähnliches Vorgehen gegenüber der Pharma Industrie, bei der man sich immer nur mit Appellen begnügt, die Preise nicht zu erhöhen, und diese Appelle überhaupt nicht beachtet werden.

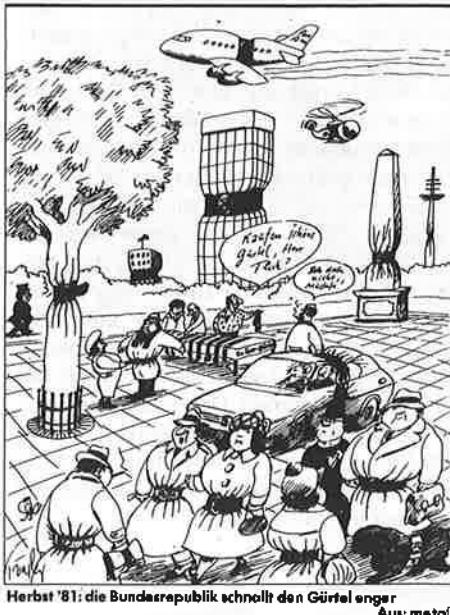
B. Scharf: Im Gesetz sind keine ähnlichen Bestimmungen für die Pharma-Industrie enthalten, aber im Referentenentwurf gab es erste Ansätze, die helfen sollten, die Preisentwicklung bei Arzneimitteln in den Griff zu bekommen, wie z. B. die Positivliste, das Arzneimittel-Informationsinstitut. Es gab eine ganze Reihe von Maßnahmen, die sich gegen die Interessen der Pharma Industrie richteten. Diese Bestimmungen sind aber an der FDP gescheitert, und wir halten das Gesetz in dem Punkt für überhaupt nicht ausreichend. Hier müssen die Krankenkassen auch mehr Einfluß auf ihre Ausgaben bekommen. Daß hier Maßnahmen fehlten, war einer unserer zentralen Kritikpunkte.

A. Schmidt: Die globalen Ausgabenerhöhungen haben uns ohnehin nicht das gebracht, was wir uns erhofft hatten und inzwischen sagen ja auch Wissenschaftler und Gesundheitspolitiker, daß darin nicht das Heil liegt. Die einnahmeeorientierte Ausgabenpolitik gibt uns aber die Möglichkeit, die Gelder bedarfsgerechter zu verteilen, dabei könnte es durchaus sein, daß einzelne Bereiche stärker wachsen, andere wiederum schrumpfen. Wir haben

also damit ein Instrumentarium in der Hand, mit dem wir wesentlich besser lenken können.

DG: Wenn wir uns dieses Prinzip mal in der Praxis klar machen, dann heißt das doch: die Ausgaben sind abhängig von der wirtschaftlichen Entwicklung. Läuft die zufriedenstellend, steigen die Einnahmen, steht also mehr Geld für die Gesundheitsleistungen zur Verfügung und umgekehrt.

A. Schmidt: Zunächst gilt solch ein Grundprinzip ja für alle öffentlichen Haushalte und in anderen Ländern, in denen das Gesundheitswesen über den Staatsetat finanziert wird, gilt das ebenso. Selbstverständlich kann das nicht auf und ab gehen, sondern da muß eine Verstetigung rein. In manchen Bereichen ist aber noch so viel Luft drin, daß wir dort die Leistungsausgaben in ihren Steigerungsraten deutlich zurücknehmen können – entsprechend den Einnahmestiegerungen –, ohne daß wir gesundheitspolitische Probleme kriegen, z. B. im Bereich Arzneimittel. Vieles ist ja in diesen Bereichen in den letzten Jahren auf der Angebotsseite passiert, was dem Bedürfnis der Versicherten gar nicht entspricht, über die Bedürfnisse hinausgeht.



DG: Noch einmal zusammengefaßt: wie kann man einem Gesetz zustimmen, das ...

A. Schmidt: Wir haben dem Gesetz nicht zugestimmt, wir haben das massiv abgelehnt. Wir haben dem Referentenentwurf zugestimmt, weil er einen wichtigen Einstieg in unsere Forderungen enthielt. Als klar wurde, daß wichtige Teile nicht durchkommen würden, haben wir gegen das ganze Gesetz Front gemacht.

DG: Eine These zu der Position des DGB, der ja eine stärkere Machtstellung der Krankenkassen gegenüber den Leis-

stungsanbietern fordert: Man schütze uns vor den Krankenkassen, die z. B. im Krankenhausbereich nichts Besseres zu tun haben, als einen weiteren Personalabbau zu betreiben, Privatisierungen zu fördern und Betten abzubauen. Wenn die Kassen noch mächtiger werden, kann das alles nur noch schlimmer werden!

A. Schmidt: Ich halte das für etwas sehr aus der Sicht eines Betroffenen gesehen und bin der Meinung, die Zahlen und Fakten beweisen eigentlich das Gegenteil. Die Ärzteschaft hält uns doch die niedrigen Zuwachsraten in ihrem Bereich vor während dagegen der Krankenhausbereich immer noch kräftig expandiert. Nun gehören wir nicht zu denjenigen, die einer totalen Umbewertung dieser beiden Bereiche das Wort reden. Also nach dem Motto „So viel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig“, also das Krankenhaus aushungern wollen. Nur muß man sehen, daß sich der stationäre Bereich ebenfalls einbinden lassen muß in vernünftige Zuwachsraten, die auch durch die volkswirtschaftliche Entwicklung, durch die Einkommensentwicklung bestimmt werden. Dort, wo heute die Krankenkassen bestimmte Positionen einnehmen, da ist das zunächst erst mal Ausdruck der Rechtslage, die den Krankenkassen keine wirkliche Mitsprache gibt. Deshalb fehlt auf Seiten der Krankenkassen die Mitverantwortung. Wenn die echt in der Verpflichtung wären, dann würde das auch anders aussehen, dann würden die Kassen auch andere Positionen einnehmen.

B. Scharf: Ein großer Teil der Misere liegt auch an der Unfähigkeit der Krankenhäuser, sich zu artikulieren.

„Im Grunde ist doch die DKG ein relativ machtloses Instrument.“

DG: Und die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die DKG?

A. Schmidt: Die DKG, welche Rolle spielt sie denn in den Auseinandersetzungen? Im Grunde ist die DKG doch ein relativ machtloses Instrument, da sind die Länder, die Kommunen stärker. Die bestimmen doch praktisch, was im Krankenhausbereich läuft. Ich sehe leider keinen, der eine richtige Lobby für die Krankenhäuser betreibt, so wie die Ärzteschaft eine exzellente Lobby hat. Es gibt doch zum Beispiel auch so gut wie keine Gespräche auf Selbstverwaltungsebene zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, in denen so etwas wie eine Standortbestimmung der Krankenhäuser vorgenommen wird, und die Politik für die nächste Zeit festgelegt wird. Solche Gespräche über Probleme wie die Abgrenzung ambulant – stationär oder Möglichkeiten der Rehabilitation im Krankenhaus wären dringend notwendig.

DG: Warum verstehen sich denn die Krankenkassen als Organisationen der Patienten nicht auch als Lobby der Krankenhäuser?

A. Schmidt: Die Krankenkassen können dieses Vakuum nicht ausfüllen, das müssen die Krankenhäuser selber ausfüllen. Aber zweifellos sitzen zur Zeit die Krankenhäuser in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung am kürzeren Hebel. Es reicht eben nicht aus, zu bestimmten Fragen mal eine Pressemeldung herauszubringen.

„Wir haben im Verhältnis zu anderen Industrienationen ein zu stark ausgebautes Krankenhausssystem.“

DG: Kommen wir zu einem anderen Kapitel der Kostendämpfungspolitik, dem Bayern-Vertrag. Ich möchte mal so formulieren: die Krankenkassen helfen mit der Unterschrift unter solche Verträge den Ärzten, aus der Kostendämpfung herauszukommen!

A. Schmidt: Das muß man sicherlich etwas differenzierter sehen. Wir haben in der Bundesrepublik im Verhältnis zu anderen Industrienationen ein zu stark ausgebautes Krankenhausssystem. Das belegen alle wichtigen Vergleichszahlen. Das ist historisch so entstanden. Ich gebe Ihnen in einem Recht: man kann jetzt nicht versuchen, über einen undifferenzierten Ausbau im ambulanten Bereich das Krankenhaus zu treffen, wenn es nicht zu der eigentlich notwendigen Verzahnung der beiden Bereiche kommt, so wie es im Ausland der Fall ist. Dennoch haben wir das Experiment mitgetragen, wobei wir einschränkend gesagt haben, das darf nicht zu Lasten der Versicherten gehen. Für uns gilt der Grundsatz, daß das Krankenhaus – weil die teuerste Versorgungsform – von solchen Dingen entlastet werden muß, die dieser besonderen Versorgung nicht bedürfen. Was wir uns in diesem Zusammenhang gut vorstellen könnten, wären Formen der vorstationären Diagnostik und nachstationären Behandlung. Aber es fehlt an der Flexibilität der Krankenhäuser. Zeigen Sie mir mal ein paar Krankenhäuser, die bereit wären, da mitzumachen. Die Krankenkassen würden mitmachen, wenn dann auch die Garantie gegeben würde, daß die damit frei werdenden Betten abgebaut werden.

B. Schart: Wir beobachten jetzt den Bayern-Vertrag. Was unserer Meinung nach zur Zeit aus den Zahlen zu entnehmen ist,

gibt eher den Skeptikern Recht als den Befürwortern. Trotzdem wollen wir kein schnelles Urteil fällen. Man kann nicht nach zwei Jahren die Auswirkungen schon voll absehen. Soweit wir das bisher beurteilen können, haben wir keine gesundheitspolitischen Restriktionen zum Nachteil der Versicherten.

Wenn sich herausstellt, daß solche Verträge kein geeignetes Mittel der Kostendämpfung sind, dann werden die Krankenkassen davon ablassen.

DG: Was in etwa auf der gleichen Linie liegt, sind die vertraglichen Vereinbarungen über das ambulante Operieren. Das halte ich für einen Schildbürgerstreich. Denn Kosten wird das nicht einsparen, aber es wird zu erheblichen neuen Investitionen führen – die Ärztekammer spricht von 5 Mrd. DM – die letztlich über die Honorare von den Krankenkassen bezahlt werden.

A. Schmidt: Die Vorgeschichte ist interessant, weil sie das bestätigt, was ich eben gesagt habe. Die Krankenkassen haben sich zunächst an die Krankenhäuser in Bayern gewandt und wollten mit denen Verträge über ambulantes Operieren abschließen! Die Landeskrankenhausgesellschaft hat sich aber stur gestellt und ging auf diese Vorschläge nicht ein. Daraufhin ist es erst zu den Vereinbarungen mit den niedergelassenen Ärzten gekommen. Nun kann man aber schon sagen, daß die Zahl, die Sie eben genannt haben, wirklichkeitsfremd ist. Solche Auswirkungen werden die Verträge nicht haben, das ist schon absehbar. Dazu sind die zu restriktiv abgeschlossen. Wir sind nach wie vor dafür, daß das ambulante Operieren am Krankenhaus durchgeführt wird. Da muß man die Sache hinbekommen. Den schwarzen Peter haben jetzt die Krankenhausgesellschaften. Und als ein solches Druckinstrument gegenüber denen verstehe ich die Verträge auch.

„Wir sehen keinen Sinn darin, jetzt so etwas wie einen Religionskrieg zu beginnen.“

DG: Für mich schließt sich hier abschließend die Frage an, welche Alternativen der DGB überhaupt zu dem herkömmlichen System der ambulanten Versorgung sieht und wie er sie im Rahmen der Politik der Krankenkassen umsetzen will?

B. Schart: Wir möchten eigentlich, daß die Krankenkassen zunächst ihre Aufgaben

voll im Bereich der Rehabilitation wahrnehmen, soziale Dienste aufbauen, Rehabilitationssachbearbeiter, Sozialarbeiter und ähnliche Berufsgruppen einstellen. Wir wollen das in den eigenen Einrichtungen machen, was über den Bereich der kurativen Medizin hinausgeht. Das gilt auch für den Bereich der Prävention, um die sich die Krankenkassen bisher auch noch viel zu wenig kümmern. Das heißt die Einstellung von Ernährungsberatern, Gesundheitsberatern usw. Insgesamt haben wir bei dieser Neubestimmung der Aufgaben der Krankenkassen bereits einige Erfolge erzielt, wie die Zahl der Gesundheitszentren bei den Krankenkassen zeigt. Zunennen wären da außer Mettmann zum Beispiel Köln oder Hanau, wo erst kürzlich eröffnet wurde.

A. Schmidt: Unter der Voraussetzung, daß unsere strukturpolitischen Forderungen erfüllt werden, also z. B. eine bessere Verzahnung von ambularem und stationärem Bereich, die Neubestimmung der Funktion des Allgemeinarztes, der Ausbau der psychosozialen Versorgung usw. sehen wir gegenwärtig keinen Anlaß, die Verhältnisse total umzukehren, die sich in den letzten Jahrzehnten herausgeschält haben. Ich glaube nicht, daß die Effizienz des Systems entscheidend davon abhängt, ob ich angestellt oder freiberuflich tätige Ärzte habe. Wir sehen keinen Sinn darin, jetzt so etwas wie einen Religionskrieg über diese Frage zu beginnen und dann auf zig Jahre hin nichts zu bewegen.

DG: Ich weiß nicht, ob es wirklich so sekundär ist, wie die Ärzte arbeiten, freiberuflich oder angestellt. Für die Ärztekammern ist das überhaupt nicht sekundär . . .

A. Schmidt: . . . Nein, natürlich ist das nicht so zweitrangig, in welcher Form gearbeitet wird. Und wir wollen ja auch den ambulanten Bereich nicht einfach so lassen. Uns schwebt zum Beispiel eine eingreifende Änderung des Honorierungssystems vor. Was wir wollen, ist ein Leistungskomplex-honorar; das den Arzt entloht für einen Komplex von Maßnahmen, z. B. die Behandlung einer Grippe oder von chronischen Krankheiten etc. Wir wollen vermeiden, daß der Arzt durch das Honorierungssystem auf bestimmte Bereiche gelenkt wird und dabei andere vernachlässigt, wie gegenwärtig bei der Überbetonung technischer Leistungen. Der Arzt soll ausschließlich nach medizinischen und nicht mehr nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten entscheiden.

DG: Ich danke für das Gespräch.

Für DG:
Detlev Uhlenbrock

„Freie Marktwirtschaft“ für Berliner Krankenhäuser

Die dem Wenckebach-Krankenhaus vorworfene Unwirtschaftlichkeit war auf alle anderen städtischen Krankenhäuser übertragbar. Es kamen vage Vorstellungen über den Gesamtanspruch der Kassen für alle städtischen Krankenhäuser für die Jahre 1979, 1980 und 1981 auf.

Bis es dann herauskam:

250 Millionen DM, ein „dreifacher Garski“, wie sich Gesundheitssenator Fink ausdrückte.

Unter diesem finanziellen Druck wurde dann am 8. 12. 1981 eine Vereinbarung zwischen den Krankenkassen und dem CDU-Senat von Berlin geschlossen:

Alle laufenden Prozesse werden eingestellt. Die Pflegesätze der städtischen Krankenhäuser werden für 1982 und 1983 unterhalb der Selbstkostenblatthöhe festgesetzt. Durch Abbau von 460 Stellen in den städtischen Krankenhäusern.

Im Laufe des Jahres 1982/83 werden 1000 Akutbetten in städtischen Krankenhäusern geschlossen. 350 Betten für Chronisch-kranke werden eröffnet.

Durch diese Maßnahme werden weitere 843 Stellen in städtischen Krankenhäusern abgebaut.

Ab 1. 12. 1981 absoluter Einstellungsstopp für alle städtischen Krankenhäuser.

Anhaltszahlen gelten nicht mehr. Jedes Krankenhaus kann über Personalbemessung im Rahmen des festgelegten Pflegesatzes selbst entscheiden.

Die 1303 freigesetzten Kollegen kommen auf Überhanglisten, werden vom Senat finanziert und sind frei verfügbar für alle Krankenhäuser.

Soweit die offiziellen Verlautbarungen.

In Wirklichkeit sieht das alles noch viel schlimmer aus.

Die Akutbetten werden geschlossen, ohne eine funktionierende Hauskrankenpflege sichergestellt zu haben. Im Albrecht-Achilles-Krankenhaus werden z. Z. 100 Innere Betten geschlossen, obwohl alle Inneren Abteilungen Berlins voll ausgelastet sind. Die gesundheitspolitischen Auswirkungen sind noch nicht absehbar.

Im personalpolitischen Bereich spielt sich bisher im öffentlichen Dienst Berlins nicht vorstellbares ab:

CDU-Senat probt gesundheitspolitischen Kahlschlag

Annette Schwarzenau

Das Wenckebach-Urteil vom 8. 7. 1981 ließ Furchtbare ahnen:

Wegen angeblich überhöhter und unwirtschaftlicher Pflegesätze, die das Wenckebach-Krankenhaus 1978 von den Krankenkassen verlangt und kassiert hatte, wurde das Land Berlin verurteilt, den Kassen überhöhte Pflegesatzbestandteile – Kosten in Höhe von 4 Millionen DM – zurückzuzahlen.



Bis zum 25. 1. 1982 mußten die Krankenhausbetriebe Ihre Überhanglisten beim Senator für Gesundheit und Familie einreichen. Ohne Mitbestimmung der Personalräte wurden die Kollegen entweder in freie Stellen anderer eigener Krankenhausbereiche (z. B. von Chirurgie in die Geriatrie) umgesetzt, oder auf die Überhangliste gesetzt. Diese Liste wandert nun von Krankenhaus zu Krankenhaus. Per Boten holen sich dann die anfordernden Krankenhäuser die Personalakten „interessanter“ Kollegen, suchen sich die „Besten“ raus und fordern sie ab. Im günstigsten Fall passiert dies dann im Rahmen einer Versetzung.

Da aber ab 8. 12. 1981 ein genereller Einstellungsstopp für alle städtischen Krankenhäuser besteht, keine Vertretungsmittel und Extrawachengelder mehr ausgegeben wer-

den dürfen, schließt man Personalengpässe, indem man auf Kollegen der Überhangliste zurückgreift und diese dann abgeordnet werden. Einmal ins Krankenhaus X und dann ins Krankenhaus Y. Das Leasinggeschäft ist in Berlin vorläufig gestorben, das macht der Senat jetzt in eigener Regie.

Durch die künstliche Senkung der Pflegesätze wird in allen Krankenhausbetrieben Personal abgebaut, sei es durch Privatisierung von Teilbereichen, sei es durch Stellenkürzungen. Während in der Vereinbarung vom 8. 12. 1981 von 460 Stellen in diesem Zusammenhang die Rede war, zeigt sich schon heute, daß es zweimal bis dreimal so viele Stellen sein werden. So wurden allein im Krankenhausbetrieb Spandau 600 (von 3000) Stellen durch die Pflegesatzsenkung gestrichen.

Die Auswahl der 600 von 3000 Kollegen erfolgte hier wie anderswo in erster Linie nach dem Prinzip „die Guten ins Töpfchen, die Schlechten ins Kröpfchen“.

Überhangliste gleich Schwundliste!

Am härtesten betroffen sind die Reinigungsfrauen und Stationshilfen nach Lohngruppe II. Entsprechende Arbeitsplätze sind auch in anderen Bereichen des öffentlichen Dienstes kaum noch vorhanden.

Bisher waren die in den Krankenhäusern Beschäftigten und Betroffenen wie gelähmt. „Hoffentlich trifft es mich nicht.“ Die ÖTV Berlin sieht hilflos zu.* Die Mängel des Rationalisierungsschutztarifvertrages werden jetzt erst richtig deutlich. Wer gleichwertige bzw. zumutbare (was ist das eigentlich) angebotene Arbeitsplätze ablehnt (und zwar beim 1. Mal), der wird gekündigt. Sind die Kollegen bis Ende 1983 nicht untergebracht, so sind generelle Kündigungen nicht ausgeschlossen. Dem kommen viele Kollegen zuvor, indem sie selber Auflösungsverträge stellen.

Die Motivation in den Krankenhäusern zu arbeiten ist auf dem absoluten Nullpunkt gelandet. Die Flucht des Krankenpflegepersonals aus seinem Beruf nimmt weiter zu.

zur Entlastung der Pflegesätze (Benutzerkosten) gezahlt wurden, sahen sich die Krankenkassen erstmals mit den tatsächlichen Benutzerkosten der Krankenhäuser konfrontiert.

Sie reagieren heute so, wie vom Gesetzgeber gewollt, sie klagen gegen die zu hohen Kosten der Krankenhäuser.

Sicherlich wäre es konsequenter gewesen, rechtzeitig gemeinsam mit den Gewerkschaften gegen die neue Krankenhausfinanzierungsregelung, die zu einseitigen weiteren Belastungen der Krankenversicherten führte, Sturm zu laufen und politisch gegen diese Gesetzgebung vorzugehen.

Kassenpolitisch im Interesse des Versicherten?

Dies ist nicht passiert. Heute nun sehen sich die Kassen gezwungen, gegen die immer größere finanzielle Belastung gerichtlich vorzugehen. Hierbei werden Vorschläge zur Reduzierung des Personals und zur Privatisierung von Teilbereichen der Krankenhäuser gemacht, die nicht im Sinne der Versicherten sein können.

In der Wenckebach-Klage wird immer wieder damit argumentiert, daß alle diejenigen Kosten, die über eine sparsame Wirtschaftsführung hinausgehen, nicht durch die Kassen zu zahlen sind.

So ist den Kassen der Vorwurf nicht zu ersparen, sich in der gesamten Diskussion um die Kostensteigerung in der Krankenversorgung nur in zweiter Linie oder gar nicht um die Leistungsfähigkeit der einzelnen Institutionen gekümmert zu haben.

Als Pflichtversicherte bin ich selbst darüber sauer, daß

1. Die Krankenkassenbeiträge steigen, frühere staatliche Subventionen für die Krankenkassen jetzt unsinnigen Projekten wie Nachrüstung, ICC, Stadtautobahnen ... zugute kommen.

2. Vom Staat so gut wie nichts zur Verhütung von Krankheiten getan wird.

3. Die Patienten sowohl in den meisten Arztpraxen als auch in den meisten Krankenhäusern schlecht behandelt werden.

Um den unter 2. und 3. genannten Punkt haben sich die Kassen bislang kaum gekümmert. Wer aber von sich behauptet, die Interessen seiner Beitragszahler gut zu vertreten, der muß auch Qualität fordern.

Die Berliner CDU verkauft diesen ganzen Skandal als Saubermann verkommenen SPD-Gesundheitspolitik und verquickt dies auf plump Art mit dem „Subsidiaritätsprinzip“. Es sollen langfristig nur noch 2 große städtische Krankenhäuser (von jetzt 12) und die beiden Universitätskliniken staatlicherseits vorgehalten werden.

Lichtblick

Der ganze Rest soll dem freien Spiel der Kräfte (Kirchen, Wohlfahrtsverbänden, privaten Trägerschaften) überlassen werden.

Den einzigen Lichtblick in dieser trüben Situation in dieser nicht nur smogverseuchten Stadt bietet ein Projekt „City Hilfe“, das in einem der jetzt zur Schließung anstehenden Krankenhaus in der Nähe des Kurfürstendamm verwirklicht werden könnte.

Hier soll in einer gemeinsamen Einrichtung medizinische Hilfe, psychosoziale Hilfe, Selbst- und Nachbarschaftshilfe angeboten und koordiniert werden.

Gesundheitsexperten sollen dort berufsübergreifend mit Laiengruppen gemeinsam arbeiten.

Von Erster Hilfe über Krisenintervention, Sozialstation, Tagespflege, Pflegewohnungen und therapeutische Wohngemeinschaften bis zum Selbsthilfenzentrum wäre hier die Möglichkeit nicht nur kurativ einzugreifen, sondern eine primäre Gesundheitsversorgung anzubieten.

Die Ideen sind da, die Menschen, die die Einrichtung betreiben würden, sind da, die Menschen, die der Einrichtung bedürften, sind da.

Jetzt geht es darum, die Finanzierung sicherzustellen.



Das ist das traurige Ergebnis einer gescheiterten Gesundheitspolitik ohne Gesamtkonzeption. Auch den Krankenkassen sind hier Vorwürfe nicht zu ersparen.

In verschiedenen Stellungnahmen hat die ÖTV seit Jahren darauf aufmerksam gemacht, daß durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eine Kostenverschiebung von öffentlichen Haushaltsummitteln auf die Sozialversicherten stattfindet.

Nachdem Ende 1977 keine Stützbeträge gemäß § 19 KHG mehr über Steuergelder

In diesem Punkt haben die Kassen recht. Alle über eine vernünftige und sparsame Wirtschaftsführung hinausgehenden Kosten müssen über den öffentlichen Haushalt bezahlt werden.

Im Wenckebach-Urteil ranken sich alle Aussagen um sparsame Wirtschaftsführung, sozial tragbare Pflegesätze einerseits und Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser andererseits. Was nun aber jeweils darunter verstanden wird, wird nicht deutlich.

Die beiden Begriffe scheinen in sich widersprüchlich, bedingen aber einander.

* Siehe Stellungnahme der ÖTV im Doku-Teil. ■

Pflegesatzverhandlungen konkret:

Sündenbock Krankenhaus

P. D., Göppingen

Der Grundsatz einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik der Krankenkassen bedeutet, daß die Pflegesätze in den Krankenhäusern nur um den Prozentsatz steigen sollten, um den die Einnahmen der Kassen sich erhöhen.

So ging z. B. die AOK Göppingen von einer Einnahmesteigerung von 4,8% aus und wollte somit auch die Pflegesätze nur um 4,8% steigen lassen.

Der Landesverband der Ortskrankenkassen von Baden-Württemberg schreibt am 16. April 1981 an das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung von Baden-Württemberg u. a.:

„Überhöhte Krankenhausforderungen sind 1981 nicht finanzierbar. Um die Belastungen der Volkswirtschaft erträglich zu gestalten, müssen wir daher den Krankenkassen unseres Bundeslandes Zurückhaltung bei der Erfüllung zu weitgehender Forderungen der Krankenhäuser nahelegen. Halten sich die Krankenhäuser bei den Pflegesatzforderungen nicht an den Rahmen des volkswirtschaftlich Möglichen, könnte dies vielfach dazu führen, daß Pflegesatzvereinbarungen auf freiwilliger Basis nicht mehr zustande kommen. Wir müßten in solchen Fällen die volle Verantwortung für die Pflegesatzfestsetzung und ihre volkswirtschaftlichen Auswirkungen ausschließlich in die Hände des Landes legen.“

Hintergrund für diese Position ist die Situation bei den Kassen. So stiegen die Ausgaben bei den Ortskrankenkassen in Baden-Württemberg um 10,2% im Jahr 1980 gegenüber dem Jahr 1979, die Einnahmen dagegen stiegen im gleichen Vergleichszeitraum lediglich um 7,7%.

Die konkrete Situation stellt sich dann im Jahr 1981 so dar:

Im Dezember 1981 waren erst für 40% der Betten Pflegesätze vereinbart. Für die restlichen 60% kam es zu einer Festsetzung durch die Aufsichtsbehörde (Regierungspräsidien). Interessant ist hierbei, daß bei den vereinbarten Pflegesätzen die Steigerung nur 6,11% betrug, die festgesetzten Pflegesätze dagegen stiegen durchschnittlich um 15%. Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, daß die Ortskrankenkassen gegen die Festsetzung jeweils Rechtsmittel eingelegt haben, so daß die betroffenen Krankenhäuser im Jahre 1982 immer noch keine Pflegesätze für das Jahr 1981 haben. Es muß allerdings auch darauf hingewiesen werden, daß zweistellige Pflegesatzsteigerungen von den Krankenkassen und somit von der Versichertengemeinschaft auch nicht ohne weiteres akzeptiert werden können. Denn diese doch sehr hohen Steigerungen der Pflegesätze ergeben sich häufig daraus, daß die Krankenhäuser ihre Strukturen ändern oder durch Investitionen Folgekosten verursachen.

Die Krankenhasträger entscheiden in eigener Verantwortung über Strukturänderung und Investitionen und belasten mit den Folgekosten die Versichertengemeinschaft, ohne daß diese, sprich Krankenkassen, hier einen nennenswerten Einfluß haben. Ein weiterer sehr wichtiger Punkt ist die Verkürzung der Verweildauer. So rich-

Stichwort: Pflegesätze

Mit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von 1972 wurde der Grundsatz der Selbstkostendekkung eingeführt, d. h. die Krankenhäuser werden nicht mehr wie zuvor durch öffentliche Betriebszuschüsse subventioniert. Bund, Länder und Gemeinden tragen die Investitionskosten (Neubauten, neue Geräte), während die Krankenhäuser den laufenden Unterhalt aus den Pflegesätzen bestreiten. Im KHG werden die Pflegesätze nur in den Grundzügen geregelt, die detaillierte Festlegung wird durch die Bundespflegesatzordnung bestimmt.

Nach der Änderung des KHG im Rahmen der Spargesetze werden die Pflegesätze zwischen Krankenkassen und Krankenhasträgern eigenverantwortlich festgesetzt. Sie werden von der zuständigen Landesbehörde genehmigt. (Vorher wurden sie durch die Landesbehörde festgesetzt.) Falls es zu keiner Einigung kommt, setzt die Landesbehörde die Sätze fest.

Ca. 70% der Betriebskosten eines Krankenhauses sind Personalkosten. Vor allem diese werden bei den Pflegesatzverhandlungen von den Kassen beanstandet. So werden die Kosten für im Haus angestellte Reinigungskräfte oder Pflegekräfte nicht akzeptiert, jedoch die als Sachkosten geltenden wesentlich teureren Kosten für private Reinigungsdienste oder Leihschwestern hingenommen.

Da nach der letzten KHG-Änderung Pflegesätze Anreize für eine wirtschaftliche Betriebsführung schaffen sollen, ist mit einer weiteren Rationalisierungswelle zu rechnen.

	Zahnbehandlung und Zahnersatz	Krankenhausbehandlung	Arzneien
31 940 668 DM	24 129 443 DM	54 533 115 DM	27 369 173 DM
Heil- und Hilfsmittel einschließlich Brillen	Krankengeld	Vorsorgeuntersuchungen, Kuren und sonstige vorbeugende Maßnahmen	Fahrt- und Transportkosten
8 701 278 DM	12 060 041 DM	1 958 631 DM	2 395 705 DM
Mutterschaftshilfe	Sterbegeld	Kosten für die Betreuung der Versicherten	AOK
8 195 069 DM	2 602 138 DM	5 985 268 DM	Wir möchten, daß Sie gesund bleiben

Ausgaben im Jahre 1980 der AOK Göppingen

tig die Verkürzung der Verweildauer aus medizinischen Gründen sein mag, führt sie doch zu einer geringeren Belegung, bei gleichbleibenden Gesamtkosten. Diese Gesamtkosten müssen dann auf weniger Pflegetage umgelegt werden und somit ergibt sich dann eine Steigerung des Pflegesatzes. Betrachtet man in einem solchen Falle die Fallkosten (Pflegesatz mal Verweildauer), so wird man sehr häufig feststellen müssen, daß die Fallkosten insgesamt niedriger werden. Das allerdings kann aufgrund der Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung nicht berücksichtigt werden.

Dieser Streit um die Pflegesätze bleibt natürgemäß nicht ohne Auswirkungen auf die Beschäftigten in den Krankenhäusern. Das Instrument der Wirtschaftlichkeitsüberprüfung wird in verstärktem Maße wieder angewendet. Kreistagsabgeordnete fordern

die Abkehr von einer optimalen Patientenversorgung, Landräte überlegen laut, wie sie die Personalkosten senken können. Durch den deutschen Blätterwald rauscht die Märs vom „ach so teuren Krankenhaus“ und Ärzte sowie Minister fordern die Selbstbeteiligung.

Der Marburger Bund, die Standesvereinigung von angestellten Ärzten, fordert eine Kostendämpfung durch Begrenzung von Umfang und Intensität der Leistungen.

Es mutet sehr seltsam an, wenn Patienten sich an den Kosten beteiligen sollen und wenn immer nur vom Sparen in den „ach so teuren Krankenhäusern“ geredet wird.

Zugegebenermaßen sind in der Zeit von 1970 bis 1978 die Ausgaben im Gesundheitswesen um 135% gestiegen. 58% dieser Steigerung beruhen auf quantitative und qualitative Verbesserung im Gesund-

heitswesen. Die restlichen 42% beruhen auf Preissteigerungen. Man wird nicht umhin können, zuzugeben, daß unser Gesundheitswesen (Gesundheitssystem) in der seitherigen Struktur, bei gleichbleibenden Steigerungsraten nicht mehr finanziert werden wird. Das heißt im Klartext, der Kuchen wächst nicht mehr und somit versucht jeder, der am Gesundheitswesen Beteiligten, seinen Anteil zu retten.

Das Gerede vom „ach so teuren Krankenhaus“ läßt sich mit einem einfachen Zahlenbeispiel in Frage stellen:

Die AOK Nürtingen-Kirchheim/T. hat im Jahr 1980 für	
Arzneimittel	15,94%
Arzkosten	18,32%
Krankenhausbehandlung	26,49%
ausgegeben.	

Addiert man die Aufwendungen für Arzneimittel und ärztliche Behandlung, so ergibt das einen Satz von 34,26% an den Gesamtausgaben, im Gegensatz zu den 26,49% für Krankenhausbehandlung.

Bei diesem Beispiel ist also die Krankenhausbehandlung billiger als die ambulante Versorgung.

Es wird immer von den hohen Pflegesätzen gesprochen, aber niemand sagt dabei, daß diese Pflegesätze ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arzneimitteln sowie Unterbringung und Betreuung durch Fachpersonal beinhalten.

Auch wenn man die Ausgabensteigerung pro Mitglied von 1979 zu 1980 betrachtet, so betrug diese bei Arzkosten, bei der AOK Nürtingen-Kirchheim/T. 11,13% und bei der Krankenhauspflege 11,67%, also durchaus vergleichbar.

Zugegebenermaßen schwanken diese Steigerungskosten zwischen den einzelnen Krankenkassen erheblich.

So hatte z. B. die DAK 1980 eine Ausgabenerhöhung um 7,2% bei den Krankenhauskosten, 8,6% für die Behandlung durch niedergelassene Ärzte und eine Steigerung bei Zahnersatz um 13,4%.

Somit scheint die Forderung zu einer Einkommensbegrenzung der liquidationsberechtigten leitenden Krankenhausärzte und der niedergelassenen Ärzte nicht unberechtigt zu sein. Darüber hinaus wäre eine Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes notwendig, um den Selbstverwaltungsorganen (Kostenträger/Krankenkassen) eine stärkere Stellung einzuräumen. Das schließt die Änderung der Bundespflegesatzverordnung ein. Langfristig wäre eine Änderung der Reichsversicherungsordnung zu fordern, mit dem Ziel, die Krankenhaussträger (nicht die leitenden Ärzte) in die ambulante Versorgung mit einzubeziehen und eine Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu erreichen.



Die linke Tageszeitung

Links bewegt sich was.

Im Friedenskampf, bei Studenten und Jugendlichen, in Betrieben und Gewerkschaften.

Täglich gibt es neue Entwicklungen.

Man muß informiert sein, wenn man mitreden und mitmachen will.

Die UZ – die Zeitung der DKP – ist die einzige linke Zeitung, die täglich über alle diese Bewegungen ausführlich informiert.

Was Friedensinitiativen und Gewerkschaften, Jugendorganisationen und kirchliche Kreise zu wichtigen Fragen zu sagen haben – die UZ bringt's.

Wer im Original lesen will, was die Kommunisten – in unserem Land und im Ausland, in Betrieben, Städten und Bewegungen, aber auch in Regierungen – meinen und beabsichtigen, der braucht die UZ.

Wer regelmäßig informiert sein will, braucht deshalb die UZ, auch wenn er sich nicht zur DKP zählt.

Probelieferung

Ich möchte die UZ – Zeitung der arbeitenden Menschen, Zeitung der DKP – besser kennenlernen. Schicken Sie mir bitte kostenlos und ohne jede weitere Verpflichtung einige Ausgaben der UZ.

