

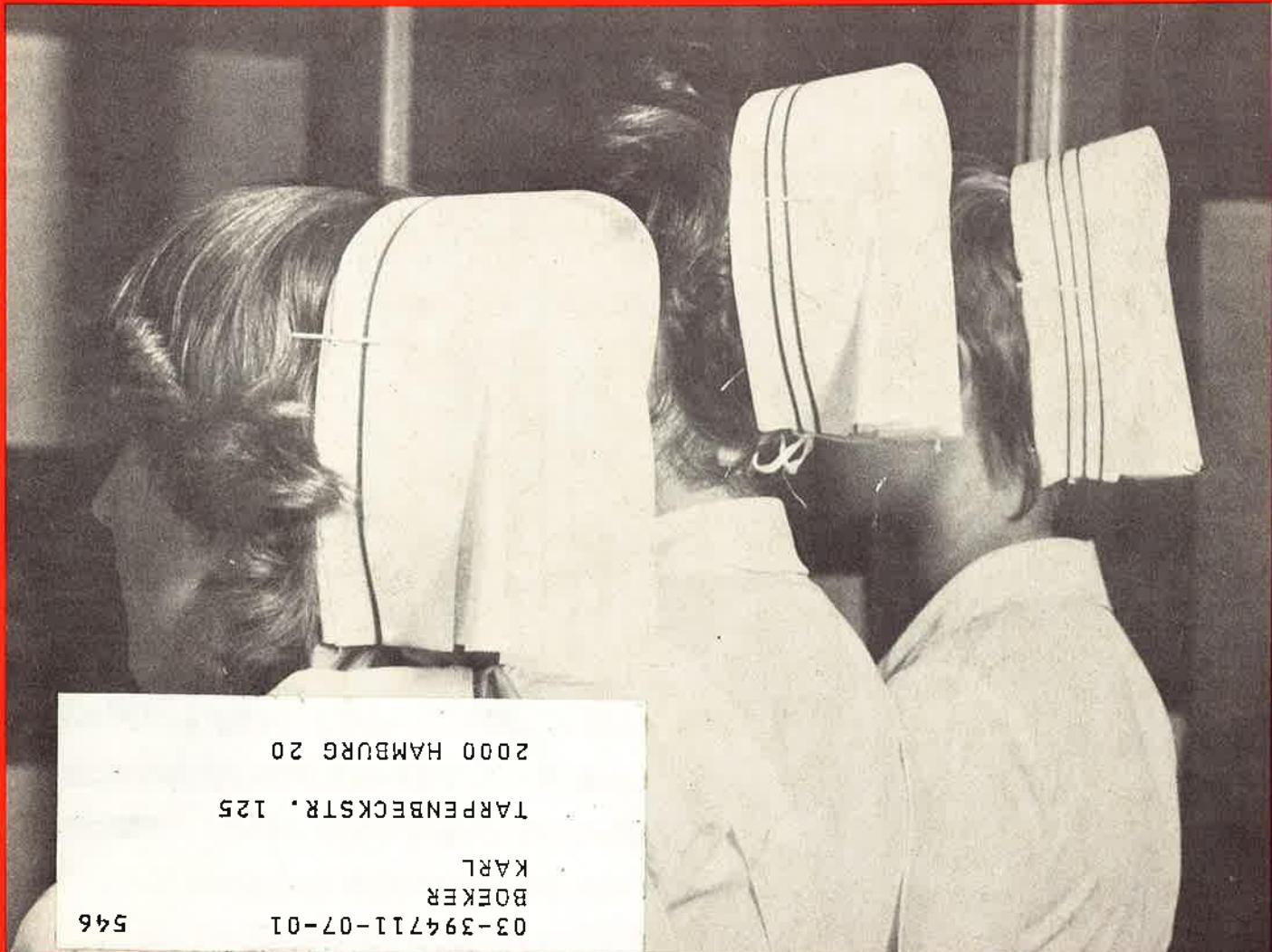
Abo-Preis DM 4,50 Einzelverkaufspreis DM 6,— Mai/Juni 1982

G 2961 F

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN



ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



2000 HAMBURG 20

TARPENBECKSTR. 125

KARL

BOEKER

03-394711-07-01

546

Die Anzahl der Streifen am Häubchen der Schwesternschülerinnen und an den Kragenecken der Kitteljacken der Krankenpflegeschüler geben auf einen Blick Auskunft darüber, in welchem Ausbildungsjahr sie sich befinden

Aus: Die Schwester, der Pfleger, Okt. 79

3/82

Ausbildung:

Krankenpflege-, Arzthelferinnen
Ärzte

Neues Krankenpflegegesetz

Versicherungsagenten

Psychiatrie Bedburg

Krankschreiben – aber wie?

der kommentar



Eine bessere Ausbildung ist machbar!

von Peter Liebermann

Beim Lesen von Berichten über die Ausbildung fällt auf, wie wenig sich doch in den letzten Jahren geändert hat. Klagen über mangelnde Ausbildung kommen von Krankenpflegepersonal, Arzthelferinnen oder Medizinstudenten.

Zwar ist es gelungen Rahmenbedingungen zu verbessern, aber an den Inhalten ist nur sehr wenig gerüttelt worden. Als Folge davon werden die inhaltlichen Diskussionen spärlich geführt, statt dessen beschränkt man sich auf das Aufstellen formaler Forderungen: Anwendung des Berufsbildungsgesetzes oder das Eintreten für eine 18 %-Gleitklausel bei den Medizinstudenten.

Liegen aber inhaltliche Konzepte vor für ein Lernen in Zusammenhängen, für eine patientenorientierte Ausbildung oder eines gemeinsamen Grundbildungsjahres aller Berufe im Gesundheitswesen vor, erinnert sei an die gesundheitspolitischen Perspektiven der ÖTV, des Berufsgrundbildungsjahrmodells des Oberstufenkolleg Bielefeld, der in den letzten 15 Jahren entwickelten Modelle zur Änderung des Medizinstudiums – so lassen sie sich nicht umsetzen oder werden nach kurzer Zeit wieder eingestellt.

Dies hat mehrere Ursachen:

Der fehlende Erfolg bei der Durchsetzung frustriert sehr viele. Man zieht sich zurück oder verlagert seine Aktivitäten auf erfolgversprechendere Arbeit: Friedensinitiativen, Amnesty International, Aktivitäten für Nicaragua, El Salvador oder Polen. Es geht nicht darum, die Nützlichkeit dieses Engagements zu bestreiten, nur solange nicht versucht wird, die Situation, in der man sich konkret befindet zu verändern, werden die Kräfte, die auf Beibehaltung der Verhältnisse beharren oder sie in ihrem Sinne verändern wollen die Oberhand behalten.

Die Ausbildungsdiskussion wird nicht breit genug geführt. Die riesigen Mengen an Papieren, die produziert wurden bleiben auf einen kleinen Kreis beschränkt. So ist es erschreckend festzustellen, daß nach all den Jahren, immerhin stammen die ÖTV-Perspektiven aus dem Jahre 1977, viele Gewerkschaftsfunktionäre

näre ihren Inhalt nicht kennen. Daher ist es auch nicht verwunderlich, wenn die „Basis“ erst recht nicht darüber informiert ist.

Das gleiche gilt für die Durchsetzung des Manteltarifvertrages für Auszubildende im Gesundheitswesen oder der Diskussionen, die sich im Bereich der Fachtagung Medizin des VDS abspielen. Die Inhalte und Forderungen müssen erst einmal, aber dieses bald und verstärkt, unter den Betroffenen diskutiert werden.

Ausbildung kostet Geld, das ist unbestritten. Im Zuge der Finanzknappheit werden auch im Ausbildungsbereich Mittel gestrichen. Daß dies aber nicht durchgängig ist, beweist die Tatsache, daß im Rahmen der Approbationsänderung für die Einführung von mündlichen Prüfungen Mittel zur Verfügung gestellt werden. Entscheidend ist also die Effektivität, die Staat und Ausbildungsträger sich von der Ausbildung versprechen. Daß eine bessere Ausbildung auch volkswirtschaftlich sinnvoll sein kann, beweist das Prognos-Institut in seinem Gutachten „Soziale Dienstleistungen als Träger potentiellen Wachstums und ihr Beitrag zum Abbau der längerfristigen Arbeitslosigkeit“ für das Bundesministerium für Arbeit. Als ein Ergebnis wird festgehalten, daß „die Ausbildung von Fachkräften der sozialen Dienstleistungen nach einem ganzheitlichen Konzept in die praktische Arbeit einzubeziehen und an den Erfordernissen des sozialen Lernens zu orientieren“ ist.