Tageszeitung

Hiermit bestelle ich die UZ – Unsere Zeit –, Zeitung der DKP, zum Preis von 10,- DM monatlich.
Mindestbezugszeit 3 Monate

Wochenendausgabe

Hiermit bestelle ich die UZ – Unsere Zeit –, Zeitung der DKP, zum Preis von 10,- DM vierteljährlich.
Mindestbezugszeit 1 Jahr

Name/Vorname

Anschrift

Datum/Unterschrift

Kündigungen müssen dem Verlag 6 Wochen vor Quartalsbeginn vorliegen. Ausschneiden und einsenden an Plambeck & Co Druck und Verlag GmbH, Postfach 920, 4040 Neuss 13

„Bonn ist doch Weimar“

Zur Zerstörung von überkommenen Grundstrukturen in der Sozialhilfe“

Von Stephan Leibfried, Bremen

Im Vermittlungsausschuß, der über das Schicksal der Bonner Haushalts-, „Sanierung“, nämlich über das Zweite Haushaltstrukturgesetz, zu befinden hatte, hat sich entschieden, daß der Bonner Sozialstaat eine Richtung nimmt, wie sie dem Weimarer Sozialstaat durch die zweite (Not-)Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen vom 5. Juni 1931 vorgezeichnet wurde: Statt Beschäftigungspolitik und konjunktureller Steuerung, Abbau des Sozialstaates, insbesondere Abbau der letzten Sicherungen, des einzigen „Netzes unter dem Netz“ – der Sozialhilfe. Die Regelsätze der Sozialhilfe, also ihre Grundleistungsform, so will es die CDU/CSU-Mehrheit der Länder im Bundesrat, sollen gesenkt werden durch radikale Eingriffe in das Sozialhilferecht – ohne derartige Eingriffe soll es keine erfolgreichen Sanierungen geben.

Damit werden die gesamtstaatlichen Finanznöte auf Kosten derjenigen saniert, die sich am wenigsten wehren können. Dadurch wird dem Sozialstaat an seiner gefährdetsten Stelle die Grundlage entzogen, ein Einbruch, der sich schnell ausweiten wird, wenn der erste Schnitt erst einmal getan ist. Diese Vorgänge sind im einzelnen in der Öffentlichkeit kaum bemerkt worden, weil es hier keine direkte und unmittelbar betroffene große Lobby gibt, obgleich durch ein solches Vorgehen auch den Gewerkschaften langsam aber sicher der lohnpolitische Teppich unter den Füßen weggezogen wird. Die gewerkschaftliche Tarifpolitik für die unteren Lohngruppen lebt davon – auch wenn man dies eigentlich negativ bewerten sollte –, daß der Abstand zu den Leistungen gewahrt bleibt, die ein Sozialhilfeempfänger bezieht. Werden diese Maßnahmen zur „Dämpfung“ der Sozialhilfekosten beschlossen, so sinkt sich der Boden ab, auf dem diese Tarifordnungen stehen, ist also der Boden zugleich für eine breitere Senkungspolitik der Löhne in der Zukunft vorbereitet. Die Eingriffe in die Regelsätze der Sozialhilfe sind nur ein Beispiel für viele aus der verfehlten Bonner Sparpolitik im Sozialbereich, allerdings wohl eines, das sehr tiefgreifende Beschädigungen des Sozialstaates aufweist.

Die Bundesratsvorschläge im Detail

Was ist geschehen? Der Bundesrat bestand hinsichtlich der Regelsätze – also der Grundleistungsform in der Sozialhilfe – vor allem auf folgenden Maßnahmen:

– Das an typischen Bedarfsrechnungen im Wege eines vorgegebenen Warenkorbes orientierte Existenzminimum, auf dem dann der Regelsatz fußt, soll ausdrücklich durch „die Finanzlage der Sozialhilfeträger“ begrenzt werden. Damit werden alle Ansprüche auf Sicherung eines Existenzminimums grundsätzlich in Frage gestellt und wird die konkrete Zerstörung sozialer Staatlichkeit im Einzelfall der Leistungszuteilung den Kommunen zugespielt, soweit sie die Sozialhilfekosten tragen. Auf daß diese Senkungspolitik beim Existenzminimum auch praktisch wirksam werde, ersetzen die Bundesratsvorschläge ferner den Vorbehalt einer Zusammenstimmung des sozialpolitisch einschlägigen Arbeitsministers zu Verordnungen über den Inhalt wie den Aufbau der Regelsätze durch die des Inneministers. Ihm traut man als traditionellem Hüter der „Interessen der Gemeinden“ und auch ihrer finanziellen Interessen eher eine „Kostendämpfung“ bei den Sozialhilfeempfängern zu.

– Die „Abstandsklausel“ gegenüber den unteren Lohngruppen, die sich bislang in Paragraph 4 Regelsatzverordnung findet, wonach die Regelsätze „unter . . . dem durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelt unterer Lohngruppen“ anzusiedeln sind, soll nun von der Verordnungsebene auf das Bundessozialhilfegesetz hochgestuft, zwingender gestaltet werden und keine Ausnahmeregelungen mehr zugunsten größerer Familien enthalten. Die alte Verordnung hatte es – und das ist sinnvolle Familienpolitik, auf die die CDU/CSU doch sonst gesteigerten Wert legt – immerhin vorgesehen, daß die Abstandsklausel hier

nur gelten soll, „soweit nicht die Verpflichtung, den Lebensunterhalt zu sichern, insbesondere bei größeren Haushaltsgemeinschaften dem entgegensteht“. In die gleiche Richtung ging der zusätzliche Bundesratsvorschlag, bei einer Familie mit drei bis fünf Kindern alle Regelsätze um fünf Prozent und ab sechs Kindern um zehn Prozent je Regelsatz zu kürzen. Angewandte Wachstumspolitik in einem „Volk ohne Jugend?“

– Die Regelsätze, die bislang entsprechend der Preis- und Inflationsentwicklung etwa jährlich fortgeschrieben wurden, sollen, so diese Bundesratsmehrheit, 1982 wie 1983 nur noch um drei Prozent erhöht werden können. Diese Erhöhungen dürften in keiner Weise ausreichen, um die Preis- und Inflationsentwicklung zu korrigieren, und sind völlig ungenügend, wenn man bedenkt, daß die Regelsätze sich in den letzten Jahren, relativ gesehen, ohnedies nach unten entwickelt haben. Konkret hätte sich ferner der Vorschlag des Bundesrates ausgewirkt, für die weiteren erwachsenen Personen neben dem Haushaltvorstand den Regelsatz um fünf auf 75 Prozent des „Eckregelsatzes“ des Haushaltvorstandes abzusenken.

Im Vermittlungsausschuß konnte der Bundesrat aus dieser Sammlung an Rückwärtsreformen folgendes durchsetzen: ein Festschreiben der Zuwachsrate für Regelsätze 1982 wie 1983 auf 3 Prozent – wobei, wie sich noch zeigen wird, dafür eine besonders süffisante Begründung gegeben wird, die schon in der Bundesratsstellungnahme auftaucht: „Es wird angestrebt, für das Anpassungsverfahren einen neuen Warenkorb als Bemessungsgrundlage zu erstellen: der alte stammt aus dem Jahre 1970 und gilt als überholt.“ Der Bezug auf die Nettoeinkommen der unteren Lohngruppen wurde nur insoweit verschärft als der kaum geänderte Wortlaut des § 4 Regelsatzverordnung sich nun unmittelbar im Gesetz wiederfindet.

„Blindwütig die Sozialhilfe gleichsam ins Mark getroffen“

Im übrigen wurden derzeit noch keine Maßnahmen getroffen. Aber der sozialpolitische Flurschaden ist dennoch groß genug. Wir wollen uns dabei gar nicht bei sozialpolitisch so empörenden und maßlosen wie unergiebigen Maßnahmen gegen die

Sozialhilfeempfänger – wie z. B. der Streichung des Zusatztaschengeldes für Heimbewohner, „unsere Alten“ also – aufzuhalten.

Der ins Mark ziellende Hauptschaden liegt zunächst in der – erstmals in der Geschichte der Bundesrepublik festzustellenden – gesetzlichen Zerstörung des Bedarfsprinzips. Hiernach mußte die Sozialhilfe bislang – und nur dadurch verbürgte sie überhaupt „soziale Sicherung“ – alle notwendigen Mittel bereitstellen, damit der Hilfeempfänger ein Leben am kulturellen wie sozialen Existenzminimum fristen konnte. Beschränkt man das so gefundene Unterstützungs niveau durch Prozentklau seln oder Mindestverdienstschwelle – eben ohne Rücksicht auf Bedarf – so zerstört man das Bedarfsprinzip und damit die Verankerung der einzigen „Rückversicherung“ dieses Bonner Sozialstaats.

Ebenso wie die Zweite Weimarer Notverordnung vom 8. Juni 1931 die erste radikale Zerstörung der seit 1925 mühsam u. a. vom Zentrum aufgebauten „Richtsatz“ (Vorläufer des „Regelsatzes“) Struktur in der Fürsorge zur Folge hatte, kann man dies auch heute vom Zweiten Haushaltsgesetz in der Bundesratsversion erwarten. Damals wie heute ging es – bei allen quantitativen Unterschieden – um eine Sanierung auf Kosten der Armen, um eine „Erleichterung der Wohlfahrtslasten der Gemeinden und Gemeindeverbände“. Die Richtsatzsenkung wurde damals nur noch vornehmer umschrieben. Die Richtsätze sollten auf „das Maß des Erforderlichen und Angemessenen“ zurückgestutzt werden. Soll dieser Startschiß für eine radikale, endgültige Zerstörung des Vertrauens der verarmten Schichten in jenen Weimarer Sozialstaat nun zum fünfzigsten Jahrestag für den Bonner Sozialstaat wiederholt werden?

das Vorurteil der kommunalen Spitzenverbände zum Beispiel der Verfasser) kann daher im kurzfristigen Trend keine Rede sein“ (S. 42).

Die Kommunen, der Zentralstaat und die randständige Sozialhilfe

Es ist nicht zu erkennen, daß die Kommunen in Weimar wie heute recht hatten und haben, wenn sie darauf abstellen, daß „die Gemeinde zwischen den Forderungen der Massen und der Leistungsfähigkeit des Staates zu einer Ausgleichsstelle (wurde), die nur zu oft im unmittelbaren Anprall des Massenwillens versagen mußte ... Der Staat benutzte die Gemeinde gewissermaßen als Ventil und Ablenkungsstelle des im Grunde genommen gegen ihn selbst gerichteten Ansturms des Massenwillens“ (Zwangsläufige Gemeindepolitik, Leitartikel in: Kölnische Zeitung vom 13. Nov. 1925, Nr. 846).

Auch heute wälzt der Bund durch Kürzungen von Kindergeld und im Bereich der Arbeitslosenversicherung usf. soziale Lasten auf das letzte Netz sozialer Sicherung ab, ohne daß er selbst dafür in gewissem Umfang finanzielle Ausfallbürgschaften stellt. Darauf sollte jedoch die vereinte politische Anstrengung aller Parteien zielen, nicht aber darauf, auch noch das letzte Netz sozialer Sicherung zu demontieren. Vielleicht wird all dies wenig nützen, weil diejenigen, die sparen, die soziale Not nicht kennen, die sie mit ihrem Rotstift zu regieren suchen und weil sie nicht bei sich, sondern immer zunächst bei den schwächsten Teilen der Bevölkerung ansetzen. Dafür hatte Wilhelm Weitling schon 1842 in „Die junge Generation“ (Jg. 1, Lieferung 7) „Vorschläge zur Bildung einer Regierung im Dienste des Volkes“ unterbreitet: „Merken wir uns dies genau, das muß unser Hauptaugenmerk sein, die Hauptbedingung aller künftig zu machenden Reformen; alles andere, alles gelehrt Schwatzen, Schönreden, alle Vorschläge, Gesuche, Bittschriften, Kämpfe und Revolutionen, die nicht diesen Zweck haben, sind nichts als politische Spiegelfechtereien, Possenreißerei und Windbeutelei. Marsch damit mit all dem dummen Kram! Nichts davon! Also noch einmal: Niemand darf in einer gut geordneten Gesellschaft ärmer sein als die Regierung, weil der Zweck einer guten Regierung die Verbesserung des Zustandes der zahlreichsten und ärmsten Klassen sein muß und weil sie diesen Zustand nie verbessern wird, so lange sie ihn nicht selbst fühlt. Will man also, daß eine Regierung dafür sorge, daß in keinem Teile des Landes und in keiner Familie Mangel an Lebensmitteln eintrete, so sorge man nur dafür, daß sie diesen Mangel selbst fühle, sobald er eintritt.“



Demonstration gegen Krankenversicherungsreform, Frankfurt 1960

Foto: dpa

Ein nicht gefeiertes 50jähriges Jubiläum

Soviel zu den Vorschlägen, die der Bundesrat derzeit im Vermittlungsausschuß in das zweite Haushaltsgesetz der Bundesregierung wie des Bundestages hineingezwungen hat. Er kann sich dabei auf wenig rühmliche Vorbilder stützen, deren 50jähriges Jubiläum in diesem Jahr ansteht: die Brüningschen Notverordnungen. Warum werden solche Jubiläen nun durch praktische Anwendung begangen – und statt dessen von Sozialdemokraten Jubiläen gefeiert, die an 100 Jahre Kaiserliche Botschaft zur Sozialversicherung erinnern?

Eine gerade erschienene empirische Arbeit von Richard Hauser u. a. über „Armut, Niedrigeinkommen und Unterversorgung in der Bundesrepublik Deutschland“ (Frankfurt 1981) stellt dazu fest: „Von 1978 bis 1980 wurden die Sozialhilferegelsätze mit insgesamt ca. 7,5 Prozent weit weniger erhöht, als es dem in dieser Drei-Jahres-Periode eingetretenen Anstieg der durchschnittlichen Nettolohn- und Gehaltssumme von schätzungsweise 20 Prozent entsprochen hätte. Daher ist der Regelsatz gegenwärtig im Vergleich zur Nettolohn- und Gehaltssumme wieder auf das Niveau von 1969 zurückgefallen. Von einer Besserstellung der Sozialhilfeempfänger im Vergleich zu Arbeitnehmereinkommen (so

Der Atomtod bedroht uns alle – keine neuen Atomraketen am Niederrhein

Aufruf zum Ostermarsch 1982

Die 80er Jahre werden mehr und mehr zum gefährlichsten Jahrzehnt in der Geschichte der Menschheit. Ein 3. Weltkrieg wird aufgrund der weltweiten Aufrüstung immer wahrscheinlicher. Seit mehr als 30 Jahren haben die Militärblöcke der NATO und des Warschauer Paktes so viele Waffen angehäuft, daß jedes Leben auf der Erde mehrfach vernichtet werden kann.

Der Niederrhein ist durch das atomare Wettrüsten in besonderem Maße betroffen. Hunderte von Atombomben und -raketen sind in unserer unmittelbaren Nachbarschaft von Emmerich bis Nörvenich, von Wesel bis Wuppertal – gelagert und machen unsere Heimat zu einem Atomwaffenzentrum und daher zum vorrangigen Zielgebiet. Neue amerikanische Atomraketen vom Typ Pershing II und Cruise Missiles sollen 1983 in Arnsbeck/Geilenkirchen und Brüggen stationiert werden. Die neuartigen US-Atomwaffen machen einen Atomkrieg wahrscheinlicher. Sie senken im Krisenfall die „atomare Schwelle“. Sie erhöhen die Gefahr der zufälligen oder irrtümlichen Auslösung des Atomkrieges. Sie bringen nicht mehr Sicherheit, sondern größere atomare Bedrohung.

Die Hochrüstung bedroht jedoch nicht nur unsere Zukunft, sondern belastet uns bereits in der Gegenwart. Die Bundesregierung gibt dieses Jahr mehr als 65 Mrd. DM für die Rüstung aus, für dringend notwendige Sozialausgaben ist kein Geld da.

Wir, die unterzeichnenden Bürger und Organisationen, rufen alle unsere Mitbürger auf, in der Tradition der Anti-Atomtodbewegung sich an den Ostermarschen 1982 der Atomwaffengegner zu beteiligen! Die Friedensdemonstration der 300 000 am 10. Oktober 1981 in Bonn hat den breiten Widerstand der Bevölkerung gegen die atomare Hochrüstung gezeigt. Ostern 1982 werden wir unserem Protest gegen die Stationierung neuer Atomraketen erneut massenhaft Ausdruck verleihen.

- Wir wehren uns gegen neue Atomwaffen in Europa. Insbesondere wenden wir uns gegen die geplante Stationierung von Pershing-II-Raketen und von Marschflugkörpern am Niederrhein, gegen die Stationierung von Neutronenbomben.
- Wir fordern die Bundesregierung auf, ihre Zustimmung zum Beschuß der Stationierung neuer Mittelstreckenraketen zurückzuziehen. Damit soll der Weg für die Verringerung der Atomwaffen in West- und Osteuropa geöffnet werden mit dem Ziel, einen beidseitigen, umfassenden Abrüstungsprozeß in Gang zu setzen.
- Wir treten ein für ein atomwaffenfreies Europa, in dem Atomwaffen weder hergestellt noch gelagert oder verwendet werden. Dies gilt auch für andere Massenvernichtungswaffen.
- Die Bundesregierung muß eigene Initiativen für wirkliche Abrüstungsmaßnahmen, insbesondere für einen Erfolg der jetzt in Genf stattfindenden Verhandlungen über die eurostrategischen Atomwaffen, und zur Fortsetzung der Entspannungspolitik ergreifen.

Wir sind alle aufgerufen, uns mit Mut, Kraft, Phantasie und langem Atem gegen einen drohenden Atomkrieg zu wehren und Alternativen zur gegenwärtigen Militätpolitik zu entwickeln.

Aufruf der Teilnehmer des 2. Kongresses für klinische Psychologie und Psychotherapie

Wir wenden uns gegen den Versuch, mit Hilfe eines Gesundheitssicherstellungsgesetzes oder Katastrophenabschutzgesetzen, die die Bevölkerung über die verheerenden Folgen eines zukünftigen Krieges hinwegtäuschen und den Eindruck zu erwecken, als seien diese Folgen mit technischen und medizinischen Vorbereiungen zu beherrschen. Dies ist psychologische Kriegsvorbereitung.

Derartige Gesetze bedeuten eine Militarisierung des Gesundheitswesens und bereiten die Aussönderung der schwächsten Mitglieder der Gesellschaft (Behinderte, psychisch Kranke und alte Menschen) vor, wie dies bereits vor und während des zweiten Weltkriegs praktiziert wurde.

Die bereits mit Inkrafttreten solcher Gesetze einsetzende totale Erfassung aller Mitarbeiter, die im Gesundheitswesen arbeiten, gearbeitet haben oder lediglich eine entsprechende Ausbildung besitzen in Verbindung mit einer möglichen Dienstverpflichtung bedeutet eine wesentliche Einschränkung der demokratischen Grundrechte.

Gründung einer Sektion Bundesrepublik der „International Physicians for the Prevention of Nuclear War“

Am 6.2.1982 hat sich in Frankfurt eine „Sektion Bundesrepublik Deutschland der IPPNW“ konstituiert, die an der Konferenz in Cambridge teilnehmen wird und die nachfolgende Resolution verabschiedet hat.

Resolution

In Übereinstimmung mit dem Appell der „International Physicians for the Prevention of Nuclear War“ (IPPNW) erklären wir:

Niemand sollte der atomaren Drohung gleichgültig gegenüberstehen. Sie schwebt über Hunderten von Millionen Menschen. Als Ärzte, die sich dieser Gefahr bewußt sind, müssen wir die höchste Aufgabe präventiver Medizin ausführen – die Verhinderung der größten Katastrophe der Menschheitsgeschichte.

Für ein wesentliches Element der durch Mediziner zu leistenden Prävention eines Atomkrieges halten wir es, daß ein Umdenken in Richtung auf den Abbau von Feindbildern und auf eine gegenseitige Vertrauensbildung zwischen den Völkern in Ost und West einsetzt. Da die Konsequenzen eines Atomkrieges alle Völker treffen können, treten wir für die rückhaltlose Aufklärung der Bevölkerung über die Folgen von atomaren Waffen und atomaren Kriegen ein. Wir sind der Meinung, daß die Sicherheitskonzeptionen in Ost und West, die mit dem Mord an ganzen Völkern drohen, letztlich keine Sicherheit bringen. Wir fordern deshalb, keine Installation weiterer Atomwaffen in Ost und West, sondern ihre Abrüstung.

Die Gründungsmitglieder der Sektion Bundesrepublik Deutschland der IPPNW:

Dr. Regine Armbruster-Heyer, Hamburger Ärzteinitiative; Prof. Dr. Herbert Begemann, München; Prof. Dr. Wolfgang Gerok, Freiburg; Prof. Dr. Ulrich Gottstein, Frankfurt; Dr. Monika Gottstein, Frankfurt; Prof. Dr.

Hans Hacker, Frankfurt; Dr. Barbara Hövener, Berliner Ärzteinitiative; Renate Jäckle, Münchener Ärzteinitiative; Dr. Hans-Joachim Kleist, Berliner Ärzteinitiative; Dr. Helmut Koch, Gaggenau; Dr. Hedda Koch, Gaggenau; Wolfgang Kratzke, Hamburger Ärzteinitiative; Prof. Dr. Waldfried Linden, Hamburg; Dr. Ingeborg Peters-Parow, Hamburger Ärzteinitiative; Prof. Dr. Dr. Horst-Eberhard Richter, Gießen; Roland Rübel, Mainz; Dr. Knut Sroka, Hamburger Ärzteinitiative; Priv. Doz. Dr. Harald Themi, München.

FRANKFURTER ERKLÄRUNG

Ich halte alle Maßnahmen und Vorkehrungen für gefährlich, die auf das Verhalten im Kriegsfall vorbereiten sollen. Ich lehne deshalb als Arzt jede Schulung oder Fortbildung in Kriegsmedizin ab und werde mich daran nicht beteiligen. Das ändert nichts an meiner Verpflichtung und Bereitschaft, in allen Notfällen medizinischer Art meine Hilfe zur Verfügung zu stellen und auch weiterhin meine Kenntnisse in der Notfallmedizin zu verbessern.

Da ein Krieg in Europa nach überwiegender Expertenmeinung unter Benutzung der modernen Massenvernichtungswaffen geführt werden würde, muß er absolut unmöglich gemacht werden. Jede Vorbereitungsmaßnahme indessen, die von seiner Möglichkeit ausgeht, fördert indirekt die Bereitschaft, sich auf etwas einzustellen, was um jeden Preis verhindert werden muß. Deshalb erkenne ich als Arzt nur eine einzige auf den Kriegsfall bezogene Form der Prävention an, nämlich die Verhütung des Krieges selbst mit allen Anstrengungen, zu denen ich mein Teil beizusteuren entschlossen bin.

Erstunterzeichner: Dr. Regine Armbruster-Heyer, Hamburger Ärzteinitiative; Prof. Dr. Herbert Begemann, München; Dr. Barbara Hövener, Berliner Ärzteinitiative; Renate Jäckle, Münchener Ärzteinitiative; Dr. Hans-Joachim Kleist, Berliner Ärzteinitiative; Dr. Helmut Koch, Gaggenau; Dr. Hedda Koch, Gaggenau; Wolfgang Kratzke, Hamburger Ärzteinitiative; Prof. Dr. Waldfried Linden, Hamburg; Dr. Ingeborg Peters-Parow, Hamburger Ärzteinitiative; Prof. Dr. Dr. Horst-Eberhard Richter, Gießen; Roland Rübel, Mainz; Dr. Knut Sroka, Hamburger Ärzteinitiative; Priv. Doz. Dr. Harald Themi, München.

Presseerklärung des Berliner Folgetreffens „Ärzte warnen vor dem Atomkrieg“

„Am 23.1.1982 tagten in Westberlin etwa 300 deutsche Ärzte sowie Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen aus 39 Ärzteinitiativen zur Verhinderung eines Atomkrieges.“

Die Anwesenden diskutierten die großen Gefahren und verheerenden Folgen des Einsatzes von Atomwaffen, bei denen es keine ärztliche Hilfe für die Betroffenen gibt.

Es wurde erneut betont, daß die Ärzte bereit sind, in allen Notfällen medizinischer Art ihr Hilfe zur Verfügung zu stellen und auch weiterhin ihre Kenntnisse in der Notfall- und Katastrophenmedizin zu verbessern. Sie lehnen es jedoch ab, sich in einer Kriegsmedizin auszubilden zu lassen, bei der einerseits Selektionen und andere unärztliche Aufgaben zu erfüllen wären, und andererseits die Illusion von wirksamen ärztlichen Hilfemöglichkeiten im Atomkrieg erzeugt wird. Die Ärzte appellieren an die Verantwortlichen in aller Welt, im Sinne der Prävention keine weiteren Atomwaffen zu installieren, darüber hinaus rufen sie der Öffentlichkeit und den verantwortlichen Politikern eindringlich ins Bewußtsein, daß jeder Einsatz der modernen Massenvernichtungswaffen wegen der grauenhaften Zerstörungskraft ein unverantwortbares Verbrechen, und daß ein Krieg oder die Verwendung dieser Waffen auf unserem Boden gleichbedeutend mit einem nationalen Selbstmord wäre.

Deshalb unterstützen die Ärzte die politische Forderung nach Abschaffung der atomaren und chemischen Waffen in der Welt.“

Operation '82

Übersicht über die wichtigsten Maßnahmen und ihre finanziellen Dimensionen (1982)

I. Arbeitsförderungskonsolidierungsgesetz (AFKG)
Gesamtentlastungsvolumen 1982: 9 608 Mrd. DM, 1983:
10 723 Mrd. DM

(a) Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe *Mio. DM*

1. Verlängerung der Anwartschaftszeit für den Anspruch auf Arbeitslosengeld von 6 auf 12 Monate beitragspflichtige Beschäftigung innerhalb von 3 Jahren

160

2. Nichtberücksichtigung von Mehrarbeitszuschlägen und aufgelaufenen Arbeitsentgelte (z. B. zusätzliches Urlaubsgeld) bei der Bemessung des Arbeitslosengeldes und der Arbeitslosenhilfe

130

3. Aktuelle Berechnung des Nettoarbeitsentgelts bei der Bemessung des Arbeitslosengeldes

120

4. Verschärfung der Zumutbarkeitsbedingungen

150

5. Verlängerung der Sperrzeiten wegen Aufgabe einer Arbeit ohne wichtigen Grund oder wegen Ablehnung einer zumutbaren Arbeit von 4 auf 8 Wochen

250

6. Änderung der 59er Regelung (Erstattung des Arbeitslosengeldes — einschließlich Sozialversicherungsbeiträge — für ein Jahr durch den Arbeitgeber, wenn die ausgeschiedenen Arbeitnehmer mehr als 10 Jahre Betriebszugehörigkeit aufzuweisen haben. Befreiungsmöglichkeit bei „unzumutbarer wirtschaftlicher Belastung“)

185

7. Einschränkung der originären Arbeitslosenhilfe. (Leistung nur noch nach einer Beschäftigungszeit von 150 (bisher 70) Kalendertagen)

210

(b) Förderung der beruflichen Bildung

100

8. Kürzung des Unterhaltsgeldes von 80 vH auf 75 vH (bei Teilnehmern mit Kindern) bzw. 68 vH des letzten Nettoeinkommens

445

9. Umstellung des Unterhaltsgeldes bei der Zweckmäßigkeitsfortbildung auf Darlehen

150

10. Fortfall des Unterhaltsgeldes für Nichtbeitragszahler

300

11. Begrenzung des Umfanges der beruflichen Bildungsmaßnahmen durch Orientierung an den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit

60

12. Beschränkung des Einarbeitungszuschusses an Arbeitgeber auf Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit unmittelbar Bedrohte

60

13. Kürzung der Berufsausbildungsbeihilfe auf das Niveau der vergleichbaren BAföG-Sätze

40

(c) Berufliche Rehabilitation

60

14. Kürzung des Übergangsgeldes von 100 vH auf 90 vH (Behinderte mit Kindern) bzw. 75 vH des früheren Nettoeinkommens

70

15. Stärkere Anbindung des Anspruchs auf Übergangsgeld an vorherige Beitragszahlung (2 Jahre beitragspflichtige Beschäftigung innerhalb von 5 Jahren)

250

16. Einschränkung des Umfangs von Rehabilitationsmaßnahmen (Orientierung an den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit)

(d) Förderung der Arbeitsaufnahme und Lohnkostenzuschüsse

17. Herabsetzung der Höchstförderungsdauer für die Eingliederungsbeihilfe von 2 Jahren auf 1 Jahr

40

18. Begrenzung der Lohnkostenzuschüsse für die Einstellung älterer Arbeitnehmer (u. a. Ausschluß der öffentlichen Arbeitgeber, Heraufsetzung der Altersgrenze von 45 auf 55 Jahre, Absenkung des Höchstförderungssatzes von 80 auf 70 vH)

80

(e) Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen

19. Einschränkung der ABM-Förderung (u. a. grundsätzlicher Ausschluß der öffentlichen Hand als Träger, regionale Konzentration, Begrenzung auf längerfristig arbeitslose Leistungsempfänger)

650

(f) Kurzarbeitergeld

20. Innerbetriebliche Saldierung von Ausfallstunden und Arbeitsstunden (einschließlich Überstunden)

40

21. Aufrechnung von Arbeitsausfall und Mehrarbeit beim einzelnen Arbeitnehmer

30

(g) Änderung von Beitragsregelungen

22. Erhöhung des Beitrages zur BA von 3 auf 4 vH

5650

23. Verminderung der Beitragszahlungen der BA an die GRV infolge der Beitragssatzsenkung (auf 18 vH) in diesem Versicherungsbereich

200

II. Gesetz zur Bekämpfung der illegalen Beschäftigung

180

Einsparungen 1982: 180 Mio. DM, 1983: 160 Mio. DM

u. a.:

- Verschärfung von Kontrollen und Sanktionen
- Verbot der Leiharbeit im Baugewerbe
- Eindämmung der Schwarzarbeit

III. Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz

u. a.:

1. Begrenzung der Ausgaben für Zahnersatz (insbesondere Umgestaltung der Zuschußregelung mit der Folge eines höheren Eigenanteils des Versicherten: statt bisher 80 vH der Gesamtkosten künftig 100 vH der Honorarkosten und 60 vH der zahntechnischen Leistungen)

2. Erhöhung der Rezeptblattgebühr bei Arzneimitteln von bisher 1,— DM je verordnetes Mittel auf 1,50 DM.

Zahlung von 4,— DM für jede Verordnung von Heilmitteln und für jede Brille

3. Erstattung einer neuen Brille frühestens nach Ablauf von drei Jahren

4. Begrenzung von Kuren

IV. Verbrauchsteueränderungsgesetz

Mehreinnahmen 1982: 1 862 Mio. DM, 1983: 2 833 Mio. DM

1. Erhöhung der Tabaksteuer

1400

2. Erhöhung der Branntweinsteuer

350

3. Erhöhung der Schaumweinsteuer

100

V. Bundeskindergeldgesetz

1. Reduzierung des Kindergeldes für das 2. und 3. Kind um jeweils 20 DM auf 100 bzw. 220 DM

1460

2. Strukturelle Einschränkungen

240

VI. Zweites Haushaltsgesetz

u. a.:

1. Öffentlicher Dienst (Einsparungen für Bund, Länder und Gemeinden)
 - Kürzung der Bezüge im öffentlichen Dienst um 1 vH
 - Kürzung der Bezüge für Beamtenanwärter
 - Verschiebung der Besoldungsanpassung für Beamte um 3 Monate
 - Einsparung von über 1 vH der Planstellen
2. Reichsversicherungsordnung
 - Reduzierung der Beiträge für Wehr- und Zivildienstleistende
3. Gesetz über die Krankenversicherung der Studenten
 - Wegfall der Zuschüsse zur studentischen Krankenversicherung
4. Gesetz über die Altershilfe der Landwirte
 - Herabsetzung der Bundeszuschüsse
5. Bundesversorgungsgesetz
 - Einschränkung bei den Kuren für Kriegsopfer
6. Unterhaltssicherungsgesetz
 - Wegfall der Sparförderung für Wehr- und Zivildienstleistende
7. Wohngeldgesetz
 - Reduzierung der Aufwendungen für das Wohngeld (Bund und Länder)
8. Bundessozialhilfegesetz (Länder und Gemeinden)

darunter:

 - Kürzungen des Zusatztaschengeldes für Heimbewohner
 - Kürzung der Mehrbedarfeszuschläge bei den Regelsätzen
 - Kürzung der Anhebung der Regelsätze auf 3 vH für 1982 und 1983
 - Festbeschreibung des Pflege- und Blindengeldes bis 1983
9. Gesetz zum Abbau der Fehlsubventionierung und der Mietverzerrung im Wohnungswesen (u. a. Zinsanhebung, Fehlbelegungsabgabe) (Bund und Länder)

		(Entstehungsjahr)
10. Einkommensteuergesetz darunter:		
(a) Einsparungen		
— Absenkung der steuerlich zulässigen Pensionsrückstellungen	1100	
968		
— Einschränkung der Lohnsteuerpauschalierung für Teilzeitbeschäftigte	100	
88		
— Einschränkung der Übertragungsmöglichkeit von Veräußerungsgewinnen	100	
— Ausdehnung der Einfamilienhausbesteuerung	180	
— Wegfall des Haushaltssreibetrages für Alleinstehende über 49 Jahre	515	
363		
— Einschränkung der Ausbildungsfreibeträge	200	
40		
— Berücksichtigung des Alg u. a. im Lohnsteuerjahresausgleich	400	
105		
b) Mehrausgaben, bzw. Mindereinnahmen		
— Verbesserung der degressiven Abschreibung für bewegliche Wirtschaftsgüter	— 2000	
50		
— Erhöhung der degressiven Abschreibung für Gebäude	560	
112		
— Anhebung der Abschreibungsfreigrenzen für Häuser und Eigentumswohnungen	— 200	
— Ausdehnung des Verlustrücktrages auf 2 Jahre	— 100	
82		
— Steuerschuldabzug nach § 7 b EStG bei zwei und mehr Kindern	— 100	
346		
11. Drittes Vermögensbildungsgesetz		
— Herabsetzung der Arbeitnehmersparzulagen	900	
— Halbierung der Steuerermäßigung wegen Gewährung vermögenswirksamer Leistungen	160	
12. Umsatzsteuergesetz		
— Abschaffung des ermäßigten Umsatzsteuersatzes für die Leistungen der freien Berufe	330	
— Erhöhung der Vorsteuerpauschale für die Landwirtschaft	— 250	
13. Investitionszulagengesetz — Stahl		
— Investitionszulage	— 210	
1740		

Bereitschaftsdienst für Krankenhausärzte

Bundesarbeitsgericht

Presseinformation Nr. 7/82
Az.: 4 AZR 233/80
vom 24. Februar 1982

Der Vierte Senat des Bundesarbeitsgerichts hatte am 26. November 1980 zu entscheiden, ob ein angestellter Krankenhausarzt nur einmal wöchentlich ärztlichen Bereitschaftsdienst leisten müsse oder die tarifliche Bestimmung in Nr. 8 der Sonderregelung 2c zum BAT wirksam ist, wonach der Arzt, von Ausnahmefällen abgesehen, nicht mehr als achtmal im Kalendermonat zum Bereitschaftsdienst herangezogen werden soll. Diese tarifliche Regelung wurde auch in dem am 24. Februar 1982 anstehenden Fall erneut angegriffen. Sie wurde jedoch wieder vom Bundesarbeitsgericht als wirksam angesehen. Der Kläger, ein angestellter Arzt in einem Unfallkrankenhaus, hatte bis zu zweimal wöchentlich jeweils 8 Stunden Dienst, 16 Stunden Bereitschaftsdienst und danach wiederum 8 Stunden Dienst zu leisten. Nach der tariflichen Bestimmung Nr. 8 SR 2 c zum BAT bedeutet das aber in der höchsten Bereitschaftsstufe D, daß im Bereitschaftsdienst erfahrungs-

gemäß nur zwischen 40 bis 49 v.H. der Zeit an Arbeitsleistung anfallen. Danach bleiben, wenn die tariflichen Voraussetzungen erfüllt sind, 8 bis 9 Stunden Ruhezeit, die im Regelfall ausreichen müssen, um am nächsten Tag 8 Stunden Dienst leisten zu können. Unter diesem Gesichtspunkt war die tarifliche Regelung als wirksam anzusehen.

In dem am 24. Februar 1982 verhandelten und zu entscheidenden Rechtsstreit war aber außerdem von dem Kläger beantragt worden, nach dem Bereitschaftsdienst freigestellt zu werden, da nach seiner Behauptung mehr als 49 v.H. Arbeitsleistung, jedenfalls aber Ruhezeiten nur mit häufiger Unterbrechung auftreten. Für diesen Fall sieht der Tarifvertrag vor, daß dem Arzt im Anschluß an einen Bereitschaftsdienst auf Verlangen Freizeit zu gewähren ist, wenn er sich nach dem Bereitschaftsdienst übermüdet fühlt, weil seine Inanspruchnahme während des Bereitschaftsdienstes erheblich über die tariflich vorgesehene Arbeitsleistung hinausging. Diese Tarifvorschrift wurde vom Senat als teilweise unwirksam und lückenhaft betrachtet. Es ist nicht auszuschließen, daß zwar reine Arbeitsleistung nur zu 49% oder geringfügig mehr anfällt, trotzdem aber der angestellte Arzt keine ausreichende Ruhezeit finden konnte, weil häufige Unterbrechungen eintreten.

Dann müßte der Arzt nach 8 Stunden Dienst und 16 Stunden Bereitschaft ohne ausreichende Ruhezeit nach dem Tarifvertrag am nächsten Tag erneut einen vollen 8stündigen Dienst ableisten. Das ist unzumutbar und kann nicht verlangt werden. Deshalb ist in solchen Fällen der Arzt auch ohne Antrag und Hinweis auf Übermüdung am nächsten Tag freizustellen. Eine solche Freistellung kommt aber nicht, wie der Kläger beantragt hatte, nach jedem Bereitschaftsdienst in Betracht, sondern nur dann, wenn keine ausreichende Ruhezeit zur Verfügung stand. Solange die Tarifvertragsparteien die so entstandene Tariflücke nicht selbst ausfüllen, kam der Senat zu dem Ergebnis, daß nur eine mindestens 6ständige ununterbrochene Ruhezeit zwischen 21.00 Uhr und dem Dienstbeginn am nächsten Tag einen vollen Dienst am folgenden Tag erlaubt. Wenn dieses Erfordernis nicht erfüllt wird, besteht, von Ausnahmefällen abgesehen, eine Pflicht zur Freistellung. Diese Mindestruhezeit wird nur mit Rücksicht darauf festgelegt, daß nach der derzeit gültigen Regelung Bereitschaftsdienste zwischen zwei vollen Tagesarbeitsleistungen liegen und bis zu achtmal im Monat angeordnet werden können. Die Tarifvertragsparteien können deshalb bei Veränderung des Bereitschaftsdienstes auch andere Regelungen treffen.

Inhaltsübersicht Heft 1/1979 bis Heft 6/1981

Gesundheitspolitik			
Bettenstreichungen in NRW: Fahrmann auf dem Flur?	1/79	Gesundheitsversorgung ausländischer Frauen in der BRD	4/81
Der „Bayernvertrag“: Sparen auf Kosten der Gesundheit?	1/79	Erfahrungen aus einer Arztpraxis	6/81
Reformen, die Reformen verhindern – Verhaltenstherapie auf Krankenschein?	1/80	Gesundheitsamt Marburg Biedenkopf	6/81
Hartmannbund auf CSU-Kurs	1/80		
Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen – Der große Betrug	2/80		
Präventionspolitik contra Kostendämpfung und Selbstbeteiligung			
DG-Interview mit dem Gesundheitsse-nator H. Brückner	2/80	Arbeitsbelastung, arbeitsbedingte Erkrankungen und Frühinvalidität	1/80
Gesundheitstag '80 – Eine Einschätzung	3/80	Arbeitsunfälle in der Bundesrepublik: Was verschweigt die amtliche Statistik?	1/80
Entwurf eines neuen Grundsatzpro-gramms des DGB	3/80	Humanisierungsprogramm unter Be-schuß	1/81
Betäubungsmittelgesetz: Therapie als Strafe	2/81	Unfallverhütungsbericht 1980	1/81
Der Bayernvertrag – Maßnahmen zur Kostendämpfung	3/81	Mißtrauen gegen Betriebsärzte	3/81
Selbstdarstellung der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin	3/81	Erfahrungen einer Betriebsärzti-n	
Trierer Ärztetag: perspektivlos	4/81	Nur der gewerkschaftliche Kampf ist Gar-ant für die Humanisierung, Interview mit R. Konstanty, DGB	3/81
DG-Interview mit K.-H. Janzen, Vor-standsmitglied der IG Metall, zu aktuellen Fragen der Sozialpolitik	5/81	Vernachlässigte Arbeitsmedizin in der BRD	3/81
Gesundheitstag 1981	6/81	Arbeitslosigkeit macht krank	3/81
		Alles mit Maß und Ziel	3/81
		Eigenverantwortung des Schichtarbei-ters	3/81
		Reise in die DDR	3/81
Gesundheitsversorgung und Alternativen			
Eine klägliche Bilanz: Hintergründe und Ergebnisse zum Jahr des Kindes	1/80		
Von der Klinik zum Familienkrankenhaus	1/80		
Vier Jahre Gesundheitszentrum Gro-piusstadt	3/80		
Perspektive gemeindebezogener Ge-sundheitssicherung	3/80		
Thesen zur Ambulanten Versorgung	3/80		
Ambulante Geburt: Ein Säugling ist keine Krankheit	3/80		
Gesundheitszentrum Böttgerstraße	4/80		
Praxisgemeinschaft Heerstraße	4/80		
Sozialstationen	4/80		
Niedergelassene sind nicht nur Minu-tenmediziner	4/80		
Jahr des Behinderten	1/81		
Schluß mit der Sonderbehandlung Be-hinderter! Interview mit Ernst Klee	1/81		
Leben kann man nur sich selber	1/81		
Der Zeugungsnachweis	1/81		
Integration statt Isolation	1/81		
Aspekte der ambulanten zahnmedizi-nischen Versorgung	1/81		
Rheumazentrum Amsterdam	1/81		
Alkoholkrank, ambulant behandeln	2/81		
Alkoholismus: Schuld ist immer das Op-fer	2/81		
Drogenszene: „Nicht vom Horror er-drücken lassen!	2/81		
Eröffnung des „behinderten Jahres“	2/81		
Modellversuch der AOK-Mettmann	2/81		
Gesundheitszentrum Gropiusstadt	2/81		
Für uns ist niemand zu alt – Besuch bei den „Grauen Panthern“	4/81		
Arbeitsmedizin			
		„mit weniger Leuten immer noch mehr machen als früher . . .“, Interview mit Be-triebsrat der Thyssen AG Gießerei, Mei-derich	
		Arbeitsbelastung, arbeitsbedingte Erkrankungen und Frühinvalidität	
		Arbeitsunfälle in der Bundesrepublik: Was verschweigt die amtliche Statistik?	
		Humanisierungsprogramm unter Be-schuß	
		Unfallverhütungsbericht 1980	
		Mißtrauen gegen Betriebsärzte	
		Erfahrungen einer Betriebsärzti-n	
		Nur der gewerkschaftliche Kampf ist Gar-ant für die Humanisierung, Interview mit R. Konstanty, DGB	
		Vernachlässigte Arbeitsmedizin in der BRD	
		Arbeitslosigkeit macht krank	
		Alles mit Maß und Ziel	
		Eigenverantwortung des Schichtarbei-ters	
		Reise in die DDR	
Frieden			
		Notstandsgesetz für die Medizin	
		„Wie wir einen Atomkrieg überleben“	2/81
		Beschäftigte des Gesundheitswesens	
		gegen Atomrüstung	4/81
		Als gäbe es kein Hiroshima –	
		DG-Kommentar von Gert Bastian	5/81
		Ärzte gegen den Atomkrieg	6/81
		Volrad Deneke und die sittliche Substan-z des Arztiums	6/81
Medizin und Technik			
		Computertomographie – Fortschritt für wen?	2/80
		Im Dienste der Gesundheit	6/81
		Professionalisierung und Technik	6/81
		Neue Techniken:	
		DG-Interview mit Personalräten	6/81
		Computer auf Intensivstationen	6/81
		World Radiology Expo in Brüssel	6/81
Psychiatrie			
		Vier Jahre nach der Psychiatrie-En-quête:	
		Den Worten müssen endlich Taten fol-gen!	1/79
		Skandal im LKH Bonn	1/80
		Sauer auf das SSK	1/80
		Psychiatrie auf neuen Wegen	4/80
		Der Krüppel gehört als solcher in die An-stalt	1/81
		Zum Stockhausen-Prozeß	3/81
		Leben mit einer kranken Frau	4/81
		Wohin bewegt sich die Psychiatrie?	4/81
		Frauenselbsthilfe nach Krebs	4/81
Umwelt			
		Der Stoltzenberg-Skandal	1/80
		Umweltchemikaliengesetzgebung	1/80
		Radioaktivität als Krankheitsfaktor	
		(Teil 1)	1/80
		Radioaktivität als Krankheitsfaktor	
		(Teil 2)	2/80
		Kindertod durch Harrisburg	2/80
		Wo es Blei und Cadmium regnet	2/80
		Radioaktivität als Krankheitsfaktor	
		(Teil 3)	3/80
		Das Wasser ist das Beste(?) Teil 1	4/80
		Das Wasser ist das Beste(?) Teil 2	1/81
		Das Wässer ist das Beste(?) Teil 3	3/81
		Wasserprobleme der Entwicklungslän-der	3/81
		Patient Trinkwasser?	4/81
Frau im Gesundheitswesen			
		§ 218: „Abtreibung ist Massenmord“	
		(Höffner)	1/79
		Familienpolitik, sprich: Heim- und Herd-ideologie	2/80
		Die „Sante Geburt“ nach Leboyer – eine praktische Alternative?	3/80

Über Krebs spricht man nicht – Frauen-selbsthilfe nach Krebs	4/80
Kein Schlachthof für Embryos	3/81
Ungewollt – doch gewollt	
Erfahrungsbericht aus einer Schwanger-schaftskonfliktberatung	3/81
Frauenhäuser	4/81
Killer-Tampons: Lieber tot als rote Flek-ken?	5/81
Stillen – aber nicht stillhalten	5/81

Historisches

In Memoriam: Werner Forssmann, ein unbequemer Wissenschaftler	1/79
150 Jahre Kinderarbeitsschutzgesetz	1/80
Volks- und Naturheilkunde im National-sozialismus	2/80
Berliner Polikliniken (Teil 1)	3/80
Berliner Polikliniken (Teil 2)	4/80
Nachruf: F. Basaglia	4/80
Die Welt ist pockenfrei	1/81
Hartmannbund im Faschismus	2/81
100 Jahre Sozialversicherung	6/81

Arbeitsbedingungen im Krankenhaus

Weniger Bereitschaftsdienste:	
Mehr Sicherheit für den Patienten – mehr Freizeit für den Beschäftigten!	1/79
Krankenhauskosten:	
10 Minuten Humanität ab 1985	1/80
Rationalisierung statt Humanisierung im Krankenhaus	2/80
So wird Minimalpflege zur Norm – Personelle Unterbesetzung und ihre Auswirkungen auf einer Intensivstation	2/80
Das Glück des Paul X	3/80
Fall Limbrock – Sein Chefarzt nimmt Stellung	3/80
Diskussion über Anhaltszahlen	4/80
Der Krankenhauskonzern	4/80
Gefährden übermüdete Ärzte die Patienten?	4/80
Stimmen zum Bereitschaftsdienst-Urteil	4/80
Krankenhaus ohne Gewerkschaft	4/80
Vormittagschicht auf einer internistischen Station	4/80
Putzfirmen: Das Geschäft mit dem Dreck	3/81
DKG-Interview über die Anhaltszahlen	3/81
Krankenpflege: Was ist das eigentlich?	5/81
Alltag: Funktionspflege funktioniert nicht	5/81
Aktionsplan zur Veränderung der Krankenpflegeinhalte	5/81
Krankenpflege: Erinnerungen	5/81
Segensreiche Intensivstation	5/81

Internationales

Giftes des US-Krieges in Vietnam töten in der zweiten Generation	1/80
Medikamente und medizinische Instrumente für Vietnam	1/80
Heilung mit dem Griff ins Säckel	
Der belgische Ärztestreik	2/80
Gesundheitsversorgung im befreiten Mozambique	4/80
Hilferuf aus El Salvador	4/80
Nicaragua – Ein neues Gesundheitswesen	
Tagebuch eines Gesundheitsbrigadisten	1/81
Gesundheitswesen in Äthiopien	3/81

Patientenbeteiligung und offene Medizin – ein Famulaturbericht aus Wales

5/81	Landesärztekammer Hessen im Juni 1980	2/80
1/79	Synopse der Vorstellungen zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen von DGB, ÖTV, Bdo, SPD und CDU	2/80
4/80	Kleines Lexikon der Sozialwahlen	2/80
1/80	Rationalisierungsmaßnahmen in den städtischen Kliniken Duisburg	2/80
1/81	Stellungnahme der Arbeiterwohlfahrt zur Praxis des § 218	2/80
2/80	Plattform zur Neuordnung der ambulanten psychosozialen Versorgung	3/80
3/80	Die ökonomische Krise im Gesundheitswesen	3/80
3/80	WHO-Deklaration von Alma Ata	3/80
4/80	Aufruf der DGSP: „Löst die Großkrankenhäuser auf“	3/80
4/80	Anhaltszahlen	4/80
2/81	Auflösung der Großkrankenhäuser	
4/80	Rede von K. Dörner in Bonn	4/80
2/81	Parteien zur Gesundheitspolitik	4/80
2/81	Ausbeutung statt Ausbildung	
3/81	Fragebogenergebnisse zum Praktischen Jahr	1/81
4/81	Appell zum Jahr des Behinderten	1/81
5/81	Stellungnahme des „Initiative“-Redaktionskollektiv	1/81
5/81	Anmerkungen zu den Anhaltszahlen	1/81
1/81	Verwaltungsgerichtsurteil über DG	1/81
2/81	Gefahr Kernwaffenkrieg	2/81
2/81	Folgen eines Atomkrieges	2/81
1/81	Mediziner tragen besondere Verantwortung	2/81
2/81	Augenzeugebericht Nagasaki	2/81
2/81	Rede von Wolfgang Münster auf dem DGSP-Sternmarsch	2/81
2/81	Anton Schlösser: Zur Suchtkrankenversorgung in der BRD	2/81
2/81	Duogynon-Urteil	2/81
3/81	Thesen für ein Arbeitsschutzgesetz	3/81
3/81	Arbeitsgesetzbuch der DDR	3/81
3/81	Urteil: Keine selbständigen Nachtwachen für Auszubildende	3/81
3/81	Aufruf für eine atomwaffenfreie Zone in Europa	3/81
3/81	Generalmobilmachung gegen einen General	3/81
4/81	Ökonomische Bedingungen der Kostendämpfung	4/81
4/81	ÖTV bleibt im kirchlichen Bereich aktiv	4/81
4/81	Über die Verrücktenbewegung in Dänemark	4/81
4/81	I. Internationaler Ärztekongress für die Verhütung eines Atomkrieges	4/81
4/81	Internationale Konferenz „Atomkrieg in Europa“	4/81
5/81	Zur Situation des Pflegepersonals am Bürger-Hospital Stuttgart	5/81
5/81	Der nationale Gesundheitsdienst in Großbritannien	5/81
5/81	Die gesundheitliche Situation und medizinische Versorgung der ausländischen Frauen in der Bundesrepublik Deutschland	5/81
6/81	Rationalisierung bei der Textverarbeitung	6/81
6/81	Computeranalyse des Echokardiogramms	6/81
6/81	Abschlußerklärung des Atomkongresses	6/81
6/81	Liste der Essential Drugs	6/81
6/81	Sozialgesetzchronik	6/81

ÖTV Bezirk Berlin zum Bettenabbau

Die Gewerkschaft ÖTV Berlin lehnt die „Vereinbarung zwischen dem Land Berlin, vertreten durch den Senator für Gesundheit, Soziales und Familie, und den Berliner Krankenkassenverbänden“ ab. Mit dieser Vereinbarung übernehmen die Berliner Krankenkassen und damit die Versicherten einen Teil der finanziellen Lasten, die nach vorliegenden Gerichtsentscheidungen vom Senat von Berlin als Träger der städtischen Krankenhäuser zu verantworten sind. Die Gewerkschaft ÖTV Berlin wird im Interesse der Versicherten und der Beschäftigten im Gesundheitswesen die Vertreter in den Selbstverwaltungsorganen der Berliner Krankenkassen auffordern, dieser Vereinbarung nicht zuzustimmen.

Die Gewerkschaft ÖTV Berlin stellt darüber hinaus fest: Mit der getroffenen Vereinbarung wird für das Land Berlin das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und die Bundespflegesatz-Verordnung (BPfV) faktisch außer Kraft gesetzt. Entgegen dem Sinn des KGH übernimmt der Senat von Berlin einen Teil der laufenden Kosten für die städtischen Krankenhäuser. Entgegen der Bundespflegesatz-Verordnung, Pflegesätze einzeln auszuhandeln, verordnet der Senat von Berlin für die städtischen Krankenhäuser kollektiv Festpreise.

Vom Grundsatz her ist gegen die Übernahme von laufenden Kosten für die städtischen Krankenhäuser durch das Land Berlin nichts einzuwenden. Diese Kostenübernahme sollte jedoch nicht wie im vorliegenden Fall pauschal geschehen, sondern muß auf Leistungen bezogen werden, deren finanzielle Folgen nicht den Krankenkassen anzulasten sind, z. B. Erste Hilfen. Dies gilt auch für Kosten struktureller Entwicklungen, die durch das Ausbleiben politischer Entscheidungen oder durch politische Fehlentscheidungen verursacht sind. Wenn es z. B. richtig ist, daß alle städtischen Krankenhäuser das jeweils höchste Leistungsangebot anstreben, weil politische Entscheidungen zu Versorgungsstufen fehlen, dann sind die Folgekosten vom Land Berlin zu tragen.

Die im Rahmen der Vereinbarung getroffene Entscheidung des Senats von Berlin vom Dienstag, dem 8. Dezember 1981

- 815 Akut-Betten zu schließen,
 - 410 Betten bis 1983 für Chronisch-Kranke umzuwandeln
- wird von der Gewerkschaft ÖTV Berlin abgelehnt.

Der Schließung von Akut-Betten sind keine kompensatorische Maßnahmen zur Seite gestellt. Die gesundheitliche Versorgung der Berliner Bevölkerung auf dem bisherigen Niveau ist damit nicht sichergestellt. Die Aufstockung der Zahl der Betten für Chronisch-Kranke ist ungenügend. Bis 1983 werden anerkanntermaßen 1000 neue Betten für Chronisch- und Alterskrankene erforderlich. Mit der Realisierung der in diesem Zusammenhang diskutierten Hauskrankenpflege ist nicht vor 1983 zu rechnen. Sie trägt schon vom finanziellen Umfang (2,3 Mio. DM) den Erfordernissen einer begleitenden Maßnahme in keiner Weise Rechnung. Der Senatsbeschuß ist daher nicht von gesundheitspolitischen Gesichtspunkten bestimmt.

Im Zentrum der Senatsentscheidung steht die Kostenfrage. Auch sie ist durch die vorgeschlagenen Maßnahmen nicht gelöst. Von der Schließung und Umwandlung von Betten sind allein die städtischen Krankenhäuser betroffen. Die Zahl der Betten wird sich hier verringern. Einem parallelen Anwachsen der Zahl der Betten im privaten und gemeinnützigen Bereich wird durch die Senatsentscheidung nicht vorgebeugt. Das gleiche gilt für die Festlegung von Krankenhäusern in Versorgungsstufen für den städtischen Bereich. Es ist nicht ausgeschlossen worden, daß gemeinnützige und private Krankenhäuser eine Leistungsausweitung betreiben. Die Festsetzung von Pflegesätzen für die städtischen Krankenhäuser für die Jahre 1982 und 1983 stellt gleichfalls keine Kostenersparnis dar. Die über die Pflegesätze hinausgehenden Ausgaben müssen mindestens bis 1983 vom Land Berlin bestritten werden.

Mit der Schließung von Betten und der Festsetzung von Pflegesätzen im Bereich der städtischen Krankenhäuser sollen bis 1983 1303 Stellen umgeschichtet werden und schließlich wegfallen. Davon

- 843 Stellen durch die Schließung von Betten und
- 460 Stellen durch Festsetzung der Pflegesätze.

Die Gewerkschaft ÖTV Berlin lehnt den Abbau von Arbeitsplätzen ab.

Zusammen mit den Haushaltseinschränkungen an anderer Stelle belastet der Senat von Berlin den regionalen Arbeitsmarkt bis 1985 mit der Streichung von insgesamt 4800 Arbeitsplätzen. Der Abbau von Arbeitsplätzen im Gesundheitswesen beeinträchtigt die Gesundheitsversorgung in der Stadt. Die Bevölkerung Berlins soll bei den 843 wegfallenden Stellen auf die Leistungen von über 100 Ärzten, etwa 300 Pflegekräften und über 100 medizinisch-technischen Angestellten verzichten. Ungeklärt sind die konkreten Leistungseinschränkungen durch die 460 wegfallenden Stellen aus der Festsetzung der Pflegesätze.

Die Streichung von 1303 Stellen ist gesundheitspolitisch nicht begründet. Der einzige erkennbare Grund ist, daß der Senat von Berlin sich von den ihm zu tragenden Kosten entlasten will. Diese Entlastung geschieht erstens auf dem Rücken der Beschäftigten in den betroffenen Gesundheitseinrichtungen und zweitens durch Leistungseinschränkungen zu Lasten der Bevölkerung.

Im Rahmen der getroffenen Vereinbarung zwischen dem Senat von Berlin und den Berliner Krankenkassen schlägt die Gewerkschaft ÖTV Berlin folgende Mindestregelungen vor:

1. Grundsätzliche Aufrechterhaltung der zur Zeit vorhandenen Betten bei gleichzeitiger verstärkter Umwandlung in Betten für Chronisch-Kranke.

1.1 Aufrechterhaltung der Gynäkologie im örtlichen Bereich Lynarstraße des Krankenhauses Spandau (60 Betten);

1.2 Umwandlung der Betten im örtlichen Bereich Albrecht-Achilles-Straße des Krankenhauses Wilmersdorf in ein unfallspezifisches Krankenhaus (240 Betten);

1.3 Umwandlung der Akut-Betten in Betten für Chronisch-Kranke im örtlichen Bereich Hohengatow des Krankenhauses Spandau (370 Betten);

1.4 Umwandlung der Betten für Innere Medizin in Betten für Chronisch-Kranke im örtlichen Bereich Tegel-Süd des Humboldt-Krankenhauses bis zur Inbetriebnahme des Neubaus Reinickendorf (65 Betten);

1.5 Umwandlung der Kinderabteilung in eine Abteilung für Chronisch-Kranke im örtlichen Bereich Turmstraße des Krankenhauses Moabit (70 Betten).

2. Dauerhafter Erhalt der durch diese Maßnahmen betroffenen 843 Stellen und Umstrukturierung der Arbeitsplätze.

2.1 Umschulungs- und Weiterbildungsprogramm für Beschäftigte, die in den o. g. von Umwandlung betroffenen Bereichen weiterarbeiten wollen;

2.2 Umfassendes Angebot alternativer Arbeitsplätze in den anderen städtischen Krankenhäusern;

2.3 In begründeten Fällen muß dem Erhalt des Arbeitsplatzes der Vorrang vor der Umsetzung gegeben werden.

3. Dauerhafte Weiterbeschäftigung der durch die Festsetzung der Pflegesätze betroffenen 460 Arbeitnehmer in den städtischen Krankenhäusern und Ausbau der Krankenpflege.

3.1 Umstrukturierung dieser 460 Arbeitsplätze in Richtung auf eine Verbesserung der Grundpflege;

3.2 Verbesserung der Versorgung chronisch- und alterskranker Patienten durch umfassendere Betreuung. Anhebung des Mindeststandards der Pflegeminuten von 107 auf 133,7 Minuten.

Die vorgeschlagenen Mindestregelungen der Gewerkschaft ÖTV Berlin sind gesundheitspolitisch begründet. Das Leistungsangebot der städtischen Krankenhäuser bleibt erhalten und wird behutsam umgeschichtet. Der dringend erforderliche Bedarf für chronisch- und alterskranke Menschen wird in den Jahren bis 1983 si-

chergestellt. Insgesamt werden über 500 zusätzliche Betten für Chronisch-Kranke geschaffen. Das Albrecht-Achilles-Krankenhaus bleibt als Unfallkrankenhaus im innerstädtischen Bereich erhalten. Auf die Gynäkologie in der Lyanstraße wird nicht verzichtet.

Die Zahl der Arbeitsplätze in den städtischen Krankenhäusern bleibt erhalten. Die Ausbildungsplätze bleiben erhalten. Die Aussicht auf einen Arbeitsplatz nach der Ausbildung wird nicht verschlechtert. Die Leistungen der Ärzte, Pflegekräfte und medizinisch-technischen Angestellten bleiben sinnvoll eingesetzt. Die Umstrukturierungen werden unter Aufrechterhaltung des Versorgungsstandards das Leistungsangebot qualitativ verbessern und den gesundheitspolitischen Notwendigkeiten angepaßt.

Der Vorteil des Vorschlags der Gewerkschaft ÖTV Berlin besteht einerseits in einem sinnvollen Einsatz der vorhandenen Krankenhauskapazitäten und zum anderen in einer gesundheitspolitisch sinnvollen Nutzung des vorhandenen Leistungsangebots der Beschäftigten.

Der Vorschlag bleibt zugleich im Rahmen der Vereinbarung des Senats von Berlin mit den Berliner Krankenkassen. Finanzielle Auswirkungen für die Berliner Krankenkassen sind daher nicht zu erwarten. Es bleibt bei der Übernahme der durch Umstrukturierung betroffenen Personalkosten durch den Senat von Berlin. Es bleibt bei der Übernahme der überschüssigen Personalkosten aufgrund der Festsetzung der Pflegesätze durch den Senat von Berlin.

Die finanziellen Auswirkungen auf den Haushaltssplan und die Finanzplanung sind bis 1983 dieselben wie in der Senatsbeschlußvorlage vorgesehen: Für 1982 45 Mio. DM und 1983 zusätzlich 23,2 Mio. DM.

Für die Jahre 1984 und 1985, den Zeitrahmen der Finanzplanung, müßten aufgrund dieser Zahlen Mittel in Höhe von insgesamt 136,4 Mio. DM zur Finanzierung des Vorschages freigemacht werden.

Da die vereinbarten Pflegesätze nur bis 1983 auf der festgesetzten Höhe bleiben, verringert sich das Haushaltstrisko um 18 Mio. auf 118 Mio. DM. Um diese Summe zu realisieren, schlägt die Gewerkschaft ÖTV Berlin folgende haushalt- und finanzpolitischen Umwälzungen vor:

1. Die in der Finanzplanung bis 1985 vorgesehenen Mittel für Gutachten, Veröffentlichungen und Repräsentationszwecke sind um die Hälfte zu kürzen; bis 1985 36,7 Mio. DM

2. Kürzung der Mittel für Geschäftsbedarf, Beschaffungen und sonstige sämtliche Verwaltungsausgaben – vermindert um die bereits unter 1 gekürzten Ansätze – um 4%; bis 1985 80,6 Mio. DM

3. Abbau der Vergünstigung der Chefarzte und Professoren für Nebentätigkeiten. Anhebung des Bettengeldes, die Ärzte städtischer Krankenhäuser und Universitätskliniken für die Inanspruchnahme von Krankenhaus-einrichtungen zu zahlen haben, auf den tatsächlichen Kostenstand; geschätzte Einsparsumme bis 1985 mindestens 3-4 Mio. DM
Gesamtsumme: 120,3 Mio. DM

Diese Vorschläge basieren auf den Zahlenangaben – der Senatsvorlage vom 24. 8. 1981 und – des Haushaltssplanes 1981.

Auch bei einer Verwirklichung der Vorschläge der Gewerkschaft ÖTV Berlin wären die Probleme unseres Gesundheitswesens nicht behoben. Ebenso wenig wird der nach wie vor wirksame Bettenabbau nach dem Bettenbedarfsplan die Probleme lösen. Erbaut auf eine Unkenntnis des tatsächlichen Krankenstandes der Berliner Bevölkerung, der regionalen Verteilung der Krankheiten und der verschiedenen Krankheitsarten auf.

Die Gewerkschaft ÖTV Berlin wendet sich entschieden gegen Vorstellungen des Senats von Berlin über den Bettenbedarfsplan hinaus, das sogenannte Subsidiaritätsprinzip im Gesundheitswesen durchzusetzen. Die Trägerschaft, z.B. in der Hauskrankenpflege oder im Krankenhausbereich, muß funktionsgerecht sein und darf nicht unter dem Dogma der Subsidiarität entscheiden werden.

Die Senatsvorlage vom 8. 12. 1981 will den schrittweisen Abbau von Betten in den städtischen Krankenhäusern und die Festlegung von Versorgungsstufen allein

für diesen Bereich. Damit einher würde eine unkoordinierte Ausweitung der Betten und Leistungen im privaten und gemeinnützigen Krankenhausbereich gehen. Die öffentliche Hand schlägt sich damit selbst das letzte Instrument aus der Hand, auch in Zukunft in die Gesundheitsversorgung unserer Stadt gestaltend einwirken zu können.

Die Gewerkschaft ÖTV Berlin sieht eine Möglichkeit der Neuordnung in einem Ausbau der Hauskrankenpflege. Seine funktionsgerechte Zuordnung zu den Einrichtungen unseres Gesundheitswesens könnte über eine Verbesserung der Versorgung hinaus zu einer Integra-

tion von ambulanten und stationären Bereichen beitragen. Die Verkürzung der Verweildauer in der stationären Versorgung erfordert eine an das Krankenhaus gebundene nachsorgende Hauskrankenpflege. Mit dieser Bindung wäre gleichzeitig Doppeldiagnostik und ähnliche Leistungsausweitung auszuschließen.

Für die vorsorgende Hauskrankenpflege sind Sozialstationen mit einem Krankenhaus-ähnlichen Team aufzubauen. Ihre Anbindung an die regionalen Gesundheitsämter würde verhindern, daß Leistungen doppelt angeboten werden.

Das Wenckebach-Urteil

Das Verwaltungsgericht Berlin, 14. Kammer, 8. 7. 81, hat für Recht erkannt: Der Festsetzungsbeschluß Nr. 27/8/79 vom 12. Oktober 1979 wird insoweit aufgehoben, als darin für das Wenckebach-Krankenhaus der ab 1. Januar 1978 erforderliche Pflegesatz (Anlage Position Nr. 1) einen Betrag von 196,98 DM übersteigt. Im übrigen wird die Klage abgewiesen.

Das Urteil ist wegen der Kosten vorläufig vollstreckbar.

Tatbestand

Die Klägerinnen – sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts Trägerinnen der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie haben ihren Mitgliedern unter den näheren Voraussetzungen des § 184 RVO Krankenhauspflege im Wege der Naturalleistung, d. h. durch kostenfreie Krankenhausbehandlung, zu gewähren und müssen daher die Kosten für Krankenhauspflege unmittelbar an die Krankenhausträger zahlen.

Durch das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) – vom 29. Juni 1972 und die auf dieser gesetzlichen Grundlage erlassene Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung – BPfIV –) vom 25. April 1973 wurde das System der Krankenhausfinanzierung bundeseinheitlich neu geregelt. Danach übernimmt die öffentliche Hand die Investitionskosten der Krankenhäuser, während der Erlös der Pflegesätze dazu dient, die übrigen Kosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses zu decken. Im Unterschied zum übrigen Bundesgebiet wurden die Pflegesätze für die Krankenhausträger in Berlin bis zum Jahre 1973 als Höchstpreise nach dem Berliner Preisrecht festgesetzt.

Im anhängigen Verfahren streiten die Beteiligten über die Höhe des vom Beklagten für das Wenckebach-Krankenhaus, Krankenhausbetrieb von Berlin – Tempelhof, als Festpreis festgesetzten allgemeine, mit dem Benutzerentgelt identischen Pflegesatzes.

Im Einvernehmen mit den Beteiligten (vgl. § 16 Abs. 2 Satz 3 BPfIV) beauftragte der Beklagte mit Schreiben vom 10. Mai 1978 die Treuarbeit AG, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft – Steuerberatungsgesellschaft Berlin, das vom Wenckebach-Krankenhaus, Krankenhausbetrieb von Berlin-Tempelhof, erstellte Selbstkostenblatt zur Festsetzung eines endgültigen Pflegesatzes für das Jahr 1978 zu prüfen.

Die Prüfungsgesellschaft prüfte in der Zeit von Oktober 1978 bis Januar 1979 in den Räumen des Krankenhauses dessen Wirtschaftsführung und erstellte unter dem 2. April 1979 einen Prüfbericht. Darin ermittelte sie in verschiedenen Bereichen des Krankenhausbetriebes unwirtschaftliche Personalkosten in Höhe von 4 579 400,— DM.

Auf der Basis dieses Prüfberichts fand am 15. Juni 1979 die nach § 18 Abs. 1 KHG vorgesehene Eingangsverhandlung statt. Das Wenckebach-Krankenhaus hatte unter Vorlage des Selbstkostenblattes einen materiellen Pflegesatz für das Jahr 1978 in Höhe von 227,33 DM beantragt. Dem lagen Gesamtkosten von

41 998 189,— DM und ein für das Jahr 1979 erwarteter Divisor (kostengleiche Berechnungstage) von 184 743 zugrunde. Unter Berücksichtigung der Feststellungen der Treuarbeit AG war gemäß der Anlage III zum Prüfbericht aus den Selbstkosten nach dem Selbstkostenblatt in Höhe von 41 998 189,— DM nach Ein- und Ausgliederungen in den verschiedenen Bereichen endgültig ein Betrag von 1 478 755,— DM auszugliedern, so daß sich die bereinigten Beträge nach den Prüfungsergebnissen auf 40 519 434,— DM beliefen. Die Vertreter des Wenckebach-Krankenhauses waren der Auffassung, die Treuarbeit AG habe den Betrag der unwirtschaftlichen Personalkosten unzutreffend errechnet, da sie sich nicht an den für die Personalzumessung in den Krankenhausbetrieben des Landes Berlin verbindlichen Stellenschlüssel des Senators für Inneres gehalten, sondern die Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Besetzung der Krankenhäuser mit Ärzten und Pflegekräften vom 19. September 1969 und vom 9. September 1974 sowie die Anhaltszahlen und Erfahrungswerte für die Personalbesetzung in Krankenhäusern von Karl Purzer (Geschäftsberichte über die Tätigkeit des Bayerischen Prüfungsverbandes öffentl. Kassen in den Rechnungsjahren 1972 bis 1974) zugrundegelegt habe. Im Interesse der Gleichbehandlung aller Krankenhausbetriebe des Landes Berlin dürfe jedoch nicht von den Schlüsselzahlen des Senators abgewichen werden. Das Krankenhaus sei allerdings bereit, über den auszugliedern Betrag von 1 478 755,— DM hinaus im Rahmen der Einigung einen Betrag von 1 518 955,— DM und ohne Nennung einer besonderen Kostenposition einen weiteren Betrag von 130 000,— DM von den pflegesatzbezogenen Selbstkosten in Abzug zu bringen, was den Pflegesatz von dem beantragten Betrag von 227,33 DM auf 218,93 DM verringert hätte. Eine Einigung zwischen den Beteiligten kam jedoch nicht zustande.

Der Senator für Wirtschaft und Verkehr setzte daraufhin einen Betrag von 1 742 895,— DM von den vom Wenckebach-Krankenhaus geltend gemachten Selbstkosten ab und setzte mit Festsetzungsbeschluß Nr. 27/8/79 vom 12. Oktober 1979 den allgemeinen, mit dem Benutzerentgelt identischen Pflegesatz für das Wenckebach-Krankenhaus als Festpreis ab 1. Oktober 1979 auf 211,80 DM je Berechnungstag fest. Ferner ordnete er die sofortige Vollziehung des Bescheides an.

Gegen die Höhe des Pflegesatzes wenden sich die Klägerinnen mit der am 12. November 1979 bei dem Verwaltungsgericht Berlin eingegangenen Klage. Sie tragen im wesentlichen vor: Der Beklagte habe bei der Festsetzung des Pflegesatzes nicht berücksichtigt, daß das Wenckebach-Krankenhaus gegen den Grundsatz der sparsamen Pflegesatzrechts zugrunde. Obwohl der Gesetzgeber den Krankenhäusern grundsätzlich einen Anspruch auf kostendeckende Pflegesätze eingeräumt habe, dürften dort nur Kosten einfließen, die bei einer sparsamen Wirtschaftsführung des Krankenhauses unter Beachtung seiner Leistungsfähigkeit anfielen. Kosten, die auf einer Mißachtung dieses Grundsatzes beruhen, hätten außer Ansatz zu bleiben. Aus dem eingehenden und überzeugenden Bericht der Treuarbeit AG vom 2. April 1979 ergebe sich, daß beim Wenckebach-Krankenhaus Personalkosten in Höhe von über vierthalb Millionen DM als unwirtschaftlich ab-

gesetzt werden müßten, die sich auf verschiedene Personaldienste, überwiegend auf den nichtmedizinischen Bereich, bezögen. Dabei komme dem Umstand besondere Bedeutung zu, daß bei den nichtstädtischen Krankenhäusern Personalüberbesetzung in diesem Maße nicht bestünden.

Der Beklagte, der die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft selbst beauftragt habe, habe sich nicht an deren Erkenntnisse gehalten und dadurch den unbestimmten Rechtsbegriff „sparsame Wirtschaftsführung“ verkannt. Auffällig sei in diesem Zusammenhang, daß mehrere Berichte von Wirtschaftsprüfungsgesellschaften über städtische Krankenhäuser ergeben hätten, daß dort nicht mit der gebotenen Sparsamkeit gewirtschaftet werde. Obwohl diese Berichte für die städtischen Häuser symptomatisch seien, habe der Beklagte daraus keinerlei Konsequenzen gezogen. Im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet liege Berlin insbesondere in der Personalausstattung im Bereich des nichtmedizinischen Personals mit großem Abstand an der Spitze. Hinzu komme, daß pro Arbeitskraft nur 88 000 Jahresarbeitsminuten im Vergleich zu 106 000 Jahresarbeitsminuten für die Vollbeschäftigen im übrigen Bundesgebiet veranschlagt würden und in Berlin gegenüber dem Bundesgebiet mit 27 % eine ungewöhnlich hohe Ausfallzeit zugrundegelegt werde. Insbesondere seien die darin enthaltenen etwa 12 % für Verteil- und Rüstzeiten, die pauschal auf alle Beschäftigungsgruppen des Krankenhauses Anwendung finden, unvertretbar. Ein genereller Abzug für Ausfallzeiten unter Berücksichtigung der besonderen regionalen Verhältnisse Berlins und der individuellen Gegebenheiten sei allenfalls in Höhe von 20 % angemessen. Ungeachtet der zu hohen Ausfallzeiten lasse es der Stellenschlüssel darüber hinaus zu, daß neben den stellenplärmäßigen Besetzungen in erheblichem Maße sogenannte Vertretungsmittel in Ansatz gebracht werden könnten, die nach Aussage der Wirtschaftsprüfungsgesellschaften regelmäßig voll ausgeschöpft würden und dadurch die ohnehin erheblich übersetzte Ausfallquote weiter erhöhten. Daraus ergebe sich, daß die Schlüsselzahlen des Senators für Inneres als Maßstab grundsätzlich ungeeignet seien. Vielmehr müsse auf die spezifischen Verhältnisse des einzelnen Krankenhauses abgestellt werden, was die Treuarbeit AG in ihrem Bericht auch getan habe. Es sei auffallend, daß das Wenckebach-Krankenhaus hinsichtlich des materiellen Pflegesatzes für 1978 weit höher liege als die drei großen gemeinnützigen Krankenhäuser St.-Gertrauden-Krankenhaus, Martin-Luther-Krankenhaus und St.-Joseph-Krankenhaus I.

Das Zahlenwerk und die Berechnung des Beklagten seien darüber hinaus für sie kaum nachvollziehbar. Insbesondere sei unzutreffend, daß es sich bei den Anhaltszahlen der DKG und den Schlüsselzahlen des Senators für Inneres lediglich um den Unterschied zwischen einer Netto- und Bruttorechnung handle, der zu etwa gleichen Ergebnissen führe. Diese Behauptung des Beklagten sei nicht nachvollziehbar und unzutreffend.

Schließlich seien die Krankenkassen auch dadurch zu Unrecht belastet, daß den Krankenhäusern die sogenannte „Interessensquote“ von 10 v. H. der im Ambulanzbereich erzielten Einnahmen verbleibe, zumal auch dort Unwirtschaftlichkeiten im personellen Bereich zu verzeichnen seien.

Im Klageantrag haben sich die Klägerinnen jedoch auf den Abzug der von der Treuarbeit AG festgestellten Unwirtschaftlichkeiten beschränkt und die Frage der Interessenquote nicht weiter vertieft.

Die Klägerinnen beantragen, den Festsetzungsbescheid N.R. 27/8/79 vom 12. Oktober 1979 insoweit aufzuheben, als darin für das Wenckebach-Krankenhaus der ab 1. Januar 1978 erforderliche Pflegesatz (Anlage Position Nr. 1) einen Betrag von 194,39 DM übersteigt.

Der Beklagte vertritt im wesentlichen die Auffassung, der von ihm festgesetzte materielle Pflegesatz entspreche die Vorschriften des KHG in Verbindung mit der BPfV. Dabei habe außer Betracht zu bleiben, inwieweit die Pflegesätze sozial tragbar seien, da § 1 KHG davon ausgehe, daß durch die Übernahme der Investitionskosten auf die öffentlichen Haushalte die Pflegesätze um diese Kostenanteile entlastet und damit ein Beitrag zu sozial tragbaren Pflegesätzen geleistet werde. Im Gegensatz zum früheren Pflegesatzrecht seien die Pflegesätze nach neuem Recht ohne Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungssträger festzusetzen. Er, der Beklagte, habe auch nur die Kosten bei sparsamer Wirtschaftsführung unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses in den Pflegesatz einfließen lassen.

Die Begriffe „sparsam wirtschaftend“ und „leistungsfähig“ seien unbestimmte Gesetzesbegriffe, die der Beklagte als Festsetzungsbörde im Rahmen eines ihm zustehenden Beurteilungsspielraumes ausfüllen müsse. Diese – weiten – Grenzen seines Beurteilungsspielraumes habe er hinsichtlich der Festsetzung des Pflegesatzes für das Wenckebach-Krankenhaus eingehalten. Es sei zunächst zweifelhaft, ob die Festsetzungsbörde überhaupt verpflichtet sei, im Rahmen der Ermittlung der Selbstkosten der Krankenhäuser die sparsame Wirtschaftsführung unter Beachtung der Leistungsfähigkeit zu prüfen. Der Wortlaut des § 16 Abs. 3 BPfV spreche eher dafür, daß die Behörde insoweit ein Ermessen habe. Grundsätzlich habe er allerdings in jedem einzelnen Falle vor Festsetzung der Pflegesätze die von den Krankenhäusern eingereichten Selbstkostenblätter eingehend geprüft. Gerade im Falle des Wenckebach-Krankenhauses sei diese Kostenuntersuchung besonders kritisch und sorgfältig gewesen. Er habe daher nur einen Pflegesatz genehmigt, der rund 4 % unterhalb des vom Krankenhaus beantragten Satzes und nur um 2,7 % über dem Pflegesatz des Vorjahres gelegen habe. Über die von der Treuarbeit AG als nicht pflegesatzrelevant angewiesene Summe von 1 478 755,— DM hinaus habe er aufgrund ergänzender Prüfung vom September und Oktober 1979 eine Gesamtkürzung in Höhe von 1 742 995,— DM ausgesprochen.

Dabei habe die Behörde bei der Erteilung des Prüfungsauftrages unmissverständlich zum Ausdruck gebracht, daß für die Beurteilung der Personalausstattung in den einzelnen Diensten von den Schlüsselzahlen zur Berechnung des Personalbedarfs des Senators für Inneres auszugehen sei. Diese Schlüsselzahlen sollten nur unterschritten werden, wenn es der Grundsatz der sparsamen Wirtschaftsführung gebiete. Der Prüfbereich der Treuarbeit AG enthalte jedoch keine Annahmen dafür, daß das Krankenhaus nicht sparsam gewirtschaftet habe. Infolgedessen könne man dem Haus nicht pauschal eine unwirtschaftliche Betriebsführung vorwerfen, es sei denn, man stelle die Wirtschaftlichkeit der genannten Schlüsselzahlen generell in Abrede. Dies sei jedoch unzulässig, da diese Zahlen letztendlich weitgehend mit den Schlüsselzahlen der DKG übereinstimmen, da es sich insoweit nur um den Unterschied einer Brutto- bzw. Nettorechnung handele. Die Stellenpläne für städtische Krankenhausbetriebe entstünden in einem umfangreichen und sehr genauen Verfahren, das die Möglichkeit einer insoweit unwirtschaftlichen Handlungsweise einzelner Krankenhausleitungen von vornherein ausschließen dürfe. Die von ihm vorgelegte schematische Darstellung der Erstellung eines Stellenplanes zeige, daß bei Einhaltung dieser Vorschriften eine unwirtschaftliche Betriebsführung im Personalbereich wirksam verhindert werde.

Angesichts dieses Verfahrens habe er als Preisbehörde keine Veranlassung gesehen, effektiv angefallene Personalkosten in Höhe von rund 4,5 Mill. DM, die zur Leistungserbringung des Krankenhauses erforderlich gewesen seien, nicht anzuerkennen. Im übrigen sei der Prüfungsbericht der Treuarbeit AG dürfing und nicht brauchbar.

Entscheidungsgründe

Die Klage, über die im Einverständnis mit den Beteiligten ohne erneute mündliche Verhandlung entschieden werden konnte (vgl. § 101 Abs. 2 VwGO), ist zulässig.

Da die Klägerinnen ihren Mitgliedern Krankenhauspflege im Wege der Naturalleistung, d. h. durch kostenfreie Krankenhausbehandlung, zu gewähren haben und die Kosten hierfür unmittelbar an den Krankenhausträger zahlen müssen, wirken die in dem angefochtenen Bescheid festgesetzten Festpreise unmittelbar gegen die Klägerinnen, weil sie deren Zahlungspflicht gegenüber den Krankenhäusern konkretisieren. Ihre Klagebefugnis folgt ferner aus dem Sinnzusammenhang der §§ 1, 17 Abs. 5 Satz 1 und 18 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze – Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) – vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009/GVBl. S. 1200) in Verbindung mit §§ 15 Satz 3 und 16 Abs. 2 Satz 3 der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflgesatzverordnung – BPfV –) vom 25. April 1973 (BGBl. I S. 333/GVBl. S. 761). All diesen Bestimmungen ist der Grundsatz zu entnehmen, daß der Gesetzgeber den gesetzlichen Krankenversicherungen („Sozialleistungsträger“) über ihr formelles Beteiligungsrecht an der Festsetzung der Pflegesätze hinaus auch ein Recht darauf eingeräumt hat, daß nur die dem Gesetz entsprechenden, sozial tragbaren Pflegesätze festgesetzt werden. Denn nur deshalb werden sie am Verfahren beteiligt und nur deshalb wird ihnen in § 17 Abs. 4 Satz 1 KHG ein Anspruch darauf eingeräumt, nur mit dem niedrigsten Pflegesatz belastet zu werden (Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, Beschuß vom 3. Juni 1980 – Nr. 274 XXI 76/M IX-V 26 VI 75).

Rechtsgrundlage für die Festsetzung des Pflegesatzes ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG – in Verbindung mit der Bundespflegesatzverordnung – BPfV –. § 1 KHG umreißt die Zielsetzung des Gesetzes dahingehend, daß sein Zweck die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser ist, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. § 4 Abs. 1 KHG weist den Weg zur Erreichung dieses Ziels. Danach sind die Krankenhäuser nach Maßgabe des Gesetzes durch Übernahme von Investitionskosten öffentlich zu fördern, d. h. die Finanzierung der Vorhaltung von Krankenhäusern ist eine öffentliche Aufgabe. Die staatliche Förderung und die Erlöse aus den Pflegesätzen – die Entgelte der Krankenhausbenutzer oder ihrer Kostenträger im Sinne des § 2 Nr. 4 KHG – müssen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken. Vorschriften über Krankenhauspflegesätze enthält der 3. Abschnitt des Gesetzes in §§ 16 ff. KHG. Von der in § 16 KHG enthaltenen Errichtung zum Erlaß einer Rechtsverordnung hat die Bundesregierung Gebrauch gemacht und mit Zustimmung des Bundesrates die BPfV erlassen.

Im Rahmen der Festsetzung des Pflegesatzes hat der Beklagte die nicht sparsame Wirtschaftsführung des Wenckebach-Krankenhauses nicht berücksichtigt und ist daher unter Verstoß gegen §§ 4 Abs. 1, 17 Abs. 1 KHG sowie 18 Abs. 3 BPfV zu einem unzutreffenden Pflegesatz gekommen. Die Klägerinnen müssen nämlich den festgesetzten Pflegesatz nur dann zahlen, d. h. der Bescheid ist nur dann rechtmäßig, wenn das jeweilige Krankenhaus den Grundsatz der sparsamen Wirtschaftsführung eingehalten hat.

Bei der Prüfung der einzelnen von der Treuarbeit AG als unwirtschaftlich bezeichneten Positionen ist die Kammer von folgenden grundsätzlichen Erwägungen ausgegangen: Das Krankenhaus ist zu einer sparsamen Personalpolitik verpflichtet. Dabei kommt es nicht darauf an, daß wegen arbeits- oder dienstrechtlicher Vorschriften eine Kündigung überzähligen Personals nicht möglich ist. In diesem Zusammenhang gewinnt der Umstand Bedeutung, daß Berlin bundesweit an der Spitze der Überbesetzung im personellen Bereich der Krankenanstalten liegt. Dies hat auch der Senator für Gesundheit und Umweltschutz Ueberhorst in der 50. Sitzung des Abgeordnetenhauses von Berlin am 12. März 1981 festgestellt, indem er ausführt, Berlin habe eine zum Teil wesentlich günstigere Personalausstattung als Krankenhäuser in Westdeutschland (vgl. Plenarprotokoll 8/50 des Abgeordnetenhauses

von Berlin S. 2180 ff.). Auch eine Erhebung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung über Krankenhauspersonal in Akutkrankenhäusern per 31. Dezember 1977 bestätigt, daß Berlin im Vergleich mit den übrigen Bundesländern in der Personalausstattung im Bereich des überwiegend nichtmedizinischen Personals mit großem Abstand an der Spitze aller Bundesländer liegt. Gerade deshalb ist eine laufende Anpassung des Personalstandes im Rahmen der sparsamen Wirtschaftsführung notwendig. Dabei konnten ungünstige Strukturen als Grund für eine vorerrende Überbesetzung allenfalls für eine Übergangszeit seit dem 1. Januar 1972 hingenommen werden, damit der Krankenhausträger Zeit zur Anpassung an die neue Rechtslage hatte (so Bayerischer VGH, Beschuß vom 3. Juni 1980). Diese Übergangszeit ist jedoch inzwischen längst verstrichen.

Auch Mehrkosten durch mangelhafte Organisation fallen dem Krankenhausträger zur Last, wobei zu einer sparsamen Wirtschaftsführung auch eine ordentliche Buchführung gehört. Ebenso wie die Nachteile ungünstiger baulicher Anlagen nicht die Krankenkassen treffen dürfen, muß der Krankenhausträger bestrebt sein, schlechte Arbeitskräfte durch bessere zu ersetzen. Dies gilt auch für das Problem der „Dauerkranken“, das in einigen Bereichen Berliner Krankenhäuser und auch im Wenckebach-Krankenhaus besonders gravierend ist. Schließlich darf sich der Krankenhausträger nicht davor scheuen, gegebenenfalls zur Gewährleistung einer sparsamen Wirtschaftsführung auch Mittel des Dienstrechtes einzusetzen.

Demgegenüber können nach Auffassung der Kammer die Schlüsselzahlen des Senators für Inneres, wonach pro Dienstkräft 88 000 Jahresarbeitsminuten – JAM – als jährliche Arbeitsleistung anzusetzen sind, keine eigenständige oder gar höhere Bedeutung haben. Diese Zahlen haben nicht etwa die Rechtsvermutung der Wirtschaftlichkeit für sich. Dagegen spricht schon, daß sie unkritisch ohne Berücksichtigung individueller Besonderheiten in der gesamten Verwaltung Berlin angewendet werden. Sie sagen als solche nichts über die Wirtschaftlichkeit eines bestimmten Bereiches aus, da eine konkrete Prüfung, wie sie beispielsweise die Treuarbeit AG im Wenckebach-Krankenhaus vorgenommen hat, genauere und überzeugendere Ergebnisse liefern kann. Solche Ergebnisse einer individuellen Prüfung sind höher zu bewerten als die insoweit undifferenzierten Höchstzahlen. Daraus geht letztlich auch der Beklagte selbst aus, da er in dem Auftragsschreiben an die Treuarbeit AG vom 10. Mai 1978 ausdrücklich ausführt: „Für die Beurteilung der Personalausstattung in den einzelnen Diensten ist von den Schlüsselzahlen zur Berechnung des Personalbedarfs des Senators für Inneres auszugehen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß es sich hierbei um Höchstwerte handelt, die von den Krankenhäusern zu unterschreiten sind, sofern dies der Grundsatz einer sparsamen Wirtschaftsführung gebietet.“

Der Beklagte räumt hiermit ein, daß die Schlüsselzahlen keineswegs stets in sich selbst wirtschaftlich sind. Sie sind vielmehr gegenüber dem gesetzlich festgelegten Gebot der Sparsamkeit nachrangig. Die Bestimmungen des KHG und der BPfV, wonach die sparsame Wirtschaftsführung eines Krankenhauses zu den grundsätzlichen Forderungen des Krankenhausfinanzierungswesens gehören, haben rechtlich einen höheren Stellenwert als die Schlüsselzahlen. Die Klägerinnen haben zu Recht darauf hingewiesen, daß das KHG neben den Krankenanstalten auch die Bürger vor unzumutbaren Belastungen schützen soll. Da der Zweck des Gesetzes die Dämpfung der Krankenkosten ist, muß die Belastung der einzelnen Krankenkassen und damit ihrer Mitglieder möglichst gering gehalten werden. Insbesondere müssen, wie die Klägerinnen zu Recht vorgetragen haben, strenge Maßstäbe dann angelegt werden, wenn „den Versicherten in die Tasche gefaßt wird“.

Demzufolge kommt den individuellen Daten des Gutsachens gegenüber den pauschal angewandten Schlüsselzahlen ein höherer Stellenwert zu.

Insgesamt sind mithin Unwirtschaftlichkeiten im Personalbereich des Wenckebach-Krankenhauses in Höhe von 3 952 200,— DM festzustellen. Auf den festgesetzten Pflegesatz übertragen ergibt dies eine Reduzierung um 21,45 DM.

(Auszug)

In Memoriam



Ein Begriff fällt, die Probleme bleiben

Von Norbert Schmacke

Als Halbierungserlaß in der Psychiatrie wird jener Runderlaß des faschistischen Reichsarbeitsministeriums und Innenministeriums vom 5. September 1942 be-

zeichnet, welcher – angeblich zur Vereinfachung der Verwaltung – eine besondere Art der Kostenregelung für einen großen Teil der stationären psychiatrischen Patienten vorschrieb:

Dieser Erlaß traf die Heil- und Pflegeanstalten in der grausamsten Epoche der deutschen Psychiatrie. Im August 1941 war zwar offiziell die Mordaktion an den psychiatrischen Patienten eingestellt worden; sie hatte etwa 100 000 Opfer gefordert. In einigen Anstalten aber ging die „wilde Euthanasie“ weiter, die Patienten waren in besonderem Maße dem Hungertod ausgesetzt. Unter den Bedingungen des faschistischen Staates, insbesondere der weitgehenden Streichung der Ausgaben für die öffentliche Fürsorge, bedeutete der Halbierungserlaß in der Tat nichts anderes als die nochmalige Reduzierung der ohnehin niedrigen Pflegesätze in den Heil- und Pflegeanstalten auf die Hälfte. Pfahler hat darauf hingewiesen, daß mit diesem Erlaß nicht zuletzt einmal mehr die Trennung zwischen der Universitätspychiatrie und den Heil- und Pflegeanstalten zum Ausdruck kam. Den Patienten der Universitätskliniken konnte die Chance einer Heilung bescheinigt werden, die Insassen der Irrenhäuser aber galt es zu verwahren oder – in den medizinischen Sprachgebrauch übersetzt – zu pflegen. Zahllose Patienten wurden mit dem Erlaß zu Fürsorgeempfängern gestempelt – und dies bedeutete damals nichts anderes als eine amtsdeutsche Umschreibung für „nutzlose Esser“, deren Leben als „lebensunwert“ galt. Für die betroffenen Patienten bedeutete der Erlaß zudem, daß er selber oder die für ihn unterhaltpflichtigen Verwandten von den Fürsorgeverbänden zur „Rückerstattung“ der vorgelegten Kosten herangezogen werden konnten.

„Werden gegen Krankheit versicherte Geisteskranken von anderen Stellen als den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung in Heil- und Pflegeanstalten eingewiesen und treten die Fürsorgeverbände als Kostenträger auf, so sind die den Fürsorgeverbänden durch die Unterbringung entstandenen Kosten – ungeteilt der Grinde, auf denen die Unterbringung beruht – je zur Hälfte von dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Fürsorgeverband zu tragen. Den Fürsorgeverbänden steht danach in dieser Höhe auch dann ein Ersatzanspruch gegen die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zu, wenn die Unterbringung des Versicherten oder seiner anspruchsberechtigten Angehörigen überwiegend aus Gründen der öffentlichen Sicherheit erfolgte. Andererseits haben die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in den Fällen, in denen sie nach der bisherigen Rechtslage . . . voll ersatzpflichtig wären, nur die Hälfte des Ersatzanspruches der Fürsorgeverbände zu decken. Eine Prüfung, ob der Geisteskranke wegen Gemeingefährlichkeit untergebracht worden ist, findet bei diesem Verfahren nicht mehr statt.“

Fast zwei Jahrzehnte nach Erschaffung der Bundesrepublik schien nahezu niemanden das Fortbestehen dieses Halbierungserlasses zu verwundern. Die Chance zu einem wirklichen Neubeginn in der psychiatrischen Versorgung war vertan, selbst die Erinnerung an die tausendfachen Morde schien wie ausgelöscht zu sein. Die einzige „nennenswerte“ Auflage nach dem Sieg über den Faschismus erschienene Publikation von Mitscherlich und Mielke war nach 1949 nahezu vollständig von den Ärztekammern aufgekauft und de facto verbannt worden. Erst 1962 erschien eine zweite Auflage. Man muß davon ausgehen, daß bis zu Beginn der 60er Jahre die Auswirkungen des Halbierungserlasses weitgehend fortbestanden haben. In einem Schreiben an die Behörde für das Wohlfahrtswesen wies 1957 der damalige Direktor der Städtischen Nervenklinik Bremen, Prof. Schulte, darauf hin, daß der Halbierungserlaß den Absichten einer modernen Psychiatrie im Wege stehe und für die betroffenen Patienten eine nicht zu tolerierende Härte bedeute: „Durch die Auswirkungen des noch gültigen Halbierungserlasses ist wiederholt schon die notwendige Behandlung der Geisteskranken dadurch stark gefährdet worden, daß die Angehörigen unter dem Druck des wirtschaftlichen Notzustandes, der für sie durch den Fortfall des Haushaltsgeldes und aus der drohenden Rückzahlungsverpflichtung der angefallenen Krankenhauskosten erwuchs, auf vorzeitige Entlassung des Kranken drängten, welcher dann nachgegeben werden mußte.“

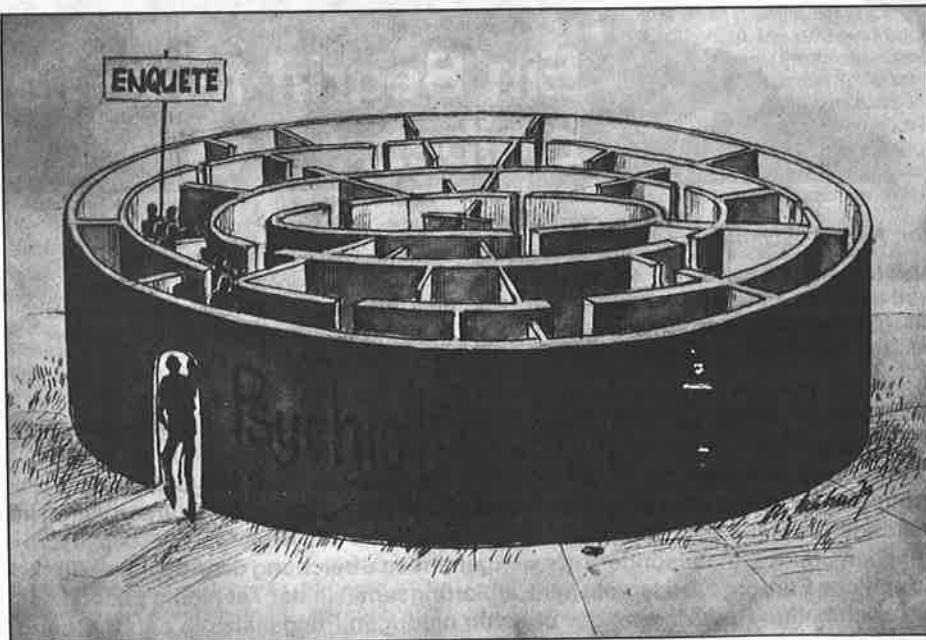
Anfang der 60er Jahre wurden dann zwischen den Trägern der Sozialhilfe in den verschiedenen Bundesländern und den gesetzlichen Krankenkassen Abkommen geschlossen, welche die Nichtanwendung des Halbierungserlasses zum Ziele hatten. Diese Abkommen beinhalteten die Pflicht der vollen Kostenübernahme für die Krankenkassen, soweit kein Pflegefall vorlag. Letztere Frage sollte fortan durch regelmäßige vertrauensärztliche Überprüfung der „Unterbringungsfälle“ geklärt werden. Die Abkommen konnten jährlich gekündigt werden.

Damit begann die zweite Phase der Wirklichkeit des Halbierungserlasses in der Bundesrepublik. Auf dem Papier scheinbar außer Kraft gesetzt, entfaltete der Erlaß eine neue Ara der Auseinandersetzung um den Umgang mit psychisch Kranken und die Finanzierung des Krankenhausaufenthaltes. Die Krankenkassen versuchten, ihrer Zahlungsverpflichtung durch eine extensive Auslegung des Pflegefall-Begriffs zu entkommen. Es entwickelte sich eine Verwaltungs- und Prozeßlawine, die bis in unsere Tage hineinreicht. 1968 stellte das Bundessozialgericht in einem Urteil fest, daß Krankheit ein „objektiv faßbarer regelwidriger Zustand des Körpers oder des Geistes oder beider zugleich“ sei, „der von

der Norm abweicht und der durch eine Heilbehandlung behoben, gelindert oder zumindest vor einer drohenden Verschlimmerung bewahrt werden kann“. 1972 stellte dasselbe Gericht fest, daß ein Kranke nicht deshalb als Pflegefall anzusehen sei, weil die Behandlung langwierig und der Erfolg nicht „garantiert“ sei. „Behandlungsmaßnahmen, welche die Krankheitserscheinung, z. B. Unruhe und Erregungszustände, mindern oder Verschlimmerungen verhindern können, gehören also zur Krankenpflege im Sinne der RVO und damit auch zur Krankenbehandlung“. Es blieb dabei, wie einem Rundschreiben des Direktors des Landschaftsverbandes Rheinland von 1973 zu entnehmen ist, daß die Unterhaltpflichtigen bis zur Höhe der entstehenden Kosten von den Sozialhilfeträgern herangezogen werden konnten. Einer Umfrage des Landessozialamtes Niedersachsen aus dem Jahre 1973 ist zu entnehmen, daß sich hinter den juristischen Auseinandersetzungen zwischen den verschiedenen Kostenträgern ein enormes Gefälle in der Qualität der stationären Versorgung verbarg. So wurde die Leistungsdauer der Krankenkassen für stationäre psychiatrische Patienten in einigen Bundesländern global auf 3 Jahre begrenzt, teils war sie vertraglich überhaupt nicht festgelegt, und nahezu durchgängig erreichten die Kassen eine prozentuale Beteiligung der Sozialhilfeträger bis zu 25%. Der Pflegesatz schwankte damals zwischen 29 und 79 DM.

die Realisierung der rechtlichen Gleichstellung der psychisch Kranken mit den körperlich Kranken“ darstellt. Das Gericht hatte herausgestellt, daß „eine Krankheit nicht nur dann behandlungsbedürftig ist, wenn therapeutische Maßnahmen die Heilung oder Besserung eines Leidens oder die Verhütung einer Verschlimmerung erwarten lassen, sondern auch dann, wenn die Behandlung nur auf Linderung der Beschwerden gerichtet ist oder lediglich bezieht, das Leben für eine begrenzte Zeit zu verlängern“. Dieses Urteil begründete juristisch den Begriff der „Einheit von Behandlung und Pflege“. In dem Urteil werden ärztliche und pflegerische Maßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern gleichberechtigt nebeneinander gestellt. Die Dauer der Unterbringung als Abgrenzungskriterium zum Pflegefall wird verworfen. Dieses Urteil bringt die aktuelle Auseinandersetzung auf den Begriff: Die Unterscheidung zwischen „Behandlungsfall“ und „Pflegefall“ wird damit versicherungsrechtlich als praktisch nicht mehr bedeutsam bezeichnet.

Aber auch nach diesem Urteil des Bundessozialgerichtes ging die Auseinandersetzung um die Kostenübernahme weiter. In einem Rundschreiben von 1979 fordert der Direktor des Landschaftsverbandes Rheinland die ihm unterstellten Kliniken auf, den Krankenhausaufenthalt nicht über Gebühr auszudehnen. Es sei allerdings erforderlich, „daß eine weiterhin notwendige



Diese Abkommen zwischen Sozialhilfeträgern und Krankenkassen bilden bis heute die Grundlage der Kostenregelung für stationäre psychiatrische Patienten. Die juristische Auseinandersetzung fand einen vorläufigen Abschluß im Urteil des Bundessozialgerichtes von 1978, welches nach Meinung der überörtlichen Träger der Sozialhilfe „einen bedeutsamen Schritt für

Behandlung nach der Entlassung oder Verlegung auch effektiv sichergestellt ist; soweit dies nicht möglich ist, besteht die Krankenhauspflegebedürftigkeit fort mit der Folge, daß die Krankenkasse bei Versicherten leistungspflichtig bleibt. Soweit Krankenhauspflegebedürftigkeit nicht mehr bestehe, könnten die überörtlichen Träger der Sozialhilfe nicht mehr zur Dek-

kung des Pflegesatzes herangezogen werden". – Im gleichen Jahr stellte die Bundesregierung fest, daß man den Begriff des Pflegesatzes wohl kaum fallen lassen könne, „nachdem er gerade im Krankenhausfinanzierungsgesetz gesetzlich normiert wurde". Gleichzeitig ist die Rede von „ungelösten Finanzierungsfragen der komplementären Dienste": Gemeint ist die Versorgungslücke in der nachstationären Behandlung, soweit diese nicht durch niedergelassene Nervenärzte getragen wird.

Das bislang letzte Kapitel in der Geschichte des Halbierungserlasses beginnt also zunächst mit dem Begräbnis der Vorstellungen der Psychiatrie-Enquete. Die Reform euphorie der frühen 70er Jahre ist längst durch die Kostendämpfungsdiskussion ad absurdum geführt. Ein Exkurs in die ärztliche Standespolitik mag dies verdeutlichen. Nach der Devise, daß jeder Arzt selbstverständlich auch ein guter Psychotherapeut ist, konstatiert das Deutsche Ärzteblatt 1979: „Die Psychiatrie-Enquete war überflüssig." Da werden Reformvorstellungen zurechtgerückt: Das Anspruchsdenken der Versicherten wird angeprangert, Hilfe zur Selbsthilfe wird als Ersatz für psychiatrische Versorgungsprogramme gefordert, unverhohlen wird die Freude über den Bundesregierungsschluß geäußert, die niedergelassenen Nervenärzte zum Ausgangspunkt ambulanter psychiatrischer Versorgung zu machen. Und selbstredend gewinnt in diesem Denken auch die Versorgung von psychisch Kranken durch den Arzt für Allgemeinmedizin zunehmend an Bedeutung. Iversen und Heinrich fassen zusammen: „Die Psychiatrie und das weite Feld der Betreuung psychisch Kranker und Behindeter ist primär ein Feld der Fürsorge.“ In geradezu unheimlicher Parallel zu gewissen Strömungen der Antipsychiatrie warnen die Standesvertreter vor der Psychiatrisierung der Gesellschaft und des Lebens. Vor diesem Hintergrund erst gewinnt die aktuelle Debatte um die Aufhebung des Halbierungserlasses ihre wahre Bedeutung: Innerhalb der Krankenhauspsychiatrie wird weiter zwischen Behandlungs- und Pflegefällen unterschieden, der Traum von kooperativer vor- und nachstationärer Betreuung scheint ausgeträumt zu sein.

Juristisch wird man den Halbierungserlaß vermutlich 1982 begraben. Der entsprechende Gesetzesentwurf der Bundesregierung fand seine parlamentarische Mehrheit. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser macht gleichwohl seit 1979 darauf aufmerksam, daß in der sogenannten Begleitregelung der Gesetzesreform eine Neuauflage des Streites zwischen Sozialhilfeträgern und Krankenkassen vorprogrammiert ist. Der Gesetzesentwurf sieht vor, daß der überörtliche Träger der Sozialhilfe den Pflegesatz vorläufig zu erbringen hat.

Die Krankenkassen behalten das Recht, eine ärztliche Stellungnahme über das Bestehen der medizinischen Voraussetzungen der Krankenhauspflege zu verlangen. Der im Sozialgesetz festgeschriebene Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe wird umgestoßen. Resignierend stellt die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser im April 1980 fest, daß eine ersatzlose Streichung des Halbierungserlasses augenblicklich politisch nicht durchsetzbar sei, nicht zuletzt da mit Mehrkosten in Höhe von einer Milliarde DM gerechnet werden müsse. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung spricht in einer Diskussion davon, „im politischen Raum (müsse) über die Risikoverteilung in der Psychiatrie offener gesprochen werden". In der Bundestagsdiskussion zur Aufhebung des Halbierungserlasses steckt der SPD-Abgeordnete Urbaniak den Rahmen des „Möglichen“ ab: „Im Krankheitsfall zahlt die Krankenkasse, im Pflegefall gegebenenfalls die Sozialhilfe.“ Es wird der Versuch zurückgewiesen, „im Rahmen der Bemühungen um die Aufhebung des Halbierungserlasses die gesetzliche Regelung der Pflegebedürftigkeitsproblematik mit leichter Hand gleich mit zu erledigen“. Immerhin wird in dem Gesetzentwurf festgehalten, daß finanzielle Ansprüche gegenüber dem Kranken und dessen unterhaltspflichtigen Verwandten nicht geltend gemacht werden dürfen.

Die Quadratur des Kreises, die in der Vereinbarkeit von Reformpolitik und Kostendämpfung angestrebt wird, findet ihre Lösung in der Entdeckung des Bettenberges: „Insgesamt ist zu erwarten, daß der Entwurf (zur Änderung des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes) vor allem durch einen verstärkten und beschleunigten Abbau nicht bedarfsgerechter Betten zu einer Dämpfung der Kostenentwicklung in der Krankenhausversorgung führt.“ – Und so steht in der Begründung des Gesetzesentwurfes die „Aufhebung des Halbierungserlasses“ unvermittelt neben den Hochrechnungen der pauschalen Förderbeträge nach § 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, nach denen bis 1985 insgesamt 50 Millionen Mark eingespart werden sollen.

Dieser Versuch eines historischen Abrisses macht deutlich, daß die heute von jedermann geforderte und im zitierten Gesetzesentwurf vorgesehene Aufhebung des Halbierungserlasses nur im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Einordnung der Institution Psychiatrie sinnvoll zu verstehen ist.

40 Jahre hat es gedauert, bis der materiell und ideologisch diskriminierende Halbierungserlaß wenigstens juristisch als untragbar anerkannt wurde. Die Frage aber, wieviel dieser Gesellschaft ihre psychisch Kranken „wert“ sind, bleibt unverändert hart bestehen. Wer die Geschichte der

deutschen Psychiatrie vor Augen hat, der weiß um die Gefahren für Theorie und Praxis der Psychiatrie in Zeiten ökonomischer Krisen. Es wird darauf ankommen, erneut Ausgrenzungstendenzen in der psychiatrischen Versorgung und Rückzugsideologien im psychiatrischen Denken entgegenzuwirken. Auch die Forderung nach Entpsychiatrisierung der Psychiatrie gewinnt erst in diesem Spannungsfeld ihre ambivalente Bedeutung.

Einführende Literatur

- Blasius, D., Der verwaltete Wahnsinn, Frankfurt 1980.
- Güse, H. G., u. N. Schmacke, Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus, 2 Bd., Kronberg 1976.
- Kaul, F. K., Nazimordaktion T 4, Berlin (DDR) 1973.
- Der Krieg gegen die Psychisch Kranken, Sonderband der „Soziopsychiatrischen Informationen“, Rehberg-Loccum 1980.
- Mitscherlich, A., u. Mielke, F., Medizin ohne Menschlichkeit, Frankfurt 1962.
- Nowak, K., „Euthanasie“ und Sterilisierung im „Dritten Reich“, 2. Aufl., Göttingen 1980.
- Panse, F., Das psychiatrische Krankenhauswesen, Stuttgart 1964.

Zitierte Literatur und Quellen

- RdErl. des RAM und des RMdl vom 5. September 1942.
- Brief Prof. Schulte an die Behörde für das Wohlfahrtswesen – Landesfürsorgeverband – Bremen vom 11.2. 1957.
- Pfahler, H., 30 Jahre Halbierungserlaß vom 5.9. 1942, ZfS 1972, 268–271.
- Abkommen zwischen dem Landschaftsverband Rheinland und dem Verband der Ortskrankenkassen Rheinland in Düsseldorf, Landesverband der BKK NRW in Essen, Landesverband der IKK Nordrhein und Rheinland-Pfalz in Köln, Landesverband der LKK Nordrhein und Rheinland-Pfalz in Köln, Verband der Angest. KK e.V., Landesausschuß Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf vom 3.2. und 29.10. 1962.
- Rundschreiben Nr. 1/1973 des Direktors des Landschaftsverbandes Rheinland vom 10.1. 1973.
- Umfrageergebnisse des Niedersächsischen Landessozialamtes – Abt. für Sozialhilfe – betr. Vereinbarungen der überörtlichen Träger der Sozialhilfe mit den gesetzlichen Krankenkassen zur Ablösung des Halbierungserlasses, Brief vom 11.9. 1973, Gesch.Z. 620704.
- Urteil des Bundessozialgerichts vom 10.10. 1978 – AZ 3 Rk 81/77.
- Rundschreiben Nr. 26/1978 des Direktors des Landschaftsverbandes Rheinland vom 21.12. 1978.
- Rundschreiben Nr. 1/1979 des Direktors des Landschaftsverbandes Rheinland vom 24.1. 1979.
- Bundestagsdrucksache 7/4200: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1975.
- Bundestagsdrucksache 8/2565: Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigen-Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1979.
- Burkart, W., Die Psychiatrie-Enquete war überflüssig, D.A. 76 (1979), 763–765.
- Iversen, G., u. K. Heinrich, Bei knappen Mitteln hoher Stellenwert der Selbstverwaltung, D.A. 76 (1979), 1213–1216.
- Niederschrift der Sitzung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser vom 16.–18.5. 1979.
- Deutscher Bundestag, 8. Wahlperiode, 208. Sitzung, Debatte über die Aufhebung des Halbierungserlasses vom 20. März 1980.
- Niederschrift der Sitzung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser vom 23.–25.4. 1980.
- Bundestagsdrucksache 9/570: Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze, Bonn 1981.



In Bremen-Ost bewegt sich was

Von Rudolf Heltzel

Im Dezember 1981 fand am Psychiatrischen Zentralkrankenhaus Bremen-Ost (ZKH-Ost) der 2. Aktionstag für Patienten, Mitarbeiter und interessierte Bürger Bremens statt. Was im Frühjahr 1981 mit einer Fortbildungsveranstaltung über italienische Psychiatrie begann, wächst sich zu einer Bewegung aus, in der es um den Austausch zwischen Patienten und Personal, um die eigenständige Interessenvertretung der Patienten und um den Abbau von Vorurteilen in der Bevölkerung geht. In Ansätzen beginnen die Betroffenen, sich gegen Ausgrenzung, Verwahrung und Entmündigung zur Wehr zu setzen. – Im Folgenden ein zusammenfassender Bericht über die bisherige Entwicklung.

Im Frühjahr 1981 berichteten zwei Kollegen über zum Teil jahrelange Erfahrungen in der italienischen Psychiatrie. Die Veranstaltung fand im Rahmen der Fortbildungsreihe für Mitarbeiter des Hauses statt – den Patienten war der Besuch dieses nachmittags von der Direktion aus untersagt worden!

In der Diskussion des Referates wurde Einigkeit darüber erzielt, daß das Thema (Auflösung der Psychiatrischen Großkrankenhäuser, Patienten und Beschäftigte kämpfen gegen die Ausgrenzung der psychisch Kranken) in einer größeren Veranstaltung und gemeinsam mit Patienten aufgegriffen werden sollte.

Eine Arbeitsgruppe der ÖTV am ZKH-Ost beschäftigte sich intensiv mit diesem Projekt. Nachdem die gesamte Betriebsgruppe der ÖTV für das Vorhaben gewonnen worden war, stießen einige Patienten und nicht in der ÖTV organisierte Kollegen zur Vorbereitungsgruppe. Gleichzeitig machten sich Ängste und konkrete

Befürchtungen bei Teilen des Personals und der Klinikleitung bemerkbar: da wurde vermutet, ein kleiner Kern politisch Aktiver würde Patienten vor seinen Karren spannen; manche verlangten, man solle nicht immer auf dem Thema „Italien“ herumreiten und stattdessen lieber Probleme aus der Bremer Region aufgreifen; andere befürchteten wiederum, die Bremer Psychiatrie werde verzerrt und einseitig negativ dargestellt; gewerkschaftlich organisierte Kollegen brachten als Kritik ein, daß die Probleme des Personals vernachlässigt werden könnten: die Beschäftigten in der Psychiatrie dürften nicht die Leidtragenden von an sich notwendigen Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung sein – es seien Streichungen von Planstellen und unzumutbare Veränderungen in der Struktur der Tätigkeitsfelder zu erwarten.

Woche für Woche war spürbar, wie sehr das Thema die Mitarbeiter und Verantwortlichen der Klinik ängstigte, gegen wieviel Widerstand von verschiedenen Seiten gearbeitet werden mußte.

Als schließlich die inhaltliche Planung des ersten Aktionstages Gestalt annahm, sagte die ÖTV von Kreisebene aus ab; die Planung sei zu kurzfristig gelaufen. Wegen der Anmeldung von bereits 300 Teilnehmern und unter dem Eindruck der laufenden Diskussionen sprang die Leitung der Psychiatrischen Kliniken als „Schirmherr“ ein – trotz teilweise aufrechterhaltener politischer Bedenken. DGSP und Bremer Werkgemeinschaft (Hilfsverein für psychisch Kranke) deckten durch Spenden die finanziellen Auslagen. Der erste Aktionstag konnte im Juli stattfinden!

Von Arezzo nach Blankenburg

Über 400 Teilnehmer, überwiegend Patienten des ZKH-Ost, füllten den großen Saal des Gesellschaftshauses. Unter ihnen etwa 100 Patienten der Psychiatrischen Klinik IV, die über 30 km entfernt von Bremen im ehemaligen Kloster Blankenburg untergebracht ist und bis 1990 aufgelöst werden soll. Die Wortmeldungen dieser von Ausgrenzung und Verwahrung besonders Betroffenen prägten den Ablauf des Tages und den Charakter der verschiedenen Arbeitsgruppen in großem Maße.

So kam es, daß die Erfahrungen in der italienischen Psychiatrie der Ausgangspunkt für eine offene Diskussion und Darstellung eigenen Leidens waren: entmündigte, zwangsunterge-

brachte, durch Hospitalisierung geschädigte Patienten stellten am eigenen Beispiel den Verlauf und die Folgen des Abgeschlossenseins dar. In die Kritik am Anstaltsystem mischten sich Lob und Dankbarkeit, da viele der auf Dauer Untergebrachten nach Jahren der Bevormundung die Anstalt als Schutz gegenüber einer bedrohlichen und krankmachenden Umwelt empfinden.

Aktionstag – das hieß aber nicht nur große, offene Aussprache unter allen Teilnehmern, sondern auch gemeinsamer Spaß und engagierte Beschäftigung mit speziellen Themen: Patienten und Beschäftigte der Kinder- und Jugendpsychiatrie sorgten für Essen und Getränke, Gruppen verschiedener Abteilungen boten selbstgebackenen Kuchen an; es wurde getanzt, geklötzt. In Arbeitsgruppen kamen Probleme bei der Wiedereingliederung psychisch Kranker, Schwierigkeiten und Erfolge beim Aufbau von Selbsthilfegruppen u. a. Themen zur Sprache. Eins war klar: dieser Tag sollte der Ausgangspunkt für eine kontinuierliche Entwicklung sein!

„Bitte anschnallen!“

Die Reaktionen auf den Aktionstag waren unterschiedlich. Während Unbekannte in nächtlicher Aktion fast alle Gebäude des Geländes mit Parolen besprühten („Entmündigt doch Apell!“ – „Ob Arbeitslager für uns besser wäre?“ – „Irren ist menschlich – Quälen auch?“ – „Bitte anschnallen!“), reagierten manche Mitarbeiter mit stiller Ablehnung, andere mit verhaltener Zustimmung. Viele Patienten waren begeistert. Einzelne Mitglieder der Leitung der Psychiatrischen Kliniken teilten Lob aus und sprachen sich für eine Unterstützung der Aktion aus. Zu einer Behinderung der weiteren Aktivitäten kam es jedenfalls zunächst nicht – im Gegenteil, die Vorbereitungsgruppe konnte von Anfang an auf der Zusicherung aufbauen, daß der nächste Aktionstag von der Leitung mitgetragen und von der Klinik mitfinanziert werde (Fahrtkosten der Blankenburger Patienten).

Die Patienten werden aktiver

Die Anzahl der an der Vorbereitung des nächsten Aktionstages Beteiligten stieg an. Noch wichtiger aber war, daß diesmal die Patienten unter ihnen in der Überzahl waren und mit ihren Ideen, Beiträgen und Aktivitäten bestimmender wurden. Der nächste Tag sollte einerseits vielgestaltiger werden, noch mehr an einen Jahrmarkt erinnern; andererseits sollten konkrete Beschlüsse über die Einrichtung einer Patientenzeitung und einer regelmäßigen Vollversammlung gefaßt werden.

Eine Gruppe von Patienten organisierte selbständig eine Pressekonferenz, so daß Vorbereichte in der Bremer Lokalpresse und Berichte über den Aktionstag in der „taz“ u. a. Presseorganen erschienen. Überhaupt sollte für dieses Mal die Öffentlichkeit stärker angesprochen werden. Kontakte zu Regional-Rundfunk und Regional-Fernsehen wurden hergestellt.

Der Ablauf des Aktionstages wurde intensiver von einzelnen Stationen aus geplant: eine Station bereitete eine Video-Aktion vor, eine andere Gesang, eine dritte Spielszenen aus dem psychiatrischen Alltag. Eine Reihe von Patienten und Kollegen sammelten Ideen und Beiträge für eine Zeitung. Einzelne legten sich Berichte für die große Plenumsdiskussion zurecht. Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie kümmerten sich wieder um Essen und Getränke. Für Tanz war auch gesorgt.

Heile Welt oder Knast?

Trotz verstärkter Bemühungen, die Öffentlichkeit einzubeziehen, waren Patienten und Mitarbeiter am 9. Dezember fast unter sich. Zwar sah man Laienhelfer, auch Angehörige, einzelne Studenten, eine Reihe ehemaliger Patienten – die „normale Öffentlichkeit“ aber blieb fern. Die ambulanten Dienste waren durch Info-Stand und Arbeitsgruppe vertreten, aber daß dies alles noch ein Tag des Krankenhauses war, konnte niemand übersehen.

Gleich zu Beginn dann ein Eklat: nachdem alle Anwesenden das Lied „Die Gedanken sind frei“ gesungen hatten, wurde bekannt, daß der Verwaltungsleiter einigen Patienten und Mitarbeitern aus Blankenburg verboten hatte, mit Plakaten in ihrer Arbeitsgruppe aufzutreten: die mit Zeitungsausschnitten gestalteten Urmänger könnten vom Fernsehen gefilmt und der Ruf der Klinik könnte geschädigt werden! Ganz abgesehen davon, daß das Fernsehen entgegen der Zusage nicht anwesend war und über eine Drehgenehmigung mit den Anwesenden noch hätte diskutiert werden müssen: diese Zensur wurde mit Empörung aufgenommen. Schon dieses Beispiel der Unterdrückung kritischer Meinungen zeigte, daß „Osterholz“ (wie die Klinik im Volksmund heißt) keine „heile Welt“ ist, wie manche Patienten in ihren anschließenden Wortmeldungen meinten – im Vergleich zur krankmachenden, brutalen Realität außerhalb der Anstalt erscheint manchen Betroffenen eben die Atmosphäre drinnen als „harmonisch“ und „familär“.



Andere Patienten und einige Mitarbeiter sahen die Dinge sehr viel kritischer:

Immer wieder wurden heikle Punkte des Anstaltsystems wie Ausgrenzung in Blankenburg, Machtanwendungen auf geschlossenen Stationen und Strafe statt Therapie bei der forensischen (gerichtspsychiatrischen) Unterbringung von Drogenabhängigen angesprochen. Mitarbeiter erläuterten, daß sie oftmals zu Tabletten, Spritzen und anderen Methoden der „Ruhigstellung“ greifen müssen, weil sie angesichts ihrer Arbeitsbelastung mitunter keinen anderen Ausweg sehen.

Am Ende des Aktionstages wurden Beschlüsse gefaßt:

- Der nächste **Aktionstag** soll im Frühjahr 1982 in Blankenburg stattfinden. Das sei die beste Antwort auf den Versuch der Verwaltungsleitung, die Äußerung kritischer Meinungen aus dieser Abteilung heraus zu unterbinden.
- Eine nicht zensierte **Patientenzeitung** wird ins Leben gerufen, an der Beschäftigte aus der Psychiatrie und andere Interessierte mitwirken können. In der Null-Nummer soll ausführlich über den letzten Aktionstag berichtet werden. Die ersten Sitzungen der Redaktion fanden bereits statt; viele Patienten reichten Zuschriften zur Veröffentlichung ein.

– Regelmäßig sollen **Vollversammlungen** durchgeführt werden, auf denen vor allem die Patienten ihre Meinungen, Kritiken, Anregungen und Forderungen diskutieren können. Die Anwesenheit von Mitarbeitern ist erwünscht, damit es zur Auseinandersetzung über unterschiedliche Standpunkte kommen kann. Die erste Versammlung fand bereits statt.

Zwischenbilanz

Patienten in der Bremer Psychiatrie beginnen, ihre Situation öffentlich zu überdenken, auf Probleme und Mißstände in der psychiatrischen Versorgung, auf Ursachen und Folgen der Ausgrenzung und Verwahrung hinzuweisen – dieser vorläufige Schluß ist sicher erlaubt. Die neu eingerichtete Zeitung, die regelmäßigen Vollversammlungen und die kommenden Aktionstage sollen diese Entwicklung fördern.

Vielleicht wird es in diesem Zusammenhang verstärkt zum Aufeinanderprallen gegensätzlicher Positionen kommen, z. B. zwischen Zeitungs-Gruppe und Verwaltungsleitung. Patienten, Mitarbeiter und leitende Gremien sollten aber eine offene Auseinandersetzung nicht scheuen. Eine Zensur kritischer Stellungnahmen wird nicht hingenommen werden.

Welches waren die Mängel der bisherigen Aktivitäten, was sollte verbessert werden?

Zwei Aspekte fallen mir zuallererst ein:

Einmal ist es bisher nur sehr unzureichend gelungen, das **Personal** der Psychiatrischen Klinik in Diskussion und Aktion einzubeziehen. An der

Vorbereitung der Aktionstage nahm nur eine kleine Gruppe von Kollegen teil, und an den Diskussionen während der Tage selbst beteiligten sich nur einzelne Mitarbeiter (während sich die Patienten am Mikrofon drängelten). Die Kritiker unter den Beschäftigten blieben stumm oder verlegten sich auf passiven Widerstand.

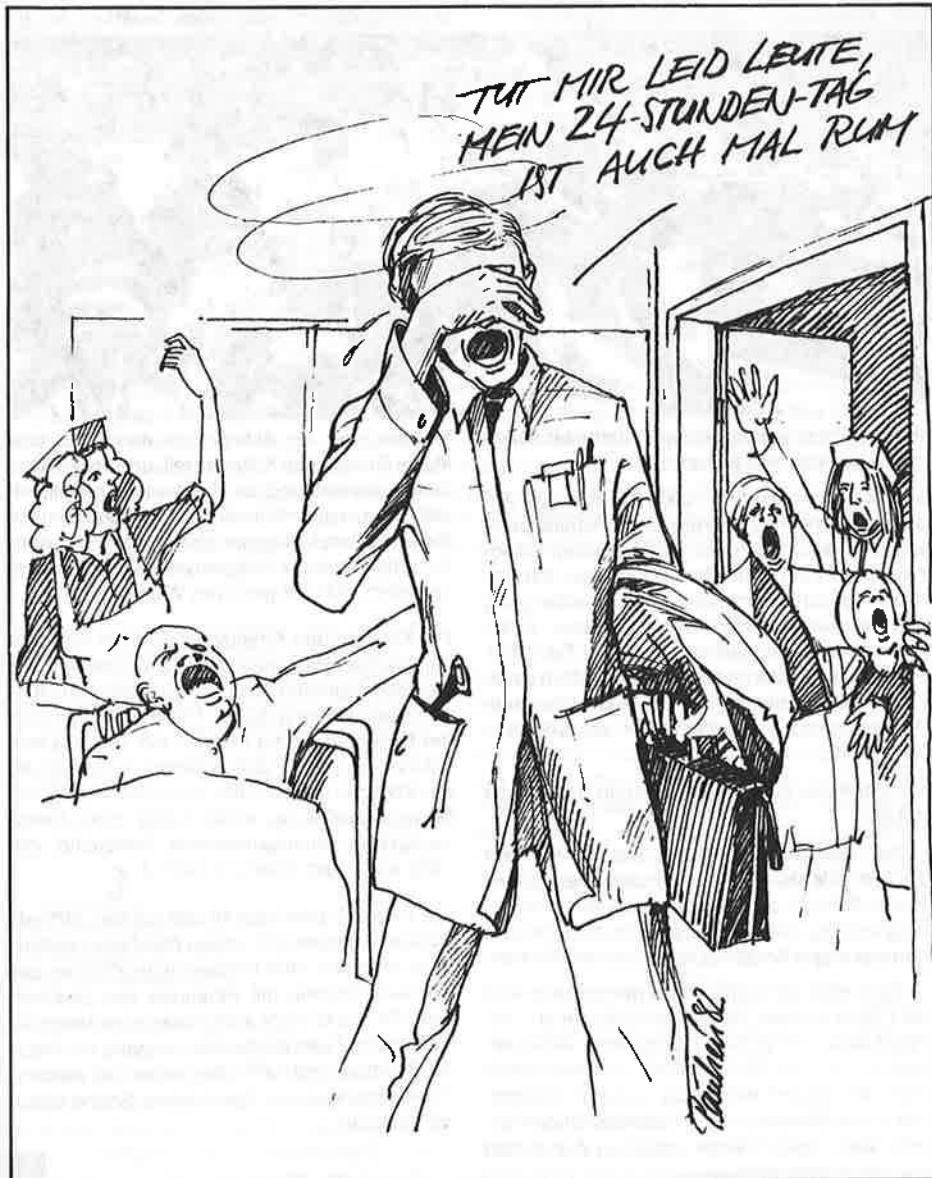
Die Kritik an den Arbeitsbedingungen des psychiatrischen Personals findet allenfalls auf Gewerkschaftstreffen und Personalversammlungen statt, während dieses Thema in Gegenwart der Patienten für die meisten ein Tabu zu sein scheint. Ich meine, daß in dieser Zurückhaltung der Kollegen nicht nur die Scheu vor öffentlicher Meinungsäußerung, sondern auch eine „therapeutische“, unangemessene Schonung der „Klienten“ zum Ausdruck kommt.

Der zweite Aspekt bezieht sich auf die „**Öffentlichkeit**“, die den bisherigen Aktivitäten weitgehend fernblieb. Hier müssen neue Formen der Kontaktaufnahme mit Personen und Gruppen „vor Ort“, aber wohl auch noch mehr Hartnäckigkeit und Zielstrebigkeit im Umgang mit Presse, Rundfunk und Fernsehen entwickelt werden. Für Anregungen und Tips in dieser Sache wären wir dankbar.

BAG-Kassel: Nach 24 Stunden nach Hause, wenn . . .

DG-Interview mit Gert Limbrock

Am 24. Februar fand vor dem Bundesarbeitsgericht in Kassel der Prozeß von Gert Limbrock gegen die Stadt Hamburg statt. Das vom 4. Senat ausgesprochene Urteil wird die Arbeitszeiten in den Krankenhäusern in absehbarer Zukunft entscheidend verändern. Presse, Rundfunk und Fernsehen berichteten z. T. ausführlich darüber (siehe auch „Dokumentation“). DG führte direkt im Anschluß an die Verhandlung mit Gert Limbrock folgendes Interview:



DG: Gert Limbrock, heute war deine Verhandlung vor dem Bundesarbeitsgericht (BAG). Worum ging es, seit wann geht das Verfahren?

GL: Am 4. 8. 1978 habe ich die Klage in Hamburg eingereicht, die Vorbereitungen in den ÖTV-Arbeitskreisen sind schon einige Jahre vorher gelaufen, weil es Konflikte um die Einstufung der Bereitschaftsdienste in Hamburg gab. Das Arbeitsgericht in Hamburg hat der Klage stattgegeben, ebenso das Landesarbeitsgericht im Februar 1980, und zwar im vollen Umfang: der erste Antrag war, nach 24 Stunden ununterbrochenem Dienst ist Freizeit zu gewähren. Auch die Begründung wurde ausdrücklich anerkannt: Bereitschaftsdienst ist in Wirklichkeit nicht Freizeit, wie es z. Z. immer noch juristisch gilt, sondern „Arbeitsbereitschaft“. Das bedeutet eine höhere Anspannung, als wie es die Summe der Einsatzzeiten wiedergibt.

Diese Arbeitsbereitschaft fällt damit unter das Gesetz Arbeitszeitordnung (AZO). Das Bundesarbeitsgericht hat in seiner heutigen Entscheidung diesem vollen Antrag nicht stattgegeben. Es hat nicht anerkannt, daß Bereitschaftsdienst Arbeitsbereitschaft sei und wie Arbeitszeit zu werten ist, und hat auch nicht die AZO angewendet. In Auslegung der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers kam es jedoch zur Feststellung, daß solche belastenden Arbeitszeiten, wie sie derzeit häufig vorkommen, zu einem Freizeitanspruch führen müssen, und zwar mehr und häufiger, als zur Zeit geregelt ist.

DG: Was ist das grundsätzlich Neue an dem jetzigen BAG-Urteil?

GL: Das Gericht hat ausdrücklich festgestellt, daß die jetzige Regelung teilweise unwirksam und lückenhaft sei. Es hat als neue Regelung hinzugefügt, daß wenn nicht mindestens 6 Stunden ununterbrochene Ruhezeit zwischen 21 Uhr und dem Dienstbeginn am nächsten Morgen vorgelegen hat, Freizeit gegeben werden muß. Es ist jetzt damit eine Pflicht des Arbeitgebers, für die Freizeit zu sorgen.

DG: Der gleiche Senat des Bundesarbeitsgerichts hatte am 26.11.1980 im sog. Junghans-Urteil die Frage der Bereitschaftsdienstregelung an die Tarifpartner zurückverwiesen. Warum jetzt eine Änderung der Einstellung?

GL: Bei Junghans damals wurde kein Freizeitausgleich am nächsten Tag gefordert, sondern nur die Zahl der Dienste sollte auf einen pro Woche begrenzt werden. Diesen Antrag von mir hat das Gericht nach wie vor abgelehnt. Insgesamt hat das Gericht jetzt eine deutlich positivere Belastung der Krankenhausbeschäftigte anerkannt, was nicht zuletzt auf die Diskussion in den letzten Jahren zurückgeführt werden kann.

Durch das jetzige Urteil ist eine positive Diskussion und ein Aufschwung der Interessenvertretung von Angestellten des Krankenhauses zu erwarten, nachdem das Junghans-Urteil zunächst eine gewisse Resignation herbeigeführt hatte.

DG: Um was für Punkte wird es in der Diskussion in den einzelnen Krankenhäusern gehen müssen?

GL: Das Gericht hat ja vor allem in der mündlichen Verhandlung deutlich gemacht, daß es bei der Frage der Übermüdung um das Interesse der Patienten geht, damit auch um die Frage der strafrechtlichen Verantwortung des Arztes oder der Schwester, die bisher die Verantwortung für übermüdungsbedingte Fehler selbst zu tragen hatten.

Jetzt ist klar ausgedrückt, daß auch ohne Antrag und Hinweis auf Übermüdung, wie es jetzt ja noch im Tarifvertrag heißt, ein Freizeitanspruch besteht. Das heißt, der Arbeitgeber hat dafür zu sorgen, daß nach einem Dienst, wo erwartungsgemäß diese sechs Stunden ununterbrochene Ruhezeit nicht bestehen, am nächsten Morgen Ersatz da ist, damit Freizeit gewährt werden kann. Da der Senat jedoch keine generelle 24-Stunden-Grenze festgelegt hat, sondern nur mit der Einschränkung dieser sechsstündigen Ruhezeit, wird es nicht leicht sein, entsprechende Dienstplanregelungen durchzusetzen. Um diese Punkte wird die Diskussion in den Krankenhäusern gehen müssen; außerdem darum, diese Regelung auch für alle Berufsgruppen anzuwenden.

DG: Gert, siehst du einen Zusammenhang mit der Kostendämpfungspolitik, die in den Krankenhäusern seit einigen Jahren zunehmend zu Buche schlägt?

GL: Ja, in mehrfacher Hinsicht. Erstens wird diese Regelung nicht ohne Geld, d. h. neue Einstellung von Krankenhauspersonal vorstatten gehen. Zweitens ist aber ganz deutlich, daß wegen der Sparpolitik Bereitschaftsdienste intensiver geworden

sind, z. B. wegen Stellenstopp, kürzerer Verweildauer usw. und diese Intensivierung der Arbeit schlägt jetzt durch ein Gerichtsurteil zurück: „So intensiv darf es nun nicht sein, ohne die Patienten zu gefährden.“ Es war vor Jahren schon vorauszusehen, und wir haben das damals auch z. B. für Hamburg gesagt, wenn man Betten streicht, um im Krankenhaus zu sparen, ist es eine Milchmädchenrechnung, zu glauben, man könnte entsprechend parallel Personal abbauen. Das Gegenteil bewahrheitet sich an diesem Beispiel.

DG: Gert, wie können die nächsten Schritte aussehen, d. h. was muß unternommen werden, damit wir die positiven Tendenzen aus diesem Urteil für möglichst

viele Ärzte, Pfleger, Schwestern, MTA's usw. am Krankenhaus ausnutzen können.

GL: Es gibt jetzt eine Menge nach diesem Urteil zu diskutieren, u. a. die Frage der Durchsetzung, die Frage für welche Bereitschaftsdienstgruppen das Urteil zutrifft, wie man das in kleinen Abteilungen durchsetzt; ich würde vorschlagen, daß man das ähnlich wie 1979 und 1980 in einem überregionalen Treffen diskutiert. Meiner Meinung nach bietet sich parallel zum Ärztetag in Münster (11.–15. Mai 1982) ein solches Treffen an.

DG: Herzlichen Dank für das Gespräch. Gute Heimfahrt!

Das Gespräch führte W. Blenck in Kassel.

Interview des Hessischen Rundfunks mit dem Vorsitzenden Richter des 4. Senats des Bundesarbeitsgerichts, Dr. Dirk Neumann

(gesendet am 24. 2. 1982, Zeitfunk „passiert – notiert“)

Reporter: Herr Dr. Neumann, sind Sie mit mir der Meinung, daß diese Entscheidung wie ein Beilieb in die Krankenhauslandschaft hineinfällt und nun die Träger von Krankenhäusern vor erhebliche Probleme gestellt werden?

Neumann: Wie ein Beilieb möchte ich nicht sagen. Ich hatte schon einmal gesagt, schon nach bisherigem Recht hatte der Arzt bei bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Freistellung am nächsten Tag, obwohl er zum Dienst eingeteilt war. Die Krankenhausträger mußten also immer hierfür Vorsorge treffen, das wird nun in einem etwas höheren Maße der Fall sein und man muß überlegen, inwieweit in Intensivstationen oder sonstigen Stationen, in denen sehr viel Arbeitsdienst auch während der Nacht anfällt, zum Schichtdienst überzugehen ist oder vielleicht am nächsten Tag eine Freistellung von der Arbeit erfolgt, aber auch das ist eine Organisationsfrage, die von den Tarifvertragsparteien auch anders gelöst werden kann.

Reporter: Nun waren es gerade beispielsweise Assistenzärzte, die ihrem Chef nicht ein offenes „jetzt will ich nicht mehr“ ins Gesicht sagen wollten, die dann also doch auch in der Krankenhaus hierarchie so ein wenig geduckt haben und die nie in Anspruch genommen haben, was ihnen der Tarifvertrag bislang schon zusicherte, nämlich zu sagen, ich will jetzt frei haben. Denen stärken Sie doch erheblich den Rücken.

Dr. Neumann: Wir haben Ihnen aus Rechtsgründen den Rücken stärken müssen, wie Sie es nennen. Die Frage war doch die: daß ein Arzt, der 24 Stunden lang nicht geschlafen hat, nach aller Erfahrung nicht in der Lage ist, am nächsten Tag noch mal 8 Stunden vollen Dienst zu leisten, und gar verantwortlich zu operieren. Was ich aber nicht leisten kann, kann ich in keinem Fall leisten, ob ich den Antrag stelle oder nicht, darauf kann es doch dann nicht ankommen. Wenn ich unfähig bin, nach aller Erfahrung einen solchen Dienst noch zusätzlich zu machen, und natürlich die Gefahr eines Fehlers besonders groß wird, dann ist es eine unmögliche Dienstleistung, die ich eben nicht verlangen kann, auf gar keinen Fall, und von der ich freigestellt werden muß, auch ohne einen dahingehenden besonderen Antrag.

Reporter: So daß man auch sagen kann, daß dieses Urteil des Bundesarbeitsgerichts dem Schutz der Patienten gilt; indem Kunstfehler vermieden werden sollen?

Dr. Neumann: Es ist kein Patientenschutz, über den wir hier zu entscheiden haben, sondern es ist eine Frage des Dienstrechts des Arztes und der Auslegung des Tarifvertrages. Der Tarifvertrag hatte nach unserer Meinung nicht genügend berücksichtigt, daß Ärzte in einem Bereitschaftsdienst unter Umständen so in Anspruch genommen werden, daß sie am nächsten Tag einfach nicht mehr ordnungsgemäß dienstfähig sind, und diese Lücke mußten wir, solange es die Tarifvertragsparteien nicht tun, selbst nolens volens ausfüllen.

Kniefall vor Kreuzrittern und Altar

BAG dehnt Einflußbereich der konfessionellen Träger aus

Am 9. 2. 1982 entschied der I. Senat des Bundesarbeitsgerichts, daß das Betriebsverfassungsgesetz in dem Moment außer Kraft gesetzt wird, in dem die „Kirche“ bzw. ein „kirchlicher Träger“ einen Betrieb übernehme. Durch diese Entscheidung – es ging um eine 1974 vom Rhein-Sieg-Kreis an den Johanniter-Orden übergebene Kinderklinik – wurde der Krankenhausbereich durch ein weiteres „Gesinnungsurteil“ im Sinne der Kirchen eingezäunt. Aus der Sicht der Betroffenen schillert der folgende Artikel die Situation vor und nach dem Urteil.

9. Februar, es ist 6.45 Uhr, als wir uns mit über 50 Kolleginnen und Kollegen vor der Klinik treffen. Wir warten auf den Bus, der uns zum Bundesarbeitsgericht nach Kassel bringen soll. Nicht ausgeschlafen, etwas frierend und nervös stehen wir herum. Immer wieder – wie unzählige Male in den letzten Wochen und Monaten taucht die Frage auf, ob der seit 4 Jahren laufende Arbeitsgerichtsprozeß in Kassel zu Gunsten unserer Belegschaft entschieden wird.

2 Journalisten der lokalen Presse schießen noch Fotos, dann geht es los. Karl-Heinz, unser ÖTV-Sekretär, begrüßt alle Mitfahrer. Seine Worte klingen optimistisch, warum auch nicht? Hatten doch das Arbeitsgericht Siegburg und das Landesarbeitsgericht Köln die Betriebsratswahl von 1978 für rechtens erklärt und die Anfechtung des Trägers der Klinik zurückgewiesen.

Die Stimmung ist gut im Bus, fast so gut wie auf der Betriebsversammlung im Dezember 1981, als diese Fahrt zur BAG-Verhandlung beschlossen wurde. Aus allen Abteilungen und Berufsgruppen sind Kolleginnen und Kollegen dabei, diese Solidarität macht mich froh, denn immerhin mußten alle Teilnehmer Urlaubstage oder

Überstunden- und Nachtwachenfrei öffnen.

Während nun der Bus Autobahnkilometer fräßt und aus dem Lautsprecher Disco-Konserven hervorquellen, springen meine Gedanken nach rückwärts:

1978 war im April die Betriebsratswahl zum ersten Mal in der Klinik durchgeführt worden. Vorher hatte es einen Personalrat gegeben, denn die Klinik war vom Rhein-Sieg-Kreis gegründet worden. Weil die Klinik infolge einer falschen Konzeption ständig nur zwischen 40 und 50% besetzt war, suchte der Kreis 1974 einen neuen Träger. Privatisierung kam gerade in Mode, also überließ die CDU-Regierung des Kreises die Klinik in einem „Überlassungsvertrag“ der Johanniter-Krankenpflege-Gesellschaft GmbH – einziger Teilhaber: der Johanniter-Orden, ein privater Zusammenschluß evangelischer Adliger, Chef: einer der letzten Kaiserenkeln. Gebäude und Anlagen wurden verpachtet, die Beschäftigten jedoch vom neuen Träger übernommen. In die bisherigen Verträge trat der neue Träger mit allen Pflichten ein. BAT und B-MTG wurden weiter angewendet, der Träger trat dem Kommunalen Arbeitgeberverband NRW bei.

Bis 1977 verwendet der neue Träger die gleichen Arbeitsverträge wie bisher, 1978 tritt er dem Diakonischen Werk im Rheinland bei. Ab 1978 verwendet er neue Arbeitsverträge mit der sog. „Diakonischen Klausel“, wonach alle Beschäftigten „eine christliche Dienstgemeinschaft bilden“. Wegen des neuen Trägers und der neuen Rechtsform wurde 1978 statt des bisherigen Personalrats ein Betriebsrat gewählt. Die Johanniter-Gesellschaft focht die Wahl an. Diese Anfechtung wurde vom Arbeitsgericht Siegburg zurückgewiesen.

Im Januar 1979 hatte es seine Entscheidung so begründet:

1. „Sicher ist die Kinderklinik keine Einrichtung einer Religionsgemeinschaft im Sinne des § 118 Abs. 2 BetrVG.“

2. Ein kommunaler Betrieb der Krankenpflege wird aber nicht allein durch die Tatsache einer zudem kostenlosen Betriebsübernahme durch einen kirchlichen Träger zu einer caritativen Einrichtung einer Religionsgemeinschaft.“ Auch das Landesarbeitsgericht Köln hatte die Wahl des Betriebsrates für rechtens erklärt. (Urteil vom 27. Mai 1980) An diese beiden Urteile hielt sich der Träger in keiner Weise; wurden zunächst noch in bescheidenem Umfang Mitbestimmungsrechte beachtet (z. B. bei Einstellungen), so wurden schließlich nach der Neuwahl des Betriebsrates im Juni 1981 systematisch mißachtet. Schon die Neuwahl war mit Tricks verzögert worden. Immer wieder wurde vom Arbeitgeber mit der Begründung argumentiert, mehr als die Hälfte aller Beschäftigten habe mittlerweile einen Arbeitsvertrag mit „diakonischer Klausel“, so daß das Betriebsverfassungsgesetz nicht mehr angewendet werden dürfe.

Natürlich wurde niemandem bei seiner Einstellung erklärt, welche Folgen seine Unterschrift unter einen Arbeitsvertrag mit „christlicher Klausel“ haben sollte. Und selbst wenn er es wüßte, könnte er deshalb den Arbeitsvertrag ablehnen?

Während unser Bus jetzt schon zwischen Gießen und Kassel die Autobahn in sich reinfräßt, geht mir im Kopf herum, was wir alles in den letzten Wochen und Monaten anzulehnen versuchten: Stellenplan – bisher unbekannt; Bereitschaftsdienste – fast vollständig außerhalb der tarifvertraglichen Bestimmungen; Kinderbetreuungseinrichtung – gemeinsame Initiative mit Betriebs- und Personalräten benachbarter Betriebe;



9. Februar '82, nach 4 Jahren Arbeitsgerichtsverfahren: ab nach Kassel...

Arbeitszeiten der Schwestern – neue Schichtdienstregelung; Zusatzurlaub für Nacht- und Schichtarbeit; Gespräche mit den Kreistagsfraktionen wegen der miserablen finanziellen Situation – Ende 1981 noch kein Pflegesatz für 1980. Sollte das alles mit einem Mal futsch sein?

Und während wir jetzt schon durch Kassel-Wilhelmshöhe rollen, kommt mir noch eine Begebenheit in den Sinn, die den „christlichen Charakter“ des Trägers begreiflich macht: eine Kollegin aus dem OP mußte ihr Weihnachtsgeld zurückzahlen, weil sie an ein kirchliches Haus wechselte. „Wir gehören doch zum öffentlichen Dienst“, hatte man ihr bei der Personalleitung lakonisch mitgeteilt.

Es ist wenige Minuten vor 11 Uhr, der Bus hält direkt vor dem BAG, wir drängen hinein. Das heißt, wir wollen hinein, müssen uns jedoch dann vom Pressesprecher belehren lassen, daß so viele Leute nicht im Saal Platz fänden und der „Präsident“ nicht bereit sei, in den großen Saal umzuziehen. Und überhaupt müßten wir die Personalausweise alle abgeben, denn da habe es doch vor einiger Zeit eine Bombe gegeben . . . Ich sehe in die Augen unserer Kollegen aus der Technik und das betroffene Gesicht der Kollegin von der Neugeborenen-Intensivstation „Bomben hat der gesagt, spinnt der?“ Zornige und verständnislose Kommentare, solche Minuten bringen sicher manchem von uns mehr bei als viele Schul- oder Seminarstunden.

Nachdem wir nicht vom Eingang weichen und den Pressesprecher darauf hinweisen, daß unser Besuch seit 4 Wochen über unseren Anwalt angemeldet ist, will der noch einmal mit dem „Präsidenten“ sprechen. Wie ein Weihnachtsmann kommt er zurück und verkündet, der „Präsident“ wolle jetzt doch im großen Saal verhandeln. Na also, wir drängen jetzt endgültig hinein.

Im Saal werden noch zusätzliche Stühle angeschleppt, dann zieht der Senat in seinen violetten Roben ein, 3 Mann, dazu zwei ehrenamtliche Richter. Langatmig wird die juristische Vorgeschichte vorgelesen. Vielleicht kommt es nur mir so vor, daß dabei so reichlich der Orden zu Wort kommt? Von uns, den Beschäftigten, den Menschen dieses Betriebes, um den es geht, ist keine Rede. Dann argumentieren die Anwälte. Unser Anwalt (vom ÖTV-Hauptvorstand beauftragt) betont noch einmal, daß es sich bei dem Träger, dem Orden und der GmbH, nicht um eine „Religionsgemeinschaft“, sondern um eine private Vereinigung ohne offizielle Verbindung zur Evangelischen Kirche handelt und daß beim Übergang eines Betriebes nicht nur die Rechte der Beschäftigten aus ihrem einzelnen Arbeitsvertrag gewahrt bleiben müßten, sondern auch ihre kollektiven Rechte, also unsere betriebliche Interessenvertretung.

Der „Präsident“ hakte ein: Wie sind die offiziellen Verbindungen von Johanniterorden und Kirche, geht die Frage an den Arbeitgeber-Anwalt. Der winkt ab: Kann ich nicht beantworten. Aber es sei ein Herr von der Diakonie „zufällig“ aus Düsseldorf da, der könnte Auskunft geben. Doch der weiß auch nichts genaues: Da gäbe es einen Herrn von Mutius, Landesbeauftragter der Ev. Kirche beim Landtag in Düsseldorf und gleichzeitig Ordensritter. Na, wenn das nichts ist. Der „Präsident“ ist zufrieden.

Dann ist die Verhandlung zu Ende, wir wollen noch wissen, wann die öffentliche Urteilsverkündung ist. „Rufen Sie doch mal gegen 13.00 Uhr an“, werden wir beschieden.

Wir nützen die Zeit zu einem gemeinsamen Mittagessen, natürlich drehen sich die Gespräche nur um die Verhandlung. Ich bin jetzt noch unsicherer als vorher; es ist kurz nach 13.00 Uhr, als Karl-Heinz, unser Gewerkschaftssekreter, mit betroffenem Gesicht zurückkommt:

„Wir haben verloren!“

Zur Urteilsverkündung brauchten wir gar nicht zu kommen. Eine $\frac{3}{4}$ Stunde lag zwischen Ende der Verhandlung und dem für uns niederschmetternden Ergebnis.

Wir müssen aber vor der Heimfahrt noch mal am BAG vorbei, die restlichen Personalausweise müssen abgeholt werden. Eine Kollegin holt die Ausweise und kommt mit einigen Presseerklärungen zum Urteil zurück.

Schnelle Arbeit! murmelt einer nur teilweise anerkennend. „Keine Betriebsverfassung mehr bei Übergang des Betriebes auf einen kirchlichen Träger.“*) Da haben wir's: das BAG weiß Bescheid, nur wir am Ort haben es noch nicht mitbekriegt, daß der Träger „kirchlich“ ist und handelt. Dazu fällt mir nichts ein; ein bißchen verzweift fällt mein Blick auf die Hauswand gegenüber des BAG. „Punk rules the BRD“, hat einer hingesprüht. Vielleicht hat er recht, wenn er die „Punker“ in den violetten Roben gemeint hat? Unsere Heimfahrt verläuft einsilbig, die immer wieder diskutierte Frage heißt: Wie geht es jetzt weiter?dürfen wir jetzt aufgeben? Müssen wir jetzt aufgeben? Einige Tage später: Karl-Heinz ruft mich an: Wußtet Ihr schon, daß der Präsident des Senats langjähriger Synodalrat der Ev. Kirche in Hessen-Waldeck ist?

Nach dieser Mitteilung verhärtet sich in mir der Eindruck, daß wir an einer echten Verhandlung nicht teilgenommen haben. Das ist auch die einhellige Meinung aller Mitfahrer, die das hören. „Das Urteil war vorfabriziert“, faßt einer unser gesammeltes Mißtrauen zusammen.

M.A.

*) Siehe Doku-Teil

Bundesarbeitsgericht

Presseinformation Nr. 6/82

Az.: 1 ABR 36/80
vom 9. Februar 1982

Keine Betriebsverfassung mehr bei Übergang des Betriebes auf einen kirchlichen Träger

Die Johanniter-Gesellschaft ist eine vom Johanniter-Orden gegründete gemeinnützige Betriebs-GmbH. 1974 übernahm sie vom Rhein-Sieg-Kreis eine Kinderklinik und ein im Bau befindliches Altenkrankenhaus mit den dort beschäftigten Arbeitnehmern. Diese haben im April 1978 einen Betriebsrat gewählt. Das hält die Johanniter-Gesellschaft für unzulässig, da es sich bei den Einrichtungen um karitative Einrichtungen einer Kirche handele, auf die das Betriebsverfassungsgesetz nach § 118 Abs. 2 BetrVG keine Anwendung finde.

Das Landesarbeitsgericht hat die Betriebsratswahl für zulässig gehalten. Die von einem weltlichen Träger übernommenen Anstalten würden nicht schon durch den Übergang auf einen kirchlichen Träger zu kirchlichen Einrichtungen. Dazu sei vielmehr erforderlich, daß sich die dort beschäftigten Arbeitnehmer auch zu einer von christlicher Grundhaltung geprägten Dienstgemeinschaft zusammenfänden.

Dieser Ansicht ist das Bundesarbeitsgericht nicht gefolgt. Das Betriebsverfassungsgesetz finde in dem Augenblick keine Anwendung mehr, in dem die Einrichtung durch die Übernahme zu einer solchen der Kirche werde. Es sei Teil der den Kirchen durch das Grundgesetz gewährten Autonomie, darüber frei zu bestimmen, ob sie auch mit noch nicht zu einer christlichen Dienstgemeinschaft zusammengefaßten Arbeitnehmern in der Welt wirken wollen.

Daß durch den Übergang eines Betriebes auf einen kirchlichen Träger die Arbeitnehmer ohne ihr Zutun betriebliche Mitbestimmungsrechte verlieren, sei in der klaren gesetzlichen Regelung begründet und im übrigen nicht auf Fälle der vorliegenden Art beschränkt. Auch sonst könne der Wechsel des Betriebsinhabers zu anderen Mitbestimmungsrechten führen.





Waldarbeit – alles andere als gesund

Nach wie vor gilt Arbeit in Wald und Flur, was sie schon lange nicht mehr ist, nämlich als „gesund“. Nur wenige wissen, daß Waldarbeiter einen der gefährlichsten Berufe ausüben – vorwiegend im Akkord. Schon lange fordert die Gewerkschaft Gartenbau, Land- und Forstwirtschaft (GGLF) im DGB den Übergang zu einem Zeitlohnmodell bei voller Verdienstsicherung für die Forstwirte, wie die qualifizierten Waldarbeiter mittlerweile heißen. Die Arbeitgeber stehen demgegenüber auf dem Standpunkt: „Akkordarbeit kontrolliert sich selbst“. Im übrigen sei Zeitlohn z.Z. nicht finanzierbar. Welchen Belastungen Waldarbeiter heute ausgesetzt sind, erläutert der nachstehende Beitrag.

Von Günther Horzetzky

Chemie im Wald

Auch früher schon war die Waldarbeit alles andere als ungefährlich; in den letzten Jahrzehnten ist sie aber noch gesundheitsbelastender geworden. So sind beim Umgang mit Pflanzenbehandlungsmitteln Gefahren gegeben, die zu anerkannten Berufskrankheiten führen können¹⁾. Wie gefährlich die Anwendung dieser Mittel sein kann, zeigt der Ratschlag eines wohl sachkundigen Toxikologen aus dem Bundesgesundheitsamt: Man möge beim Ausbringen von Pflanzenschutzmitteln doch bitteschön nicht schwitzen, denn dadurch erhöhe sich das Gesundheitsrisiko, das man ohnehin nicht genau kenne²⁾. „Pray before you spray“ (Bete, bevor Du spritzt!) empfiehlt daher die britische Gewerkschaft ihren Mitgliedern³⁾, und dieser Rat ist ernster gemeint als er klingt. Ein jüngstes Beispiel zeigt⁴⁾, daß auch bei Verdacht auf Gesundheitsgefährdung ein Pflanzen-

schutzmittel erst dann aus dem Verkehr gezogen wird, wenn massive Proteste politisch keine andere Wahl mehr lassen.

Ähnlich bedenklich ist die Belastung der Waldarbeiter durch die Abgase der Motorsägen. Untersuchungen über akute CO-Gefährdungen – vornehmlich von der Industrie – „bestätigen“ die vermeintliche Ungefährlichkeit⁵⁾, aber noch kein „Humanisierungsforscher“ ist bislang auf den Gedanken gekommen, die Möglichkeit chronischer CO-Vergiftungen ernsthaft zu prüfen.

Lärm und Vibration

Die Motorsägenarbeit führt darüber hinaus zu der mittlerweile vielfach erforschten, in ihren Ursachen aber immer noch nicht eindeutig geklärten Weißfingerkrankheit⁶⁾ und zur Lärmschwerhörigkeit. Welches Ausmaß vor allem die Lärmschwerhörigkeit bei

Waldarbeitern angenommen hat, belegen beispielhaft Daten aus den Staatsforsten in Hessen. Dort ist jeder vierte Waldarbeiter nur noch bedingt oder überhaupt nicht mehr einsatzfähig⁷⁾.

Häufung von Gesundheitsrisiken

Alle vorliegenden arbeitsmedizinischen Einzeluntersuchungen haben bis heute nicht vermocht, die tatsächliche Gesundheitsgefahr für Waldarbeiter in ihrer Gesamtheit zu erklären und Hinweise beispielsweise für die Tarifpolitik zu liefern. Man weiß, daß das Risiko für Waldarbeiter, an koronaren Herzerkrankungen zu sterben⁸⁾, erheblich höher ist als bei anderen Berufsgruppen. Die Vermutung der GGLF liegt nahe, daß dies auf eine Kombination von verschiedenen Belastungsfaktoren (Lärm, Abgase, Vibration, statische Ar-

beitshaltung bei der Motorsägenarbeit in Verbindung mit hohen Anforderungen an die Konzentration) mit der Akkordarbeit zurückzuführen ist.

Akkordarbeit und Arbeitsunfälle

Vergleichbare Unfallstatistiken der für die Forstwirtschaft zuständigen Unfallversicherungsträger liegen zwar nicht vor; dennoch sind sich die Experten einig, daß im Laufe eines Jahres jeder vierte Forstarbeiter – in Teilbereichen jeder zweite – einen Arbeitsunfall erleidet. Zum Vergleich: Im Durchschnitt der bundesrepublikanischen Wirtschaft ist das jeder zwölftes Arbeitnehmer. Diese außerordentlich hohe und unerträgliche Unfallhäufigkeit in der Forstwirtschaft hängt nicht nur mit der Gefahrenneigung in der Holzernte oder damit zusammen, daß die Motorsäge an sich schon ein sehr gefährliches Instrument ist. Wesentlich erhöht wird das Arbeitsunfallrisiko

vor allem durch den vom Stücklohn ausgehenden Leistungsdruck⁹). Immerhin ereignen sich 70% aller Arbeitsunfälle im Wald bei der Holzernte, die eben vorwiegend im Akkord ausgeführt wird¹⁰).

Auch wenn sich an der „typischen“ Gefahrenneigung der Walddarbeite vorerst nichts ändert läßt – das Akkordsystem muß auf jeden Fall so schnell wie möglich durch ein Lohnmodell abgelöst werden, das die Walddarbeiter bei Verdienstabsicherung von ihrem Leistungsdruck befreit. Auf die entsprechenden Forderungen der Gewerkschaft GLF haben die (vor allem öffentlichen) Arbeitgeber bisher nur mit hinnehmender Verzögerungstaktik geantwortet. Die Folge: Das Gesundheitsrisiko für Walddarbeiter steigt ständig. Wie heißt es doch gleich in Artikel 1 des Grundgesetzes: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ Ob dies die Tarifgemeinschaft deutscher Länder auch weiß?



Anmerkungen:

- 1) Darunter befinden sich Alkyphosphatverbindungen, organische Phosphorverbindungen oder halogenierte Aryloxide und Kohlenwasserstoffe.
- 2) M. KUNDE, Vermeiden Sie Gefahren für die Gesundheit durch Pflanzenbehandlungsmittel, in: LANDWIRTSCHAFTLICHES WOCHENBLATT, Münster, Ostern 1981, S. 53; die zitierte Forderung ist tatsächlich richtig, denn bislang lassen sich weder Kombinations- noch Langzeitwirkungen zuverlässig prüfen.
- 3) NATIONAL UNION OF AGRICULTURAL AND ALLIED WORKERS, Pray before you spray – the British system of pesticide 'control', London 1981.
- 4) Erst jetzt hat sich das Bundesgesundheitsamt dazu bereitgefunden, die Unbedenklichkeit des bereits in vielen Staaten verbotenen Mittels 2,4,5-T anzuzweifeln; FRANKFURTER ALLGEMEINE ZEITUNG, 24. Juli 1981.
- 5) Vgl. z. B. DOLAMR MASCHINENFABRIK GmbH & Co., Beeinflussung der Arbeitsperson durch den CO-Anteil im Motorsägenabgas, Hamburg 1976.
- 6) BRITISH SOCIETY FOR SOCIAL RESPONSIBILITY IN SCIENCE, A workers guide to the health hazards of vibration and their prevention, London 1977, S. 44 ff.
- 7) HESSISCHES MINISTERIUM FÜR LANDESENTWICKLUNG, UMWELT, LANDWIRTSCHAFT UND FORSTEN, Jahresbericht 1979 der Hessischen Landesforstverwaltung, Wiesbaden 1980.
- 8) M. J. KARVONEN, Körperliche Aktivität und das Risiko einer koronaren Herzkrankung, THERAPIEWOCHE Nr. 31, 1981.
- 9) W. MARTI, Arbeitssicherheit in Abhängigkeit der Entlohnungsform, in: DER SCHWEIZER FORSTER, April 1981.
- 10) KURATORIUM FÜR WALDDARBEIT UND FORSTTECHNIK (KWF), Unfallstatistik 1979, Groß-Umstadt, den 20. 11. 1980 (unveröffentlichtes Manuskript); BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN BERUFSGENOSSENSCHAFTEN, Unfallstatistik für 1978/79, Kassel 1981 (unveröffentlichtes Manuskript); B. MOOSBAUER, Die Entwicklung der Arbeitsunfälle im Nichtstaatswald, Landshut o. J. A. (unveröffentlichtes Manuskript).

Zum Problem der chemischen und Strahlenwaffen

Waffen gegen die Menschheit

Von H. J. Uth

Die Ankündigung der Produktion der Neutronenbombe durch US-Präsident Reagan Mitte 1981 hat u. a. deutlich gemacht, daß der seinerzeit von seinem Amtsvorgänger auf Druck weltweiter Proteste verfügte Verzicht auf die Neutronenwaffen ein gigantisches Täuschungsmanöver war. Die Neutronenwaffe wurde in Teilen bereits vorgefertigt, jetzt muß sie nur noch zusammengebaut werden. Die klammheimliche Vorbereitung neuer Waffensysteme scheint in der US-amerikanischen Aufrüstungsstrategie Methode zu haben, denn ebenfalls in aller Stille, nahezu unbeachtet von der Öffentlichkeit, wird seit Beginn der 80er Jahre in verstärktem Maße an der Aufrüstung mit chemischen Waffen gearbeitet.

Im Rahmen eines 170-Millionen-Dollar-Projekts hat der amerikanische Kongreß Mitte 1980 die ersten 3,15 Millionen Dollar für den Bau einer Fabrik für die Großproduktion von chemischen Binärwaffen in Pine Bluff, Arkansas, bewilligt. Dem ging eine Forcierung der Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten voraus. Während Mitte der 70er Jahre die jährlichen Aufwendungen für diesen Bereich noch 10 Millionen Dollar betrugen, wurde ab 1978 das Doppelte aufgewendet.

Die chemische Rüstung verspricht den amerikanischen Konzernen erhebliche Gewinne. Schätzungen des amerikanischen Rüstungsexperten G. M. Burck vom Zentrum für Verteidigungsinformation in Washington, D.C., zufolge, kostet die Umstellung der derzeitigen chemischen Bewaffnung der US-Army auf die neue Generation der Binärwaffen etwa 3–4 Milliarden Dollar.

Entwicklung und Einsatz von chemischen Waffen

Chemische Waffen sind in großem Maß erstmalig im Ersten Weltkrieg auf beiden Seiten der Kriegsgegner eingesetzt worden. Es handelte sich dabei um giftige Chemikalien wie z. B. Phosgen, Senfgas, Blausäure, die reizerregend oder tödlich wirkten.

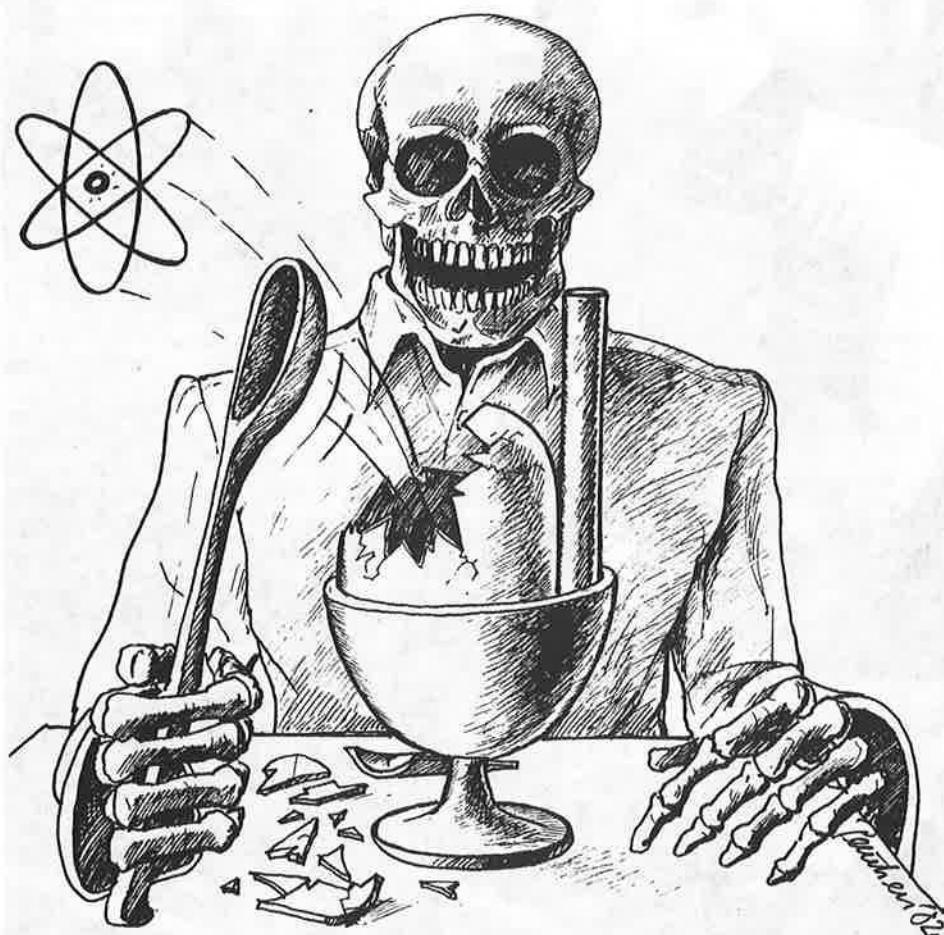
Die Bilanz des Giftgaseinsatzes im Ersten Weltkrieg: über 125 000 Tonnen Giftgas mit 1,3 Millionen Toten.

Angesichts der unmenschlichen Leiden, die durch die chemische Kriegsführung hervorgerufen worden waren sowie dem, wie es sich herausstellte, sehr zweifelhaften militärischen Nutzen der Giftgase, wurden im Genfer Protokoll 1926 eine internationale Ächtung aller chemischen Waffen vorgenommen. Die unterzeichnenden Staaten verpflichteten sich im Kriegskonflikt, keine chemischen Waffen anzuwenden. Diese Beschränkung auf den Kriegsfall schloß kein Verbot der Entwicklung und Produktion von chemischen Waffen ein. Dies hatte zur Folge, daß insbesondere zwischen den beiden Weltkriegen eine Reihe neuer, hochgiftiger Nervengase entwickelt wurden, die heute die Waffenarsenale füllen. Die bedeutendsten Vertreter sind unter den Namen Tabun, Sarin, Soman und VX bekannt geworden. Sie sind

ca. 50–70mal giftiger als die im Ersten Weltkrieg verwendeten Substanzen.

Im Zweiten Weltkrieg sind chemische Waffen nur sehr vereinzelt auf Nebenkriegsschauplätzen angewendet worden, obwohl auf allen Seiten der Kriegsgegner reichliche Bestände vorhanden waren. Der Grund für die Nichtanwendung lag in der militärisch unberechenbaren Wirkung der Kampfgase (Abhängigkeit der Wirkung von den Wetter- und Geländebedingungen) sowie die Angst vor wirksamen Vergeltungsschlägen. Dazu kam die nicht unerhebliche Gefährdung der eigenen Truppen bei der Handhabung großer Mengen hochgiftiger Chemikalien.

Letzteres führte nach dem Zweiten Weltkrieg ab Anfang der 50er Jahre zur Entwicklung der sogenannten Binärwaffen.



Dabei handelt es sich um Nervengaswaffen, die ihren Wirkstoff (Sarin, VX) erst unmittelbar vor ihrem Einsatz entwickeln, d. h. die Geschosse oder Bomben enthalten zwei oder mehr chemische Substanzen, die erst kurz vor dem Einsatz miteinander vermischt werden und sich dabei in die tödbringenden Nervengase umsetzen. Diese Entwicklung macht die chemischen Waffen praktikabler und erhöht die Gefahr ihres Einsatzes.

Chemische Waffen und Strahlenwaffen

Sowohl vom militärstrategischen Standpunkt als auch vom Wirkungscharakteristikkum sind chemische Waffen den Strahlenwaffen (Neutronenbombe) verwandt:

- beide Waffentypen vernichten bei ihrem Einsatz biologisches Leben, während materielle Güter wie Fabrikationsanlagen, Gebäude etc. unberührt bleiben,
- die größten Verluste müßte die ungeschützte Bevölkerung ertragen,
- Strahlenwaffen und chemische Waffen sind taktische Gefechtwaffen, über deren Einsatz niedere Befehlsränge entscheiden. Im Kriegsfall kann der Einsatz nicht mehr zentral gesteuert werden. Damit wird die (atomare) Vergeltungsschwelle herabgesetzt.
- Als taktische Waffen sind beide Typen im strategischen Konzept der USA für den Einsatz in Westeuropa vorgesehen. Die Auswirkung der Anwendung beider Waffentypen auf die Zivilbevölkerung ist verheerend, wie folgende Beispiele für eine Großstadt wie z. B. Westberlin zeigen:
- Bei einem flächendeckenden Giftgasangriff in Westberlin, wofür ca. 120 Tonnen ausreichen würden, würden 25–30% der Zivilbevölkerung innerhalb der ersten 12 Stunden getötet, weitere 25% unter starkem Erbrechen, asthmatischen Anfällen und Krämpfen einen qualvollen Tod finden, es sei denn, sie würden unverzüglich mit medizinischen Spezialpräparaten von sachkundigen Ärzten versorgt. Der verbleibende Rest der Bevölkerung müßte mit mehr oder weniger großen Spätschäden, von denen Krebs und Mißbildungen von Neugeborenen im Vordergrund stehen, rechnen.

- Der Abwurf von nur 40 Neutronenbomben üblicher Bauart (entsprechend einer Sprengkraft von 10 Kilotonnen TNT) würde in der Stadt insgesamt 1 Million Tote, z. T. nach wochenlangem qualvollen Todeskampf hinterlassen. Die Überlebenden müßten mit Strahlenspätenschäden (Krebs) und Erbschäden bis in die zehnte Generation nach dem Bombenabwurf rechnen.

Die Auswirkungen beider Waffen auf Flora und Fauna sind weitgehend unbekannt.

Die Beispiele zeigen die Potenzen dieser Waffen. In dem Arsenal der USA lagern derzeit ca. 35 000 Tonnen Nervengase, über die genaue Anzahl der Neutronenbomben, die kurzfristig zusammengebaut werden können, ist nichts bekannt.

Abrüstungsinitiativen

Die Chancen, für chemische Waffen zu einer Abrüstungsvereinbarung zu kommen, waren Anfang der 70er Jahre vielversprechend. Anlässlich des Abkommens über das „Verbot der Entwicklung, Produktion und Lagerung von bakteriologischer und toxischer (biologischer) Waffen sowie der Vernichtung der entsprechenden Bestände“ von 1972 verpflichteten sich die unterzeichnenden Staaten Verhandlungen über eine gleichartige Vereinbarung für chemische Waffen aufzunehmen. Dies war von großer Bedeutung, da das genannte Abkommen eine echte Abrüstungsvereinbarung darstellt, d. h. über die Rüstungsbegrenzungsvereinbarungen (z. B. SALT) hinausgeht. Die Verhandlungen führten jedoch 1976 an der Haltung der USA fest. Die 1970 zur Produktionsreife entwickelten Binärwaffen, die seit 1976 in die Verhandlungen einbezogen werden sollten, waren der Anlaß.

Um diesen Abrüstungsprozeß erneut in Gang zu bekommen, kann die aktuelle weltweite Ablehnung der Neutronenwaffen ausgenutzt werden. Strahlenwaffen und chemische Waffen sollten gemeinsam behandelt werden.

Für die Strahlenwaffen würde die Gleichbehandlung mit den chemischen Waffen eine Anbindung an die Konvention von 1972, d. h. Verbot der Entwicklung, Produktion und Lagerung sowie die Vernichtung etwaiger Bestände bedeuten, die Verhandlungen über die chemischen Waffen würden durch die Verbindung zu den Strahlenwaffen wieder aktuell werden.



Drucksache 9/1275

Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Spranger u. a. –

Polizeiliche Einsatzmittel, insbesondere CS-Reizstoff

(Auszug)

7. Gibt es gegen den polizeilichen Einsatz der Reizmittel CS und CN in der verwendeten bzw. beabsichtigten Konzentration völkerrechtliche Bedenken, wenn ja, welche?

Gegen den polizeilichen Einsatz der Reizmittel CS und CN bestehen unter völkerrechtlichen Gesichtspunkten keine Bedenken.

Zwar ist die Verwendung von Tränengas als Mittel der Kampfführung in einem Kriege nach International vorherrschender Auffassung mit dem Kriegsvölkerrecht nicht vereinbar. Unbestritten ist aber, daß die Verwendung von Reizstoffen für polizeiliche Aufgaben durch das Kriegsvölkerrechtliche Verbot nicht berührt wird.

Rechtsgrundlage für die Beurteilung des Einsatzes von Tränengas in bewaffneten Konflikten ist das Genfer Protokoll über das Verbot der Verwendung von ersticken, giftigen oder ähnlichen Gasen sowie von bakteriologischen Mitteln im Kriege vom 17. Juni 1925. Die vorherrschende Auffassung bezieht Tränengas in extensiver Auslegung in das Genfer Protokoll ein, weil der Einsatz jeder Art von chemischen Waffen, selbst wenn es sich nur um Tränengas handelt, die Gefahr der Eskalation zum allgemeinen Gas-Krieg heraufbeschwören kann. Diese Gefahr besteht im polizeilichen Bereich gerade nicht.



Die Begeisterung steckt an

Kuba im Oktober 1981

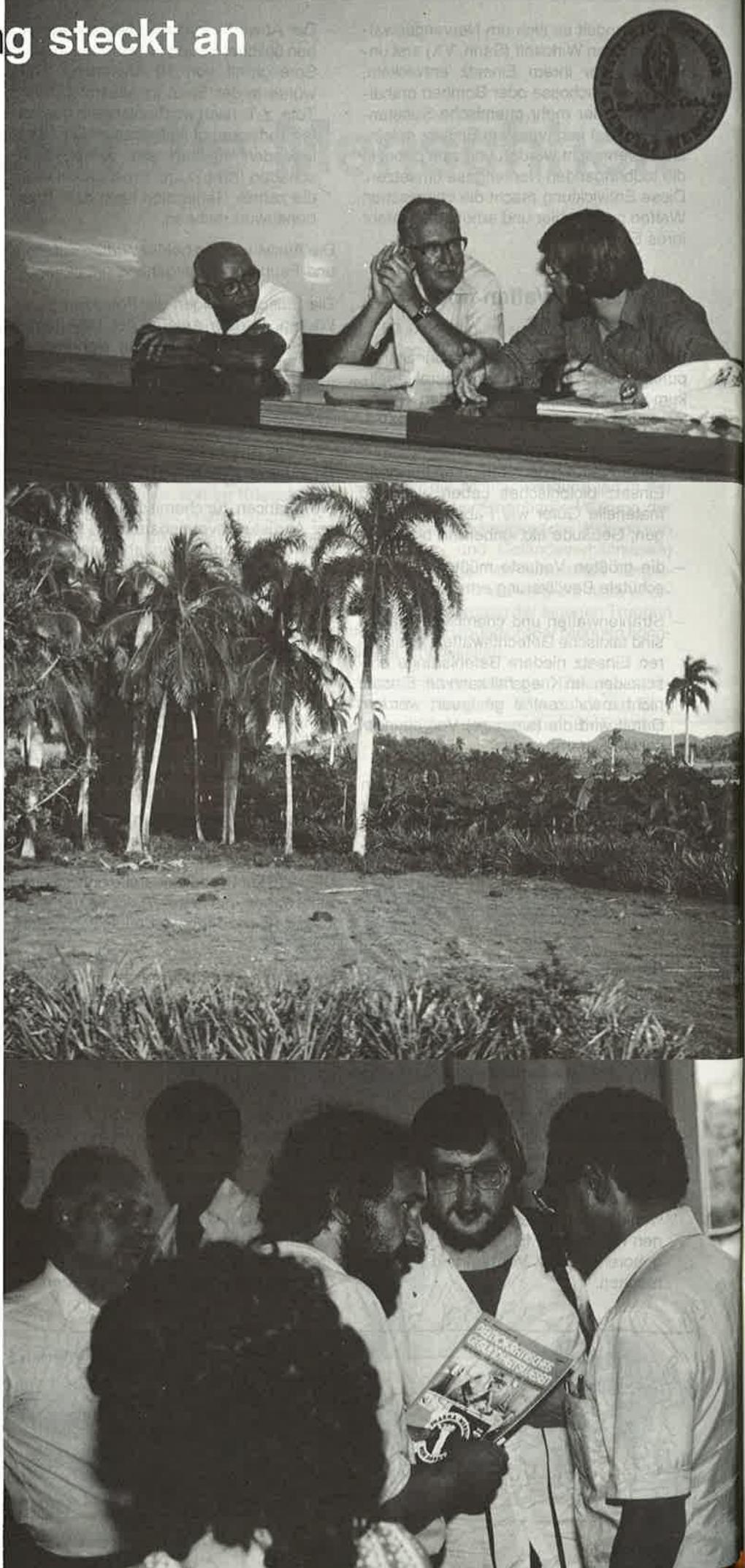
Von Peter Walger

„Ob ich westfälischen Schinken im Koffer habe?“ – ich dachte, ich höre nicht richtig – „woher er so gut Deutsch sprechen könne und dann ausgerechnet an westfälischen Schinken dächte“ . . . „Er habe sich Deutsch selbst beigebracht, ich käme doch aus Münster in Westfalen, da sei der Schinken so gut! In welchem Buch auch immer er das gelesen haben möchte, es stimmte ja nun. Schinken gehörte aber nicht zu meinem Reisegepäck. Er kontrollierte nicht, der kubanische Zöllner am Flughafen von Havanna. „Er hieße übrigens auch Pedro“ – „Guten Tag, Pedro“ – er wünschte schöne Tage in Kuba und gab mir den Reisepaß zurück. Mein erster Eindruck von der roten Insel – ein Wortwechsel über westfälischen Schinken . . . alles andere hatte ich mir vorgestellt, nur das nicht!

Es sollte nicht der einzige bemerkenswerte Eindruck von Kuba sein, während eines Studienaufenthaltes, den ich zusammen mit einer Gruppe von Ärzten, Schwestern und einigen anderen aus dem Sozialbereich im Oktober 1981 zum Kennenlernen des kubanischen Gesundheitswesens unternahm.

Wißbegierig waren wir alle, die meisten wohl auch mit Vorschußsympathie ausgestattet, als wir nach 14stündigem Flug am 9. Oktober aus der Maschine stiegen und erst einmal die tropische Hitze auf uns einwirken ließen. Enttäuscht wurden wir nicht: große theoretische Kraftakte, wie sie so manche Diskussion über den realen Sozialismus vor unserer eigenen Haustür kennzeichnen, waren nicht erforderlich, um den Sozialismus Kubas sympathisch zu finden – dafür sorgten schon die vielen Begegnungen mit Kubanern, die aus ihrer Begeisterung für ihr Land kein Hehl machten.

Es war auffällig, wie aktuell noch das Wissen um die Zustände vor 1959, dem Jahr der Revolution, oder wie die Kubaner sagen, vor dem Triumph der Revolution, war. „Kein Arzt weit und breit“, erzählte uns die ältere Frau, als wir wegen einer Autopanne mitten auf dem flachen Land vor ihrem Haus anhalten mußten. „Keinen einzigen Arzt hätte es vor 1960 in dieser ganzen Gegend gegeben und gleich führe sie mit ihrer Enkelin ins nächste größere Dorf zur Poliklinik, wo es neben Abteilungen für Geburtshilfe, Gynäkologie, Innere und Kinderheilkunde auch eine für Zahnheil-



kunde gebe.“ In einem Gespräch mit verantwortlichen Ressortleitern auf Provinzebene, vergleichbar mit hiesigen Landesgesundheitsministern, erfahren wir Genaues. Von den etwa 6000 Ärzten, die es 1959 unter der Batista-Diktatur gab, arbeiteten über $\frac{2}{3}$ in der Hauptstadt Havanna. Die restlichen 30% verteilten sich auf die Provinzstädte. Die Landbevölkerung war katastrophal unversorgt – meßbar an extrem hoher Säuglings- und Müttersterblichkeit, geringer Lebenserwartung, starker Durchseuchung mit Parasiten, weit verbreiteter Unterernährung mit ihren ganzen Folgeerscheinungen wie hohe Infektanfälligkeit und Sterblichkeitsraten von insbesondere Tuberkulose, Typhus, Kinderlähmung, Diphtherie und Tetanus. Wer kein Geld hatte, wurde nicht behandelt, wer Blutkonserven vor einer Operation nicht bar bezahlte, wurde gar nicht erst für eine OP vorgesehen. Niemand in Kuba, das konnten wir in vielen Gesprächen als Eindruck gewinnen, hat diese Zeiten vergessen – manchmal fällt es schwer zu glauben, daß es bald 25 Jahre her sind, so lebhaft sind noch bei vielen die Erinnerungen, vor allem bei den Älteren.

● Starke Eindrücke

In Besichtigungen von Polikliniken, einem Landkrankenhaus, einer Psychiatrieabteilung eines Provinzkrankenhauses, in Gesprächen mit Schwestern, Ärzten und MTA's, in Diskussionen mit politisch Verantwortlichen und Gesundheitsaktivisten aus Administration und Massenorganisationen konnten wir uns dann ein Bild vom jetzt Erreichten machen. Es fällt sicher leicht, dieses Bild statistisch zu untermauern und damit den zweifellosen Erfolg des radikalen gesellschaftlichen Wandels im Bereich des Gesundheitswesens nachzuweisen – man kann dies überall nachlesen. Senkung der Säuglingssterblichkeit unter 20‰, Ausrottung von Malaria, Kinderlähmung und Neugeborenen-tetanus, weitgehende Zurückdrängung der Parasiten, der Tuberkulose und anderer Infektionskrankheiten, kostenloser Versorgung, flächendeckendes Angebot vor allem auf dem Land...

Es sind aber nicht nur die Statistiken und plakativen Erfolgsmeldungen, sondern auch die Feinheiten und Zwischentöne, die einen so starken Eindruck hinterlassen haben. Die meisten Gesundheitseinrichtungen sind von den Anwohnern selbst aufgebaut worden, in groß angelegter Selbsthilfe; man nennt die Bautrupps „Mikrobrigaden“. Wenn dann jemand im Bus erzählt, dort hinten liege „unsere Poliklinik“, so kann man das durchaus wörtlich nehmen und akzeptieren, daß sich derjenige nicht nur als Konsument, sondern auch als Produzent in Sachen Gesundheit fühlt – übrigens ein Prinzip auch der Pädagogik Kubas, welches z. B. in den wöchentlichen Arbeitseinsätzen der Schüler in der Landwirtschaft zum Ausdruck kommt.

● Hoher Bewußtseinsstand über Gesundheitsfragen

Der Informationsstand der Bevölkerung über medizinische Fragen ist sehr hoch. In den Zeitungen werden regelmäßig Probleme der Gesundheitsvorsorge, der Erkennung und Behandlung von Krankheiten abgehandelt. Gesundheitserzieherische Arbeit spielt eine große Rolle im Angebot der Basiseinrichtungen, den Polikliniken und Landkrankenhäusern. Sowohl Schwestern, Hebammen und Ärzte als auch Verantwortliche aus den Massenorganisationen sind daran beteiligt. Wir wurden zufällig Zeuge eines Aufklärungsvortrages im Warteraum einer poliklinischen Geburtshilfeabteilung. Eine Schwester hielt diesen Vortrag. Die Zuhörer waren etwa 20 schwangere Frauen, z. T. mit Kindern und vereinzelt mit Mann. Sie waren zu den regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen gekommen, von denen jeder Frau 12 gesetzlich zustehen. Ähnliche Vorträge und Diskussionen laufen über Ernährungsprobleme, über Kariesvorbeugung, über Hygiene und andere wichtige Gesundheitsfragen.

Eine bedeutende Rolle bei der Schaffung eines gesundheitsbewußten Handelns und insbesondere auch bei der konkreten Umsetzung anfallender Arbeit spielen die Massenorganisationen, vornehmlich die Komitees zur Verteidigung der Revolution, der kubanische Frauenverband sowie die Gewerkschaften. Impfkampagnen, Hygienemaßnahmen wie Straßenreinigung, Parasiten-, Ungeziefer- und Rattenbekämpfung, Blutspendeaktionen, Aufklärungsarbeit, der Einsatz für eine hohe Beteiligung an Vorsorgeprogrammen – alle diese Aktivitäten fallen in das Aufgabengebiet dieser Organisationen und in irgendeiner ist fast jeder Kubaner Mitglied.

Wir hatten Gelegenheit zu einem Treffen mit den Provinzverantwortlichen für Gesundheitsfragen, die jeweils eine der obengenannten Organisationen vertraten, und bekamen einen Eindruck über die vielfältigen Bereiche ihrer engen Zusammenarbeit mit den professionellen Gesundheitseinrichtungen.

● Verpflichtung zu Hausbesuchen

Zu den bemerkenswerten Feinheiten gehört sicher auch die Verpflichtung aller Poliklinik-Ärzte zu Hausbesuchen und zu wöchentlichen Visiten bei stationär eingewiesenen Patienten. Im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen, insbesondere im Rahmen der Schwangerenbetreuung werden Hausbesuche auch von Schwestern und Hebammen durchgeführt.

Während des Studiums nehmen Studenten von Anfang an an den Hausbesuchen

teil. „Den Patienten als Individuum in seinem konkreten beruflichen, familiären und sozialen Zusammenhang kennenlernen“, war ein häufig geäußertes Prinzip, welches sowohl in der Theorie gelehrt als auch in der Praxis angewandt wird. Auf diesem Hintergrund ist es nur konsequent, daß der Schwerpunkt der kubanischen Medizin ganz in der Prävention, in der Krankheitsverhütung, liegt, denn vorbeugen kann man nur dort effektiv, wo man die konkreten Lebensverhältnisse und -umstände kennt, unter denen die Menschen krank werden. Ob es denn auch Probleme gibt, haben wir immer wieder gefragt. „Eine Menge“, wurde geantwortet, „aber wir werden sie alle lösen.“ (An Selbstbewußtsein mangelt es in Kuba wahrlich nicht.)

● Probleme werden nicht unter den Teppich gekehrt

Konkret benannt wurden Probleme der Familienplanung, die hohe Zahl der Abtreibungen, da hauptsächlich die Männer Verhütungsmethoden ablehnen; die noch weit verbreitete Ungleichheit von Mann und Frau; eine mittlerweile weit verbreitete Tabettengläubigkeit, die Unterentwicklung von sehr kostenintensiven Bereichen wie Rettungsdienst, Unfallchirurgie etc. und auch das Zunehmen der sogenannten Zivilisationskrankheiten. Es handelt sich teilweise um Schwierigkeiten, die aus der Tat-sache erwachsen, daß sich Kuba aus dem Status eines unterentwickelten Landes weitgehend befreit hat und aus damit verbundenen Erfolgen neue Probleme erwachsen (Anstieg chronischer Erkrankungen durch Erhöhung der Lebenserwartung). Es sind aber auch Fehler und Mißerfolge bei der Überwindung althergebrachter Strukturen – zwischen Mann und Frau, zwischen Arzt und Pflegepersonal oder zwischen erforderlicher Arbeitsdisziplin und altem Schlendrian – die Probleme bereiten. Überrascht hat uns die Offenheit, mit der alles angesprochen wurde und die Genauigkeit, mit der die Probleme auch tatsächlich gesehen und benannt werden.

Obwohl wir sicher nur einen Ausschnitt der kubanischen Wirklichkeit kennenlernen konnten, wir hatten nicht den Eindruck, daß uns ein ausgewählter, schöngefärbter vorgesetzt wurde. Die Vorschußsympathien wurden nicht enttäuscht.

Wer Näheres über die Reise, über das Land und insbesondere das Gesundheitswesen Kubas wissen möchte, kann sich an die DG-Redaktion, c/o Peter Walger, Willi-Hölscher-Weg 7 in 4400 Münster wenden. Teilnehmer der Reise sind gerne bereit, z.B. Diavorträge zu veranstalten. Eine umfassende Darstellung des kubanischen Gesundheitswesens wird z.Z. als Dokumentation von den Reiseteilnehmern erarbeitet und etwa im Juni/Juli erhältlich sein. Vorbestellungen sind auch über die Redaktion möglich.

buch Kritik buch

„Radioaktivität und Umwelt“

Weish/Gruber 1979, Fischer Verlag, Stuttgart/New York, 2. erweiterte Auflage, 130 S., 14,80 DM.

Man ist angenehm überrascht, daß ein renommierter Medizin-Verlag das Buch eines so engagierten Wissenschaftlers herausbringt. Es ist u. a. entstanden aus 2 Forschungsaufträgen über „Radioaktivität als Krankheitsfaktor“ und „Zur Lösung des Zielkonfliktes zwischen Gesundheitssicherung und Energieplanung“. In der Auseinandersetzung mit dieser Problematik hat sich P. Weish nach mehrjähriger Forschungstätigkeit in der österreichischen Kernforschungsanlage vom konservativen Naturfreund zum radikal-demokratischen Sozialisten gewandelt. Bei seiner nun langjährigen Tätigkeit am Institut für Umweltwissenschaften der österreichischen Akademie der Wissenschaften wurde er kein Wissenschaftler im Elfenbeinturm, vielmehr war er stets eine der „Säulen“ im Kampf für ein AKW-freies Österreich und ist auch in der BRD eine echte Bereicherung jeder Veranstaltung zu Radioaktivität und Umwelt.

Auf 190 Seiten findet man eine solide wissenschaftliche Verarbeitung von fast 300 Literaturstellen, die sich weitgehend auf die kritische Auswertung der Veröffentlichungen des offiziellen Wissenschaftsbetriebes stützt. Ganz zweifellos wird man es als gut verständliches Standardwerk für diejenigen aus dem medizinisch-biologischen Bereich bezeichnen können, die etwas fundierter in die nun mal nicht immer ganz unkomplizierte Materie eindringen wollen, wobei man sich von einigen überflüssigen Formeln auf den ersten 10 Seiten nicht abschrecken lassen soll. Bei aller wissenschaftlichen Korrektheit bleibt das Buch im Rahmen des Verständlichen. Wer es gelesen hat, ist durch die Halbwahrheiten der Atomindustriobby kaum zu verwirren.

Die Methode besteht darin, „einen einzelnen Umweltfaktor von der molekularen bis in die wirtschaftliche und politische Ebene zu verfolgen“ (S. 1). Von den physikalischen Grundlagen der natürlichen und zivilisatorischen Strahlenbelastung über die „siamesischen Zwillinge“ der zivilen und militärischen Anwendung der Kernenergie, der Problematik von Uranbergbau bis Brennelementherstellung, der Nutzung als nuklearem Tauchsieder zur Stromerzeugung im AKW, bis zur Abfall-„Beseitigung“ in End- und Zwischenlagern oder Wiederaufbearbeitungsanlagen geht niemals der rote Faden des atomaren Brennstoffkreislaufs verloren, in dem die AKWs nur eines vieler Kettenglieder darstellen.

Neben der medizinischen Strahlenbelastung werden besonders die biologischen Wirkungen, auch im Niedrigdosenbereich, an Biomolekülen, Pflanzen, Mikro- und Makroorganismen darge-

stellt. Die somatische (karzino- und teratogene), wie auch die genetische Wirkung, die Bioakkumulation z. B. in Nahrungsketten, und auch die von Beginn an enge Bindung dieser Wissenschaft an den „militärisch-industriellen Komplex“ mit der darin begründeten Tendenz zur Unterdrückung kritischer Forschungsergebnisse wird besprochen.

Angesichts der gegenwärtigen Schwerpunktverlagerung des Interesses, weg von der alleinigen Betrachtung der AKW-Gefahren, sind die Ausführungen über den chronischen Charakter der weltweiten Umweltverschmutzung durch oberirdische Kernwaffenversuche und atomgetriebenen (Kriegs-)Schiffe beachtenswert.

Allerdings wäre in einer Neuauflage ein extra Kapitel über die medizinisch-biologischen Konsequenzen eines Atomkrieges und etwas ausführlichere Darstellung der Wirkungsweise der verschiedenen Kernwaffen angebracht, zumal die Grundlagen dazu ja in hervorragender Weise bereits im Buch enthalten sind. Bei jeder Behauptung in diesem kleinen Standardwerk kann man sicher sein, daß dahinter stets eine fundierte Literaturstelle steckt, so daß man bei Diskussionen nicht mit irgendwelchen Behauptungen dasteht, die von der etablierten Wissenschaft – all zu oft im Dienst des Kapitals – ignoriert werden können.

Heinz Hackelberg

100 Jahre kaiserliche Botschaft zur Sozialversicherung

Eine Festschrift mit einem Vorwort von Heinz Oskar Vetter und Gerd Muhr. Bund Verlag, Köln 1981 (624 Seiten, kartoniert, 36,- DM).

Eckhard Hansen, Michael Heisig, Stephan Leibfried, Florian Tennstedt in Zusammenarbeit mit Paul Klein, Lothar Machtan, Dietrich Milles, Rainer Müller: Seit über einem Jahrhundert . . . Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik. Sozialer Fortschritt, organisierte Dienstleistungsmacht und nationalsozialistische Machtergreifung: der Fall der Ambulatorien in den Unterweserstädten und Berlin.

Vor 100 Jahren, am 17.11. 1881, verlas Fürst Otto v. Bismarck, Kanzler des Deutschen Reiches, im Weißen Saal des Berliner Schlosses zur Eröffnung des Parlaments eine von leitenden Ministerialbeamten entworfene und von ihm selbst wesentlich redigierte sog. Kaiserliche Botschaft, die u. a. die Fortsetzung der Versuche und die geplante Ausgestaltung der Arbeiterversicherungspolitik ankündigte und deren bekanntester Satz wohl der ist, die Heilung der „sozia-



len Schäden“ nicht ausschließlich durch Repression „sozialdemokratischer Ausschreitungen“, sondern gleichmäßig auch durch die positive „Förderung des Wohles der Arbeiter“ zu suchen.

Aus Anlaß dieses Jubiläums, das häufig und obwohl die (Sozial-)Arbeiterversicherungsgesetze erst 1883, 1884 und 1889 verabschiedet wurden, mit „100 Jahre Sozialversicherung in Deutschland“ oder ähnlich bezeichnet wurde, liegt, neben anderen einschlägigen Beiträgen, die obige Arbeit als WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung vor. Ihr Inhalt besteht vornehmlich aus Forschungsergebnissen, die im Forschungsschwerpunkt „Reproduktionsrisiken, soziale Bewegungen und Sozialpolitik“ der Universität Bremen zum Themenkreis „Gesundheit, Arbeit, Lebenslagen“ in den letzten Jahren erarbeitet wurden. Um es vorwegzunehmen: es handelt sich bei dieser Arbeit nicht um eine „breite“ Beschreibung und Analyse der Entstehung und Entwicklung der Kranken-, Unfall- und Invaliditäts- bzw. Rentenversicherung und der sie bedingenden ökonomischen, sozialen und politischen Zeitumstände. Der Bezugs punkt ist enger: Gesundheitspolitik, vornehmlich solche, die von der Arbeiterbewegung selbst getragen und gestaltet wurde und ihre Behinderung, letztlich Zerschlagung durch die der Arbeiterbewegung entgegenstehenden sozialen und politischen Kräfte steht im Mittelpunkt. Es handelt sich mit dieser Ausrichtung und diesem Inhalt zweifellos um die Darstellung unbekannter, verdrängter und verschwiegener Aspekte von mehr als einem Jahrhundert staatlicher Sozialpolitik und entsprechender Initiativen der Arbeiterbewegung.

Die Arbeit beginnt mit einer Darstellung des Wirkens des Gesundheitspflegevereins des Berliner Bezirks der deutschen Arbeiterverbände in den Jahren 1849 bis 1853 und der Repression und dem schließen Verbot dieses Vereins als ein der Obrigkeit und der gesundheitspolitischen Konkurrenz mißliebiges Unterfangen (25–60). Schon in diesem, in die Zeit vor

Bismarcks Sozialreform zurückgreifenden Beitrag, wird ein Hauptanliegen der Autoren deutlich: nachzuweisen, wie immer schon von der Arbeiterschaft selbstverwaltete Institutionen und von ihnen selbstorganisierte gesundheitspolitische Einrichtungen und Leistungen besonderer Gegenwehr und Gefährdung unterlagen.

Wie kein anderer Zeitraum eignet sich, neben der Darstellung der den Handlungsspielraum der Arbeiterbewegung in der Arbeiterversicherung einengenden Maßnahmen seit 1883 und besonders durch die Reichsversicherungsordnung und die entsprechende Einführungsgesetzgebung, die Weimarer Republik zur Belebung dieser Tatsachen. Die in den Ortskrankenkassen häufig die Mehrheit in den Selbstverwaltungsgremien innehabende Arbeiterbewegung hatte in Auseinandersetzungen mit den Ärzten aber auch mit anderen Dienstleistern (Apothekern, Optikern, Bandagisten, Arzneimittelherstellern ...) zu Formen umfangreicher „Eigenwirtschaft“, d. h. zu Ambulatorien, Zahnkliniken, Selbstabgabestellen von Heil- und Hilfsmitteln und sonstigen Einrichtungen gegriffen, um sich der Macht und den finanziellen Forderungen dieser als Privatfirmen oder selbstständig bzw. freiberuflich tätigen Leistungsanbieter zu erwehren. Die Autoren führen nicht nur finanzielle, sondern vor allem auch medizinische Gründe an, die die Vorteilhaftigkeit besonders der Ambulatorien gegenüber der oder als Ergänzung zur Gesundheitsversorgung durch niedergelassene (Einzel-)Ärzte belegen. Bis ins biographische Detail wird die Entwicklung und die schließliche Zerschlagung dieser Formen der „Eigenwirtschaft“ im Zuge der nationalsozialistischen Machtergreifung am Beispiel der Ambulatorien (und sonstigen Einrichtungen) in den Unterwerstädten (197–410) und Berlin (411–499) nachgezeichnet.

Es wird nachgewiesen, wie der Nationalsozialismus auf diese Weise das Leistungsmonopol der privaten Leistungsanbieter wiederherstellt und ihre Macht unübersehbar stärkt. Vor allem wird betont, daß diese Tendenz in der frühen Nachkriegszeit weitergeführt wird und die Arbeiterbewegung, nach ihrer Zerschlagung auch in der Sozialversicherung, nie mehr die Versicherungsmehrheit in den Selbstverwaltungsgremien von Leistungsträgern der inzwischen zur Sozialversicherung erweiterten Arbeiterversicherung erlangen kann.

Besondere Aktualität erhält die Arbeit dadurch, daß heute einmal interessierte Kräfte unter Umgebung der geschichtlichen Wahrheit auf gerichtlichem Wege versuchen, die noch verbliebenen ganz geringen Reste der einst in der Weimarer Republik verbreiteten „Eigenwirtschaft“ der Krankenkassen verboten zu bekommen, um so ihr Anbietermonopol im Gesundheitswesen zu sichern (vgl. 547–597) und andererseits vor allem auch durch das „Anbieter-“ und „Preisverhalten“ dieser „Monopolisten“ eine „Kostenexplosion“ verursacht wird.

Nimmt man die Vielzahl der sonstigen Argumente für eine „Systemreform“ bzw. einen „Systemwechsel“ in der Gesundheitspolitik hinzu, so ist die Arbeit gut geeignet – wie die Autoren es in der Vorbemerkung formulieren – „... sich der Alternativen zu einer festgefahrenen privat vermachten bунdesrepublikanischen Gesundheitspolitik zu vergewissern“ (3).

Eckart Reidegeld (Berlin/West)



Von der Eugenik zur Euthanasie

Till Bastian, erschienen bei Verlagsgemeinschaft Erl, Schulstraße 6, 8939 Bad Wörishofen 1981, 128 Seiten, DM 16,50

„Ein verdrängtes Kapitel aus der Geschichte der Psychiatrie“, untertitelt der Autor seine Arbeit. Tatsächlich reicht diese Verdrängung bis in die Gegenwart: Als Dissertation über die Geschichte der Deutschen Psychiatrie bis zum Faschismus verfaßt und vom Doktorvater, Prof. Glatzel aus Mainz, positiv beurteilt, fiel sie dem damaligen Konreferenten und Direktor der Uniklinik, Prof. H. U. Peters (heute in Köln), zum Opfer. „Quellenstudium und Quellenauswertung seien zu einseitig“, wurde argumentiert. Till Bastian unterwarf sich nicht dem Ansinnen, die deutsche Psychiatriegeschichte einmal mehr zu beschönigen. Ich meine, zu Recht.

Till Bastian hat ein spannendes Buch geschrieben. Ich möchte dieses Lob den anderen vorstellen, weil ich meine, daß es besonders schwer ist, ein Thema, kurz, prägnant und mit einer Fülle von Literaturstellen und Zitaten versehen, trotzdem lesbar zu gestalten. Im Rahmen dieses relativ kurzen Bandes weist er anhand von Aussagen bekannter und richtungsweisender Psychiater und Mediziner nach, wie sich der „eugenische Gedanke“ aus dem naturwissenschaftlich somatischen Psychiatriedenken konsequent entwickelte und sich die faschistische Euthanasiepraxis daran völlig nahtlos anfügte. Was gerade standesorientierten Medizinköpfen sicher sehr gegen den Strich läuft, ist der gelungene Beleg dafür, daß nicht erst mit der Machtübernahme des Faschismus Euthanasiedenken zum Zuge kamen, sondern im Gegenteil gerade Mediziner und besonders Psychiater mit ihren „wissenschaftlichen Thesen“ dem Faschismus den Weg bereiten halfen. Und dies eben nicht heimlich oder etwa nur durch Abweichler – wie man heute immer gerne glauben machen möchte – sondern als richtungsweisende Äußerung in auflagenstarken und allseits zugänglichen Standesblättern. Erschreckt hat mich persönlich nach nun zweijähriger Tätigkeit in einem psychiatrischen Großkrankenhaus – wie viele der hier beschriebenen Thesen und Aussagen, die bruchlos den Weg zur „Endlösung“ ebneten, heute noch in der täglichen Arbeit eine unübersehbare Rolle spielen.

Ulli Raupp



Sozialpsychiatrische Informationen

Veröffentlichungen zu psychiatriopolitischen Themen:

Diskussion „Die neue Einfachheit oder die Entprofessionalisierung der Psychiatrie“ - Reformansätze in der Psychiatrie - Behandlung Alkoholkranker - Problem Obdachlosigkeit.
September-Heft 1981, 164 S., 10 DM

Schwerpunktthema „Psychiatrie im Ausland“ mit Beiträgen über Großbritannien, USA, Schweden, Algerien, Albanien, Italien, DDR, Japan und China.

Dezember-Heft 1981, 162 S., 10 DM

Materialien der DGSP-Tagung „Aussonderung verhindern - Möglichkeiten der Integration behinderter Kinder und Jugendlicher“; über Schizophrenieforschung, Sonderpädagogik, Heimerziehung, Abwendung elterlicher Gewalt u.a.

März-Heft 1982, 90 Seiten, 5,- DM

Über die Themen der noch lieferbaren älteren Hefte informiert unser Verlagsprospekt.

Das Jahresabonnement der „Sozialpsychiatrische Informationen“ (2 Einzel- und 2 Doppelhefte) kostet 30,- DM.

Probeheft und Abonnementsunterlagen kostenlos!

Sonderband in Vorbereitung:

Wer löst wen wohin auf?
Das Dilemma der Forschung im Wandel der Psychiatrie.

Beiträge und Diskussionen einer Tagung des DGSP-Forschungsausschusses im Frühjahr 1981. Unter Mitwirkung von Ch. und Th. Fengler, E. Giese, P. Gottwald, A. Hutter, E.v. Kardorff, H. Keupp, E. Koenen, O. de Leonards, H. Legewie, E. Pape, J. Pelikan, B. Riedmüller, P. Stolz, G.-Ch. Tolen, S. Wolff u.a.

ca. 130 Seiten, ca 10,- DM
Erscheint voraussichtlich im Mai 1982

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

KONGRESSBERICHTE

„Zahnmedizinische Gruppenpraxen“

Im Dezember 1981 fand in der Gesamtschule Hannover-Langenhangen eine Veranstaltung der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e.V. zur allgemeinen und kritischen Bestandsaufnahme der existierenden zahnmedizinischen Gruppenpraxen statt. Die Diskussion im zahnmedizinischen Bereich wird seit Ende der 60er Jahre bis zum heutigen Tage äußerst rege geführt. Nach einer Auflistung und umfangreicher Veröffentlichung dieser Thematik durch W. Kirchhoff und S. Schmidinger im Jahr 1973 bildeten sich dann im Laufe der Zeit einige Gruppenpraxen in der BRD und Westberlin. Die Gruppenpraxis-alternative im zahnmedizinischen Bereich ist besonders aktuell, da Zahnärzte(innen) kaum eine andere Wahl haben, als sich in privatwirtschaftlich betriebenen Einzelpraxen niederzulassen, da ihr Tätigkeitsbereich – außer Hochschulen und öffentlicher Gesundheitsdienst – auf die ambulante Versorgung beschränkt bleibt.

An dieser von ca. 100 Teilnehmern besuchten Veranstaltung nahmen als Referenten Wolfgang Kirchhoff, Sebastian Schmidinger als in Gemeinschaftspraxen tätigen Zahnärzten und Konrad Tidow als Arzt am Gesundheitszentrum Gropiusstadt, Westberlin, teil. Die Diskussion leitete Rolf Bücken, der 1. Vorsitzende der Vereinigung. An der Veranstaltung nahmen eine Reihe von Mitgliedern in zahnmedizinischen Gruppenpraxen teil. Zu einer Auswertung des früher verschickten Fragebogens zur Datenerhebung über diese Gruppenpraxen kam es mangels Beteiligung leider nicht. Dieses spricht für den Unwillen, einer solchen Diskussion objektive Daten zugrunde zu legen.

Die Referenten arbeiteten vor allem die früher mit der Idee der Gruppenpraxen verbundenen Illusionen heraus. Denn bei ihrer Konzeption wurde gemeinhin übersehen, daß hohe Umsätze und damit die Förderung schlecht oder nicht honorierter Kassenleistungen nur mit akkordähnlichen Arbeitsmethoden zu erzielen sind. Da aber dieser Arbeitsstil nicht im Sinne der Betroffenen sein konnte, mußte alsbald nüchtern festgestellt werden, daß bei solider zahnmedizinischer Arbeit, günstigen Arbeitszeiten und übertariflicher Bezahlung die Bäume nicht in den Himmel wachsen konnten. Die innerbetriebliche Diskussion und das berufliche Engagement verbrauchten darüber hinaus so viele Energien, daß in den meisten Gruppenpraxen gerade die notwendige gesundheitspolitische Arbeit in Verbänden und Gemeinden zu kurz kommt. In den meisten Fällen konnte

auch die zwar verdeckte, aber doch vorhandene innerbetriebliche Hierarchie nicht abgebaut werden, außer vielleicht in Praxen, in denen alle Beteiligten gleich verdienen.

Die Gegensätze von Anspruch und Wirklichkeit bauten sich in den anschließenden Arbeitsgruppen immer wieder auf. Die eine Seite sieht im Vordergrund die individuelle Selbstverwirklichung bei guter Arbeitsatmosphäre und nimmt an, daß allein das Betreiben von Gruppenpraxen Teil fortschrittlicher Gesundheitspolitik sei. Die andere Seite setzte dem realistisch entgegen, daß allein die geringe Anzahl von Gruppenpraxen das gegenwärtige Gesundheitswesen überhaupt nicht beeinflussen können und die Diskussion eher den Blick verstellt für wirkliche, nichtprivatwirtschaftliche „Alternativen“ wie Zahnkliniken, Ambulatorien, Polikliniken in Betrieben usw. Das Einschwenken der reaktionären Standespolitiker, nach anhaltendem früheren Widerstand, in Richtung Gruppen- und Gemeinschaftspraxen ist ein wichtiges Indiz für ihren systemstabilisierenden Charakter.



S. 38
Die Referenten der Veranstaltung von li. nach re.: Schmidinger, Kirchhoff, Brücken, Tidow
Foto: Richter

Diese gegensätzlichen Einschätzungen konnten letztlich auf der Veranstaltung nicht überbrückt werden. Deshalb nahm die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e.V. zum gegenwärtigen Stand der Diskussion um die gesundheitspolitische Bedeutung von Gruppenpraxen in der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung abschließend Stellung:

„Unter dem Überbegriff „zahnärztliche Gruppenpraxis“ wird eine privatwirtschaftlich betriebene Praxisform von mindestens drei Zahnärzten (-ärztinnen) gleicher oder verschiedener Fachrichtungen verstanden, die mit einer gesundheitspolitisch klar definierten Aufgabe innerhalb der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung als Kassenzahnärzte ihre Tätigkeit ausüben. Besondere Kennzeichen einer demokratisch und fortschrittlich geführten Gruppenpraxis sind: eine Versorgung der Patienten nach Gesichtspunkten, die im Rahmen allgemeiner Bedingungen kein Profitinteresse entstehen lassen und Arbeitsverhältnisse für die in der Gruppenpraxis Beschäftigten, die zumindest den Anforderungen der Gewerkschaftsbewegung entsprechen sollten. Der Gruppenpraxisgründung sollte eine gesundheitspolitische Konzeption vorausgehen, gesundheitspolitisches, allgemeinpolitisches und gewerkschaftliches Arbeiten der Praxisbeteiligten soll der Unterstützung und Förderung unterliegen.“

Unter günstigen Bedingungen kann die Gruppenpraxis ein belebendes Element in der rauen Wirklichkeit bundesdeutscher Gesundheitspolitik innerhalb der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung der Be-

völkerung darstellen. Günstige Bedingungen sind u. a.: geringe finanzielle Belastungen durch Praxisinvestitionen und entsprechend geringe Profitinteressen der Praxisbetreiber, gegenseitige Kontrolle der geleisteten Arbeit bei laufender Weiterbildung, fortschrittliche Arbeitsverträge, institutionalisierte Mitbestimmung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, je nach Betriebsgröße die Institutionalisierung eines Betriebsrates (bzw. Betriebsobmanns), Gehälter im Rahmen der Tarife des öffentlichen Dienstes und der Wille, sozial Benachteiligte wie Randgruppen, Kinder, Ausländer, Behinderte usw. optimal zu behandeln. Unter privatwirtschaftlichen Bedingungen kann für die Einzelpraxis das gleiche gelten wie für die Gruppenpraxis. Auch die Einzelpraxis kann sich z. B. günstige Ausgangsbedingungen schaffen.

Darüber hinaus wird nicht verkannt, daß die privatwirtschaftlich betriebenen Gruppen- und Einzelpraxen – auch die mit geringen Profitinteressen – den Verwertungsbedingungen des Kapitals unterworfen bleiben. Die Gruppenpraxis hebt den Grundwiderspruch unserer Gesellschaftsordnung nicht auf, sie kann ihn allenfalls für die Betroffenen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mildern. Insofern kann die Gruppenpraxis nur Modellcharakter haben für kooperative Arbeitsformen mit größerem persönlichem Rückhalt der einzelnen der Gruppe gegenüber fremdbestimmenden Institutionen und Organisationen.

Abgesehen davon, daß die Anzahl der im letzten Jahrzehnt gegründeten Gruppenpraxen ohne Profitinteressen verschwindend gering geblieben ist, kann die Auflösung der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung in eine große Anzahl wiederum privatwirtschaft-

lich betriebener Gruppenpraxen nicht als Ziel gesundheitspolitischen Wirkens angesehen werden. Die bereits vorhandenen Gruppenpraxen, auch wenn ihre Tätigkeit unter den o. a. Bedingungen als demokratische und fortschrittliche Alternative angesehen werden kann, können nicht als Ersatz für zahnmedizinische Ambulatorien, Betriebspolikliniken und kommunale Kinder- und Jugendzahnkliniken mit einem umfassenden Behandlungsrecht gelten. Diese aber gilt es, unter Einbeziehung historischer und internationaler Erfahrungen, Schritt für Schritt zu erkämpfen. Die Erfahrungen von demokratischen und fortschrittlichen Gruppenpraxen können hierfür wertvoll und nützlich sein.

Die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e.V. versteht sich als ein Forum für fortschrittliche und demokratische Weiterentwicklungen innerhalb des Gesundheitssystems zum Wohle der Betroffenen. Das alleinige Betreiben von Gruppenpraxen ersetzt die allgemeinpolitische und gesundheitspolitische Arbeit zur Veränderung der gegenwärtigen Situation nicht. Wohl sollte die Gruppenpraxis gesundheitspolitische Tätigkeiten ermöglichen, initiieren und vorantreiben. Daher ist die Vereinigung Demokratische Zahnmedizin e.V. um eine intensive Zusammenarbeit mit Gruppenpraxen bemüht.

(Eine ausführliche Darstellung der Veranstaltung mit einem Abdruck der Referate und den Ergebnissen der Arbeitsgruppen erscheint im April in „der artikulator“, Nr. 8/1982, und ist zu beziehen über: Vereinigung demokratische Zahnmedizin, Postfach 53, 3550 Marburg 7).

Wolfgang Kirchhoff

Jahresversammlung der SGSG

Schaffhausen/Schweiz, 30. 1. 1982

Hinter dem Kürzel SGSG verbirgt sich die schweizerische Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen, deren Mitglieder aus allen Berufen des Gesundheitswesens kommen. Die SGSG gibt im 9. Jahrgang die „SOZIALE MEDIZIN“ heraus und hat sich zum Ziel gesetzt, „Einzelpersonen, Gruppen und Organisationen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens zu vereinen, um gemeinsam eine grundlegende, fortschrittliche Reform des Gesundheitswesens zu entwerfen und für ihre Realisierung in der aktuellen Politik einzustehen“. Auf der lokalen Ebene gibt es die einzelnen SGSG-Sektionen (vor allem in der deutschsprachigen Schweiz), die gesundheitspolitische Aktivitäten am Ort entfalten. So haben z. B. fast alle Sektionen im Herbst 1981 mit den Autoren des Buches „Gesunde Geschäfte“ Veranstaltungen zum Thema Praktiken der Pharmaindustrie durchgeführt. Auf der jetzigen Jahreshauptversammlung in Schaffhausen kamen Delegierte aus allen Sektionen zusammen, die ca. 450 Mitglieder vertreten. Diskutiert wurde der Jahresbericht über die Aktivitäten 1981, der von Sekretär Ruedi Bautz aus Zürich erstattet wurde.

Die SGSG schätzt ihre eigenen Kräfte noch als zu schwach ein, um gesundheits- und sozialpolitisch in allen aktuellen Fragen Einfluß nehmen zu können. Bedingt durch ihre guten Beziehungen zu den Schweizer Linksparteien kann sie jedoch immer wieder zu bestimmten Fragen Veranstaltungen durchführen und Diskussionen in Gang setzen. Im vergangenen Jahr führte die SGSG nicht nur eine Studienwoche in Lausanne mit dem Thema „Aufwiegelung zur Gesundheit“ durch und besichtigte in der französischen Schweiz Einrichtungen der Gemeindepflege, Gesundheitserziehung, Gruppenpraxen und der Arbeitsmedizin. Dazu gehörte auch der SGSG-„Velo-Tag“ sowie ein Seminarwochenende zum Selbstverständnis. Diese gelungene Mischung aus politischer Diskussion und geselligem, ungezwungenem Beisammensein spiegelte sich auch auf der Jahrestagung in Schaffhausen wider, wo im Anschluß an das gemeinsame Abendessen ein „Fäsch“ mit einer Schaffhauser Rockgruppe stattfand. Am Nachmittag berieten einzelne Arbeitsgruppen aus den einzelnen Berufsgruppen. Für den „Nichtschweizer“ Beobachter kamen dabei einige wichtige Informationen ans Tageslicht: so berichteten die Physiotherapeutinnen über ihre sehr unbefriedigende Ausbildungssituation, die wahnsinnig hohen Ausbildungskosten (mehrere tausend Franken pro Semester) mit der Folge einer sozialen Selektion. Auch Status- und Hierarchieprobleme wurden diskutiert. In der Arbeitsgruppe Krankenpflege kam das Problem der Flucht aus dem Pflegealltag des Krankenhauses zur Sprache. In der Arbeitsgruppe Ärzte wurde über miserable Arbeitsbedingungen von Assistenzärzten, so über den Schweizer „Ableger“ der sog. „Ärzteschwemme“ („Pléthora“ im Jargon der Standespresso) diskutiert. Eine weitere Arbeitsgruppe kam aus der Psychiatrie. Für das Jahr 1982 hat sich die SGSG wiederum einige konkrete Aufgaben vorgenommen: so wird am 22./23. Mai 1982 in Basel eine Tagung zu Gruppenpraxen stattfinden. Eine Studienreise nach Kuba wird im Herbst 1982 durchgeführt. Im Gespräch mit Ruedi Bautz (Zentralsekretär der SGSG) und Daniel Gelzer (Redaktion SOZIALE

MEDIZIN) wurden auch die Probleme der SGSG freimütig dargestellt; leider ist die Organisation – zu der es bei uns keine Parallele gibt – bisher nur in der deutschsprachigen Schweiz vorhanden (in Genf gibt es die Médecins progressistes, nur Ärzte aus Genf und Umgebung); daneben gibt es Probleme in der Gewerkschaftsfrage. So wird die SGSG von einigen Vertretern des VPOD (Gewerkschaft des öffentlichen Dienstes der Schweiz) als angebliche Konkurrenz angesehen, was sie jedoch weder anstrebt noch real sein kann. Und schließlich hat die kontinuierliche politische Arbeit im Gesundheitsbereich unter der hohen Fluktuation vor allem unter den Pflegekräften und Ärzten (die meist jährlich die Stellen während der Ausbildung wechseln) zu leiden. Und schließlich nicht zu vergessen: in der Schweiz existiert mindestens so ausgeprägt wie

KONGRESSBERICHTE

Alternativen wurden diskutiert: das Für und Wider regionaler Gesundheitstage – die meisten Teilnehmer standen positiv dazu. Soll die Gesundheitstage-Bewegung eine Gegenbewegung sein? (wie der I. GT in Berlin, der sich aufgrund zeitlicher und räumlicher Nähe als „Gegen-Ärztetag“ profilerte). Hat die „Bewegung“ die Kraft, sich eigenständig und initiativ zu betätigen und damit die herrschende Medizinwelt zu Gegenstellnahmen zu provozieren? Eigenständige Projekte erfordern mehr Kontinuität, bessere Organisation und eine, wenigstens in Grundzügen einheitliche Zielvorstellung. Hier entstand eine polarisierte Diskussion. Einerseits wurde die Notwendigkeit betont, eine politische Zielvorstellung zu formulieren, die andere Seite hielt dem entgegen, daß „basisorientierte Arbeit vor Ort“ durch politische Schemata behindert werden könnte. Nahezu traumatische Erfahrungen mit politischen Parteien und Organisationen beherrschten die Diskussion ebenso, wie die großen inhaltlichen und organisatorischen Schwierigkeiten vieler GL's. Eine Neuauflage dieser Gesundheitstage wird es wohl zunächst nicht mehr geben.

Auch am 2. Tag kamen die Teilnehmer aus diesem Dilemma nicht heraus: Die Diskussion über das Vorschlagspapier der GL München zu Perspektiven der Gesundheitsbewegung bzw. alternativem Krankheitsbegriff wurde abgelehnt, da zu theoretisch. Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den GL's und Informationsnetzwerken bildeten die Diskussionsschwerpunkte. Die Idee eines organisierten Gesundheitsdachverbandes, auf dem Hamburger GT aufgebracht, hier von der Freiburger Gesundheitsinitiative vorgestellt, fand aufgrund teils rationaler, teils emotionaler Widerstände, keine Zustimmung. Das dieser Dachverband wiederum als Gegen-Ärzte-Verband geplant war, spricht für die inhaltliche Kurzsichtigkeit.

Am Nachmittag wurden Arbeitsgruppen zu den Themen: Gesundheitssicherstellungs-Gesetz, Gesundheitstag und Alternativen, Kommunikationsstruktur der GL's, aktuelle Organisation, Kontroversen in der Gesundheitsbewegung, Finanzsituation und Professionalisierung und Patientenstellen gebildet.

Am 3. Tag werden die Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen vorgelegt und die Anträge beraten. Zum Gesundheitssicherstellungs-Gesetz verabschiedete das Plenum eine Resolution, der besonders die kriegstaktischen Überlegungen des Gesetzes kritisiert und die Rücknahme des Nato-Doppelbeschlusses gefordert wird.

Zur Organisations- und Kommunikationsstruktur wurden folgende Festlegungen getroffen:

1. Ein regelmäßiger Infodienst für die GL's wird aus Gesundheitstage-Überschüssen finanziert und zunächst in Hamburg erstellt. Für ein Jahr werden hierfür 10 000 bis 15 000 DM zur Verfügung gestellt.
2. Regelmäßige, überregionale Treffen sollen 2–3 mal pro Jahr stattfinden. Das nächste Treffen im Mai oder Juni in Aachen.
3. Probeweise wird ein Koordinationsausschuß gebildet, der die überregionalen Treffen vorbereiten soll.

Thomas Melcher



Bei uns ein sehr mächtiges Kartell aus Pharmaindustrie, medizinische Standesorganisationen und reaktionären politischen Kräften, dem sich die SGSG in ihrer Arbeit immer wieder gegenüber sieht.

Matthias Albrecht

3. Nationales Gesundheitsläden-Treffen

15. 1. – 17. 1. 1982 in München

100 Teilnehmer aus 18 Gesundheitsläden (GL) – zumeist aus den großen Universitätsstädten – waren zum 3. Treffen gekommen. Am ersten Tag beherrschten Kritik und Konsequenzen des Gesundheitstages in Hamburg die Thematik.

Relativ schnell waren sich die Teilnehmer über die grundsätzliche Einschätzung des II. Gesundheitstages einig: „bunte Wiese, gute Kontaktmöglichkeiten, sehr gute, z.T. euphorische Stimmung, viele Besucher, aktivierende Wirkung für die Teilnehmer“, aber auch: „zu groß, zu unübersichtlich, zu viel Konsumhaltung, vielfach orientierungslos, brachte politisch nicht viel weiter“. Organisatorisch waren die Gesundheitsläden, hier besonders die Hamburger, von der Beteiligungsflut überfordert, inhaltliche Strukturierung gelang nicht mehr. Der II. Gesundheitstag, so wurde übereinstimmend festgestellt, war ein Spiegel der derzeitigen Organisationsform der Gesundheitsläden.

KONGRESS BERICHTE

Bericht vom Treffen der Friedensinitiativen im Gesundheitswesen vom 13./14. 2. 82

Erstaunliches tut sich im Gesundheitswesen. Nur zwei Wochen nach dem „Berliner Treffen“ hatten sich erneut ca. 300 Friedensaktivisten aus dem Gesundheitswesen im Gynäkologiehörsaal des Hamburger Universitätskrankenhauses Eppendorf versammelt, um die Gegenwehr gegen eine Militarisierung im Gesundheitswesen und insbesondere das Gesundheitssicherungsgesetz (GesSG) zu organisieren. Diesmal hatten aber Gesundheitsladen, Ärzteinitiative, Beschäftigteninitiative, Medizinstudenten etc. gemeinsam zu diesem Treffen eingeladen, so daß fast alle Gesundheitsberufe vertreten waren. Dieses Vorgehen trug von Anfang an dazu bei, daß gruppenegoistische Interessen (z.B. Herauskehren der besonderen Stellung der Ärzte) hintenangestellt wurden und die Diskussionen praxisnäher und solidarischer geführt wurden.

Zu Beginn der Veranstaltung berichteten die einzelnen Initiativen über ihre bisherige Arbeit: Ich möchte nur 3 Initiativen hervorheben, da sich vieles verständlicherweise wiederholte. Die Vertreter aus Bremen berichteten, daß mittlerweile in allen Bremer Krankenhäusern Friedensgruppen arbeiten, deren Arbeit über einen zentralen Ausschuß kordiniert würden. So habe man z.B. eine öffentliche Triageübung mit 100 Teilnehmern durchgeführt, die auf starke Beachtung bei der Bevölkerung und Presse/Rundfunk gestoßen sei. Über diese Triageübung habe man einen Videofilm hergestellt, der zusammen mit einem Text über Ulrich Kuhlmann, Rembertistr. 30, 2800 Bremen 1, ausgeliehen werden kann. Die Heidelberger haben eine Ausstellung mit 25 Stelltafeln erarbeitet, die über Barbara Groth, Untere Rombach 6a, 6900 Heidelberg, angefordert werden kann. Die Bonner Initiative wiederum hat sich dem Bonner Bildungswerk Friedenspädagogik angeschlossen und kann darüber einen Großteil ihrer Ausgaben decken. Auskunft erteilt Hannelore Hauff-Albert, Blücherstr. 13, 5300 Bonn.

Interessant war darüberhinaus vor allem der Bericht der „Aktion gegen Kriegsverweigerung und Krieg“, besser bekannt als „Hamburger Aktion“ vom Gesundheitstag 81. Seit Oktober 81 haben ca. 5000 Frauen und Männer ihre Verweigerung erklärt, sich nicht an Kriegsvorbereitungen und Kriegen zu beteiligen. Mehr als 70 Gruppen in 60 Städten unterstützen diese Aktion. Das Bundesinnenministerium reagierte bisher nur auf die Verweigerung der 1556 Frauen, indem es ein Paket mit den gebündelten und fein säuberlich adressierten Antwortschreiben an die „Hamburger Aktion“ schickte mit der Bitte um „Verteilung an die jeweiligen Einsenderinnen“(!). Dies lehnte die „Hamburger Aktion“ verständlicherweise ab. Darüberhinaus sind über die „Hamburger Aktion“ über 800 Kriegsdienstverweigerungen eingeleitet worden. Weitere Informationen über Ulrich Hofmann, Beim Andreasbrunnen 8, 2000 Hamburg 20.

Bevor sich die Teilnehmer auf die vier Arbeitsgruppen verteilen, wurde noch ein Grußwort der ebenfalls in Hamburg tagenden Initiative „Frauen in die Bundeswehr – Wir sagen Nein“ verlesen. Diese Gruppe setzte sich auf ihrer Tagung ebenfalls mit der Rolle der Schwesternhelferinnen und dem GesSG auseinander. Die Diskussionen der einzelnen Arbeitsgruppen sind im folgenden nur stichwortartig wiedergegeben.

AG Katastrophenmedizin: Notwendigkeit einer klaren Trennung von Katastrophenmedizin und Kriegsmedizin, wobei die Triage z.B. ein Bestandteil der Kriegsmedizin ist. Jetzt wird eine Verquickung angestrebt. Kriegsmedizin führt zu großen organisatorischen Veränderungen im Gesundheitswesen mit erheblichen Mißbrauchsmöglichkeiten. Sparmaßnahmen, Aufrüstung und Versuch der Einführung der Kriegsmedizin hängen unmittelbar zusammen und müssen gemeinsam bekämpft werden. Ärztevertreter versuchen Gegnern einer Kriegsmedizin eine Totalverweigerung (auch in Notfallmedizin) zu unterstellen, um dies in der Öffentlichkeit als zutiefst unethisches Verhalten zu verkaufen.

AG Gesundheitssicherungsgesetz: Zurückhalten des Gesetzentwurfes taktisch bedingt. Verlagerung von Teilen dieses Gesetzes in Länderkatastrophenschutzgesetze (Beispiel Rheinland-Pfalz, wo es bereits zum 1. 1. 82 in Kraft getreten ist).

AG Friedensarbeit im Krankenhaus: Unterschriftensammlungen unter den „Appell aus dem Gesundheitswesen für den Frieden“ – Diskussionen auf Personalversammlungen und in den ötv-Betriebsgruppen – Flugblätter mit konkreten Beispielen z.B. „Schwester B. und der Notstand“ über Frank-Ulrich Seiler, Schloßstr. 36, 1000 Berlin 19 – Diskussionen über/mit Katastrophenschutzbeauftragten der Klinik über Katastrophenschutzpläne, zentraler Bettennachweis etc. – Diskussionen auf Fortbildungsvoranstaltungen – satirische Aktionen, z.B. Neueinführung des Präparates „Survivalin“ in die Klinik (siehe DG 1/82) – Friedensarbeit im Unterricht der Krankenpflegeschulen etc., wobei zum Thema GesSG bereits eine Unterrichtseinheit erarbeitet wurde, die über Monika Dengler, Krankenpflegeschule am AK Harburg, Eißendorfer Pferdeweg 52, 2100 Hamburg 90, erhältlich ist. – Aufführungen von Theatergruppen zu diesen Themen organisieren, z.B. Gruppe „Unterstil“ über Rainer Stachow, Stammannstr. 13, 2000 Hamburg 60 – und vieles mehr.

AG SchwesternhelferInnen: Unterschied zwischen Krankenpflegehelferin (1 Jahr Ausbildung) und Schwesternhelferin (28 Tage Kurs) der Bevölkerung und den Betroffenen darlegen. Aufklärungsarbeit durch Zusammenarbeit mit anderen Organisationen verstärken, insbesondere mit der DFG/VK, die diese Aufklärungsarbeit, Beratungen und Verweigerungen von Frauen zum Bestandteil ihrer Arbeit machen sollte, was zum Teil bereits geschehen ist (DFG VK-Informationsblatt zur Frauenverweigerung „Wenn ihr nicht nein sagt... Wir sagen nein“ über DFG/VK, Rellinghauser Str. 214, 4300 Essen 1). Weiterhin Zusammenarbeit mit den Initiativen „Frauen in die Bundeswehr – Wir sagen Nein“ und „Frauen gegen Krieg und Militarismus“. Aufklärung über die Funktion von Schwesternhelferinnen muß breit betrieben werden, z.B. in Schulen, Vorträgen in der Volkshochschule, in den Gewerkschaften, in Hausfrauensektionen des Rundfunks etc. Zur Zeit wird diese Arbeit über eine Gruppe im Berliner Gesundheitsladen geleistet, die auch Informationsmaterial für eine Verweigerung von bereits ausgebildeten Schwesternhelferinnen versendet über Eva Renckly, Wilmstr. 13, 1000 Berlin 61.

Schlußplenum: Nach den Berichten aus den einzelnen Arbeitsgruppen kam man überein, sich Ende Mai erneut in München zu treffen, um weitere Informationen auszutauschen und weitere Aktivitäten zu planen. Weiterhin sind Aktionen zum Ärztetag in Münster geplant, der im Mai stattfindet (Informationen über Christel Wedershoven, Althoffstr. 34, 4400 Münster). Über das Vorbeschriebene hinaus will man Kontakt zu Patientenschutzorganisationen oder auch zu den „Grauen Panthern“ knüpfen, die ja ebenfalls direkt vom geplanten GesSG betroffen sind. Wer hätte es sich vor einem Jahr träumen lassen, daß einmal über 100 Friedensinitiativen im Gesundheitswesen entstehen könnten?

Gunar Stempel

Ärzte warnen vor dem Atomkrieg

Am 23./24. 1. 82 trafen sich in West-Berlin ca. 300 Teilnehmer aus 39 Initiativen zu einem Folgetreffen des Hamburger „Medizinischen Kongresses zur Verhinderung des Atomkrieges“ vom September 81 (siehe DG 6/81). Die meisten Teilnehmer des Treffens kamen aus „reinen“ Ärzteinitiativen, was die Diskussion entscheidend beeinflussen sollte wie man aus den getroffenen Entscheidungen ersehen kann. Folgende Beschlüsse wurden gefaßt:

1. Es wurde die Herausgabe eines regelmäßigen Rundbriefes der Ärzteinitiativen in mindestens vierteljährlichem Abstand beschlossen. Für die technische Erstellung dieses Rundbriefes zeichnet für das Jahr 82 die „Hamburger Ärzteinitiative gegen Atomenergie“ (Ingeburg Peters-Parow, Arnimstr. 9, 2000 Hamburg 52) verantwortlich. Maschinengeplante Beiträge sowie Bestellungen an die o.g. Anschrift. Zwecks Portosparsnis soll von jeder Ärzteinitiative ein Verantwortlicher an die „Hamburger“ benannt werden, an den alle Exemplare einer Ausgabe für die jeweiligen Initiativenmitglieder gehen sollen. Ungeklärt ist, ob dieser Rundbrief wirklich nur auf Ärzte beschränkt bleiben soll, was nicht zu hoffen ist.
2. Es wurde für den Herbst die Abhaltung eines Nachfolgekongresses zum Hamburger Kongreß beschlossen. Dieser Kongreß soll in München stattfinden. Die Entscheidung, ob auch „Nichtärzte“ an dem Kongreß teilnehmen dürfen, wurde auf ein Folgetreffen der Ärzteinitiativen zur konkreten Vorbereitung dieses Kongresses vertagt. Dieses Folgetreffen soll am 20./21. 5. 82 ebenfalls in München stattfinden.
3. Die Gründung einer bundesdeutschen Sektion der „Physicians for the Prevention of Nuclear War“ mit zentralem Büro, Sprecher etc. wurde von der übergroßen Mehrheit der Teilnehmer zugunsten der Beibehaltung einer dezentralen Gruppenautonomie abgelehnt. (Am 6. 2. 82 erfolgte diese Gründung dennoch in einem kleinen ausgewählten Kreis im Frankfurter Sheraton, siehe „Offener Brief“ auf der 3. DG-Umschlagseite, sowie „Frankfurter Erklärung“ im Dokumentationsteil dieses Heftes.)
4. Weiterhin wurde eine Presseerklärung der „Ärzteinitiativen“ verabschiedet, die nach massiven Einwänden von Prof. H. E. Richter, Prof. Gottstein und anderen derart abgeschwächt wurden, daß sie weit hinter die Schlussklausur des Hamburger Kongresses (siehe DG 6/81) zurückfiel: Weder die Ablehnung des GesSG noch des NATO-„Nach-Rüstungsbeschlusses“ wurden in den Text aufgenommen, stattdessen die allgemeine Forderung nach „Abschaffung der atomaren und chemischen Waffen in der Welt“. Diese Forderung ist so allgemein, daß eigentlich alles so bleiben kann wie es ist, keiner braucht einen Anfang in der Abrüstung zu machen. Was darüberhinaus mit den bakteriologischen Waffen geschehen soll, bleibt im Raum stehen.

Insgesamt bleibt nach diesem Treffen ein fader Nachgeschmack bei vielen Teilnehmern dieses Treffens. Spaltet sich die Friedensbewegung im Gesundheitswesen langfristig in einen ständig-ärztlichen und einen berufsübergreifenden Teil auf oder finden beide Teile wieder in München zusammen?

Joachim Gill

PS.: Das ausführliche Protokoll dieser Tagung kann über die „Berliner Ärzteinitiative gegen Atomenergie“ (Hans-Joachim Kleist, Barnhelmstr. 29, 1000 Berlin 38) bezogen werden.

Friedensappelle:

Nicht entzweien lassen!

Nicht zufällig hat die Friedensbewegung gerade unter den Beschäftigten des Gesundheitswesens eine enorme Resonanz gefunden. Fast kaum eine Berufssparte wird so systematisch auf den Kriegsfall vorbereitet. Mit dem Kongreß „Ärzte gegen Atomraketen“ im Herbst 1981 sind bundesweit beach-

tete Signale gesetzt worden. Das zu Beginn der Friedensinitiative sehr stark vorgetragene Argument, daß hunderte von „Ärzten“ mehr öffentliches Gehör finden als tausende von „Beschäftigten“ des Gesundheitswesens, hat an Kraft verloren. Zu Recht hat sich, unserer Meinung nach, die Friedensdiskus-

sion auch über diese Ansätze standespolitischen Denkens hinausentwickelt. Ergebnis ist der „Appell aus dem Gesundheitswesen für den Frieden“, der sich an alle Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich richtet. Da wir seinen politischen Inhalt für sehr wichtig halten, unterstützen wir ihn nach Kräften.

Wir möchten aber auch alle Beschäftigten – und nicht nur „Ärztinnen und Ärzte“ – auffordern, die „Frankfurter Erklärung“ und die Resolution der Gründungsmitglieder der Sektion BRD der IPPNW (Internationale Ärzte für die Verhinderung eines Atomkrieges) zu unterschreiben und zu verbreiten. Wenn auch das Zustandekommen der Sektion (siehe nebenstehender offener Brief) Zweifel aufkommen lassen kann und die Gründungsmitglieder bei der Resolution unseres Erachtens Wesentliches aus den Augen verloren haben. Eine Beteiligung am internationalen Zusammenschluß – eben auch unter dem Blickwinkel der Erweiterung auf alle Beschäftigten – halten wir für sehr sinnvoll.



Offener Brief An alle Gesundheitsinitiativen gegen die Atomkriegsvorbereitung betreffs Gründung der IPPNW

Liebe Freunde,

am 6. 2. 1982 trafen sich im Frankfurter Flughafen-Sheraton-Hotel auf Einladung von Prof. Gottstein 15 Leute aus den Ärzteinrichtungen Berlin, Hamburg und München und aus der Professorenenschaft, um über die Gründung einer Sektion der IPPNW in der BRD zu beraten (IPPNW = International Physicians for the Prevention of Nuclear War = Internationale Ärzte für die Verhinderung des Atomkriegs). Es wurde ein Grundsatzpapier verabschiedet, in dem die Gründungsmitglieder der IPPNW erklären, daß sie Aufklärung über die Wirkung von Atomwaffen und die Folgen eines Atomkrieges betreiben wollen, daß sie zur Abrüstung in Ost und West auffordern und daß sie sich weigern, als Ärzte an Schulungen und Fortbildungen in Kriegsmedizin teilzunehmen. Die Verweigerungserklärung, die „Frankfurter Erklärung“, wurde allerdings nicht von allen Gründungsmitgliedern unterschrieben.

Im Folgenden möchten wir einige Kritikpunkte an dieser IPPNW-Sektion in der BRD darstellen:

- Zu der Gründungsversammlung waren von Prof. Gottstein nur ausgewählte Leute eingeladen. Die große Mehrzahl der Initiativen wußte nichts davon.
- Die Gründung der IPPNW erfolgte nach dem Berliner Treffen der Ärzte-Inis, auf dem sie sich geeinigt hatten, keine bundesweite Dachorganisation zu gründen. Bei dem Treffen in Frankfurt forcierten gerade die Leute von der Hamburger und Berliner Ärzte-Initiative die Gründung der IPPNW.
- Die wichtigste politische Forderung in der Grundsatzresolution: „Keine weiteren Atomwaffen in Ost und West, sondern ihre Abrüstung“, ist zwar grundsätzlich nicht falsch, geht aber an der Tatsache vorbei, daß die USA zur Zeit durch ihre forcierte Aufrüstung mit Pershing II, Cruise Missiles und Neutronenbombe das relative Kräftegleichgewicht gefährden und den Atomkrieg in Mitteleuropa vorbereiten. Die IPPNW fällt somit weit hinter die Aussagen und Forderungen des Hamburger Kongresses, auf die sich die übergroße Mehr-

heit der 1600 Kongreßteilnehmer geeinigt hatte.

Betrachtet man die Vorgehensweise zur Gründung der IPPNW und ihre politischen Inhalte im Zusammenhang mit der Entwicklung der Ärzte- und Beschäftigten-Inis im Gesundheitswesen und ihren Aussagen, dann kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß durch die IPPNW der Friedensbewegung gegen die Atomraketen eine Organisation übergestülpt werden soll, die diese Bewegung ihrer entscheidenden Inhalte und Forderungen entkleiden soll, um ihr so die scharfe Spitze abzubrechen. Es entsteht die Gefahr, daß die IPPNW eine den Initiativen übergeordnete Organisation wird, und sich in den entscheidenden Forderungen von den Initiativen und der Friedensbewegung unseres Landes abkoppelt.

Die wichtigste friedenspolitische Forderung heißt Verhinderung der Stationierung der Pershing II. Der NATO-Doppelbeschuß ist doch der eigentliche Hintergrund des Gesundheitssicherstellungsgesetzes. Wer dies vergißt bzw. nicht erwähnen will, der verschleiert die wesentlichen Zusammenhänge, bleibt in moralischen Appellen stecken und zieht die falschen Konsequenzen.

Es besteht darüber hinaus die Gefahr, daß die IPPNW die Initiativen aus den öffentlichen Medien verdrängt. Dies ist bereits eingetreten, da die „Frankfurter Rundschau“ am 20. 2. 1982 zwar die Gründungserklärung der IPPNW und einen Aufruf zu einer Unterschriftensammlung auf der ersten Seite als Beitrag abgedruckt hat, sich jedoch weigert, den „Appell aus dem Gesundheitswesen für den Frieden“ mit den Forderungen gegen das Gesundheitssicherstellungsgesetz und gegen die Mittelstreckenraketenstationierung als bezahlte Anzeige aufzunehmen.

Da dieser „Appell aus dem Gesundheitswesen“ die entscheidenden politischen Forderungen enthält und sich an alle Beschäftigten im Gesundheitswesen richtet, halten wir ihn für den wichtigeren, da weitergehenden. Wir sollten aber möglichst ein Konkurrenzamalgam vermeiden.

Renate Jäckle Thomas Melcher
Mitglieder der Münchner Ärzteinrichtung

Mit aller Konsequenz der Frage nachzugehen, um welchen Preis so wesentliche Forderungen, wie die Rücknahme des NATO-Doppelbeschlusses, von den Gründungsmitgliedern der IPPNW-Sektion unerwähnt blieben, würde sicherlich eine Spaltung der Friedensbewegung im Gesundheitswesen bedeuten. Das kann unser Interesse nicht sein! Aus der Tatsache, daß die IPPNW-Resolution bundesweit (kostenlose) Verbreitung in großen Tageszeitungen fand, der Appell des Initiatorenkreises jedoch nur über sehr teure Anzeigen (und auch dann nicht in der FRANKFURTER RUNDSCHAU) verbreitet werden kann, ziehen wir zwei Konsequenzen:

- Wir drucken den Appell nochmal auf der Rückseite (1. Fassung war in DG 1/82)
- Wir bitten alle Leser dringend um Spenden, um die Verbreitung durch weitere Anzeigen zu sichern!

Initiatorenkreis Gesundheitswesen für den Frieden, Dresdner Bank Hamburg, Nr. 434010301 (BLZ 200 800 00)

APPEL Gesundheitswesen für den Frieden

Kein Notstandsgesetz Keine Vorbereitung des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall

Wir arbeiten in einem Beruf des Gesundheitswesens, in einem sozialen Beruf oder werden demnächst dort tätig sein. In unserem Beruf tragen wir eine besondere Verantwortung für den Schutz von Leben und Gesundheit der Menschen. Deshalb können und wollen wir nicht schweigen, wenn gegenwärtig umfassende Maßnahmen getroffen werden zur Vorbereitung des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall.

Schon 1980 legte die Bundesregierung den Entwurf eines Notstandsgesetzes für das Gesundheitswesens vor, ein "Gesetz zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen eines Verteidigungsfalles – Gesundheitssicherungsge setz". Dies ist ein Notstandsgesetz für den Kriegsfall, das den Rahmen bilden soll für entsprechende Maßnahmen auf Landesebene. In allen Bereichen des Gesundheitswesens werden Vorbereitungen dafür getroffen. Der erste Entwurf dieses Not standsgesetzes macht das gesamte Ausmaß der geplanten Maßnahmen deutlich. Er sieht vor:

• Die Registrierungspflicht aller im Gesundheitswesen und den angrenzenden sozialen Berufen Tätigen schon in Friedenszeiten. Erfäßt und überwacht werden mehrere Millionen Menschen: Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Krankenschwestern, -pfleger und Krankengymnasten, technische Assistenten und Laboranten; alle Beschäftigten in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Sanatorien, Arztpraxen, Untersuchungseinrichtungen und Sanitätsorganisationen einschl. all derer, die diese Berufe früher ausübten; das gesamte technische und Verwaltungspersonal. Schwesterhelferinnen und Pflegedienstleister sollen als "Personalausweise" dienen. Betroffene sind auch Zivildienstleistende und alle Beschäftigten sozialer Dienste. Per Rechtsverordnung kann der Kreis der Berufe beliebig erweitert werden.

• Die Zwangsausbildung und Zwangsausbildung in Kriegsmedizin sowie die Durchführung entsprechender Übungen: Hauptbestandteil dieser Maßnahmen soll das "Sichtungsverfahren" sein, das bei großen Massen von Verletzten eine Auswahl zu behandelnden Personen vorsieht. Für den Kriegsfall bedeutet dies immer die Gefahr einer Auswahl unter dem Gesichtspunkt der Kriegstauglichkeit.

• Die Aufstellung von Einsatzplänen für den Kriegsfall durch Behörden, Kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern und andere Berufsverbände sowie Krankenhausleitung.

• Die enge Zusammenarbeit zwischen zivilem Gesundheitswesen und dem Militär in allen Bereichen: bei Planungen, Übungen – und im Ernstfall.

• Die Einrichtung von "Hilfskrankenhäusern" und den Aufbau von Materialdepots; im Kriegsfall können Schulen und Hotels zu "Beltenhäusern" umfunktioniert werden. Alle vorbereitenden Maßnahmen sollen aus öffentlichen Mitteln des Bundes finanziert werden.

• Die Zwangsräumung von Alten-, Pflege-, Kinder- und Behinderteneinrichtungen, sowie die beschränkte Aufnahme und vorzeitige Entlassung stationärer Patienten,

An der angestrebten Vorbereitung des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall ändert sich auch nichts durch die Absicht, das Gesetz umzubringen – es wird in ein "Gesetz zur Verbesserung der Organisation des gesundheitlichen Schutzzwischen" – und Teile seiner bisherigen Inhalte der Ländergesetzgebung zu überlassen. Aufgrund des wachsenden Widerstandes gegen dieselbe Gesetzesvorhaben sollen nämlich die bestehenden Gesetze der Länder über den zivilen Katastrophenenschutz so erweitert werden, daß sie auch für den Kriegsfall angewendet werden können. Erklärtes Ziel dieser Gesetzesplanung ist es, schon in Friedenszeiten über einen förmlichen Ausbau des zivilen KatastrophenSchutzes den Übergang von "Friedensaufgaben" zum Einsatz im Krieg möglichst gering zu halten.

Im übrigen gibt es bereits gegenwärtig umfangreiche Vorbereitungen des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall:

• Sanitätsorganisationen bilde n mit finanzieller Unterstützung des Verteidigungs- und Innennministeriums bis heute weit mehr als 200 000 Frauen zu Schwesternhelferinnen aus.

• Ranghöchste Sanitätsoffiziere der Bundeswehr fordern im Rahmen des geplanten Notstandsgesetzes die Verpflichtung der Frauen für das Sanitäts- und Gesundheitswesen schon in Friedenszeiten.

• Ärztekammern führen regelmäßig Fortbildungsvorlesungen in "Katastrophenmedizin" unter Beteiligung und Anleitung von

Stabsärzten der Bundeswehr durch. Gelebt und geübt wird in erster Linie die "Triage", ein Verfahren zur Auswahl der zu behandelnden bei Massenanfällen von Verletzten.

• Als begleitender gesetzlicher Schritt soll die "Katastrophenmedizin" Pflichtbestandteil der ärztlichen Ausbildung werden. Mit der Einrichtung von Universitätslehrstühlen wird begonnen.

• Mit Rheinland-Pfalz hat das erste Bundesland ein ziviles KatastrophenSchutzgesetz dieser Notstandsplanning angepaßt. Zwangsbegründung, -fortbildung und -übungen für alle im Gesundheitswesen Tätigen sind damit schon jetzt gesetzlich vorgeschrieben.

• Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des

Landes Nordrhein-Westfalen hat einen "Einsatz- und Alarmplan für die Krankenhäuser des Landes" erarbeitet. Entsprechende Maßnahmen bis hin zur Einrichtung von Dekontaminations- und Patientensorierungsräumen sind vorgesehen. Jedes Krankenhaus muß einen Arzt als verantwortlichen "KatastrophenSchutzbeauftragten" benennen.

• Schon jetzt wurden über 200 Hilfskrankenhäuser mit mehr als 80 000 Betten für den Ernstfall eingerichtet.

• In einzelnen Städten und Krankenhäusern werden Einsatzpläne für den Ernstfall erstellt; häufig sind Bundeswehrangehörige maßgeblich an zivilen KatastrophenSchutzübungen beteiligt.

• Wir sind nicht bereit, durch unsere Mitarbeit einen Krieg denkbar, führbar oder gewinnbar erscheinen zu lassen.

• Wir sind nicht bereit, uns in Kriegsmedizin aus- und fortzubilden zu lassen oder diese zu lehren. Wir werden uns nicht an entsprechenden Vorberei tungen und Übungen beteiligen.

• Wir fordern die Bundesregierung auf, jegliche Ausweitung der zivilen KatastrophenSchutzgesetze für den Kriegsfall zu unterlassen.

KatastrophenSchutz und medizinische Vorsorge für zivile Katastrophen sind zweifellos notwendig. Hierfür bestehen bereits ausreichende gesetzliche Regelungen. Es muß jedoch unter allen Umständen verhindert werden, daß die gesamte zivile Katastrophenmedizin zu militärischen Zwecken missbraucht wird.

Eine verhängnisvolle psychologische Einstellung auf den Krieg muß verhindert werden.

Alles spricht dafür, daß ein zu künftiger Krieg mit Atomwaffen und anderen Massenvernichtungsmitteln geführt wird. Schon das bestehende Atomwaffenpotential in Ost und West hat ein unvorstellbares Ausmaß angenommen. Gegenwärtig steigt die Gefahr eines atomaren Krieges zu-

Spendenaufruf:
Für die weitere Verbreitung dieses Appells und seiner Informationen benötigen wir dringend Ihre Spende.

Initiatorenkreis Gesundheitswesen für den Frieden, Dresdner Bank, Hamburg, Konto-Nr. 4340 103 01, BLZ 200 800 00

Bitte prüfen Sie, wo Sie kleine Auf rufe an Ihrem Arbeitsplatz aufhängen können.

sätzlich sprunghaft an. Ursache dafür ist die geplante Stationierung neuer Mittelstreckenkreis len und Marschflugkörper in der Bundesrepublik und anderen Ländern sowie die Entscheidung zur Produktion der Neutronenwaffe. Mit diesen Waffen bisher nicht bekannter Treffsicherheit soll ein auf Europa "begrenzter" Atomkrieg vorstellbar werden.

Erst in diesem Zusammenhang wird die volle Tragweite eines Notstandsgesetzes für das Gesundheitswesen und aller übrigen Maßnahmen deutlich. Hier durch soll der Eindruck erweckt werden, als sei medizinische Hilfe in einem solchen Krieg möglich. Dies stellt jedoch eine massive Täuschung der Bevölkerung und eine Selbsttäuschung der politisch Verantwortlichen dar.

In einem Atomkrieg wird es keine medizinische Hilfe geben. Millionen Menschen werden an den unmittelbaren und langfristigen Folgen sterblicher Explosionsen qualvoll zugrunde gehen.

Die einzige Hilfe ist daher die Verhinderung eines solchen Krieges!

Deshalb sagen immer mehr Menschen – auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen – "Nehm' zu allen Planungen und Vorkehrungen für den Kriegsfall.

Deshalb drängen immer mehr Menschen auf Politik der Abrüstung und Entspannung und engagieren sich in der Friedensbewegung.

Zustimmung zur Stationierung von Pershing II-Raketen und Marschflugkörpern in Mittel europa zurückzuziehen und damit den Weg zu öffnen für einen umfassenden Abrüstungsprozeß in Ost und West mit dem Ziel eines atomwaffenfreien Europas.



Aus: „Hiroshima — Nagasaki — Bildchronik“

• Wir fordern die Bundesregierung auf, jegliche Planung für ein Notstandsgesetz im Gesundheitswesen und begleitende gesetzliche Maßnahmen aufzugeben.

• Wir fordern die Länderregierungen auf, jegliche Ausweitung der zivilen KatastrophenSchutzgesetze für den Kriegsfall zu unterlassen.

• Wir fordern Behörden, Ärztekammern und andere Berufsvertretungen, Hilfsorganisationen und alle übrigen Institutionen auf, die Planung und Durchführung von Übungen und Maßnahmen einzustellen, die auf einen Krieg vorbereiten.

• Insbesondere fordern wir die Bundesregierung auf, die

• Wir fordern Behörden, Ärztekammern und andere Berufsvertretungen, Hilfsorganisationen und alle übrigen Institutionen auf, die Planung und Durchführung von Übungen und Maßnahmen einzustellen, die auf einen Krieg vorbereiten.

• Insbesondere fordern wir die Bundesregierung auf, die

• Insbesondere fordern wir die Bundesregierung auf