Hier muß der DGB sich auch fragen lassen, inwieweit er bereit ist seine Möglichkeiten im Rahmen der Selbstverwaltungsorgane zu nutzen und nicht nur quantitative, sondern auch qualitative Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Viele Ausbildungsforderungen rütteln an der Struktur des Gesundheitswesens. Es ist sicherlich nicht möglich eine Ausbildung durchzusetzen, die nicht systemimmanent ist. Dennoch lassen sich viele Veränderungen erzielen, wenn die entsprechende Unterstützung da ist, denn der Spielraum für Veränderungen ist verschiebbar. Das bedeutet aber, daß man die Auseinandersetzung um eine bessere Ausbildung als kontinuierlich und langfristig begreifen muß.

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Redaktion:

Gesundheitsversorgung: Detlev Uhlenbrock, Peter Walger; Arbeits- und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch, Gregor Weinrich; Umwelt: Uwe Schmitz; Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Mathias Albrecht, Peter Liebermann; Demokratie und Gesundheitswesen: Willi Farwick, Ulli Menges; Pharma- und Geräteindustrie: Harald Kamps; Ausbildung: Edi Erken, Gabriele Buchczik; Krankenpflege: Michael Roitzsch; Frauenproblematik: Ulla Funke, Unni Kristiansen-Kamps; Internationales Gesundheitswesen: 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 Redaktion 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 101 041, 4100 Duisburg 1.

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

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Ulrich 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 106522 38 (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.

Redaktions- und Anzeigenschluß für Nr. 4/82: 8. 6. 1982, Auflage 5000 Graphik: Christian Paulsen, Titelfoto: aus: Die Schwester/Der Pfleger, Okt. 79 Lay-out: Edi Erken, Helmut Copak, Helmut Koch, Peter Liebermann, Detlev Uhlenbrock Satz und Druck: Druckerei und Verlag Locher GmbH, 5000 Köln 50.

JSSN: Nr. 0172-7091



In der Ausbildung der Gesundheitsberufe liegt vieles im Argen. Der Widerspruch zwischen Theorie und Praxis zeigt sich in den Pflegeberufen, bei den Arzthelferinnen wie auch in der Ärzteausbildung. Acht DG-Herausgeber und Redakteure berichten über ihr Studium.

Seite 8



Nach einem Selbstmordversuch wird eine Krankenschwester aus Bedburg-Hau in die Klinik eingeliefert. Was sie dabei als ehemalige Mitarbeiterin und nun Patientin erlebte, schildert ihr Erfahrungsbericht auf Seite 20.



Dr. Jörg Dietrich Hoppe

Da informierte der Vizepräsident der rhein. Ärztekammer über ein tolles Angebot der Colonia-Versicherung. In einem persönlichen Brief an die Ärzte in Nord-Rhein. Eine Information „für Gotteslohn“, „die dem strapazierten Geldbeutel vieler Ärzte zugute kommen sollte“ (Rhein. Ärzteblatt 7/82). Ob derselbe Vizepräsident ganz zufällig auch im Beirat der Colonia-Versicherung ist?

Seite 28

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE

3/82

Inhaltsverzeichnis:

Ausbildung

Mängel der Krankenpflegeausbildung

7

Kampf um die AO

8

Kommt das Studium der Krankenpflege

12

Krankenpflegeausbildung aus der Sicht der Unterrichtsschwester

14

Fortbildung bei der Caritas

15

Pro und Contra OP-Kataloge

16

Arzthelferin – Traumberuf oder Ausbeutung

17

Rheinische Akademie – Geschäft mit der Ausbildung

18

Offener Brief an Antje Huber

19

Psychiatrie

Psychiatrie in Italien

22

Pharma- und Geräteindustrie

Legalon gegen Umweltschmutz?

25

Profitinteressen contra Arzneimittelsicherheit

26

Standespolitik

Versicherungsagenten

28

Frau und Gesundheitswesen

Oh, diese Weiber

30

Gesundheitsversorgung

Krankschreiben – aber wie?

31

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

32

Kultur und Subkultur

Gibt es noch Hilfe für Susanne?

33

Dokumente

Krankenpflegegesetz

I

Thesen zur ärztlichen Weiterbildung

III

CDU-Entwurf „Gesundheitsschutzgesetz“

V

Dokumente zur fortschreitenden Militarisierung

VII

Rubriken

Leserbriefe

2

Aktuelles

4

Termine/Verschiedenes

6

Buchkritik

35

Kongreßberichte

37

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

Leser-Briefe

Apotheker gegen Kriegsmedizin

Liebe Kolleginnen und liebe Kollegen,

in dem „Referentenentwurf eines Gesetzes zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen eines Verteidigungsfall“ werden Apotheker neben anderen Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen direkt angesprochen – damit sind wir alle von dem Gesetz direkt betroffen.

Aufgrund massiver Kritik von etwa 2000 Ärzten (Hamburger Kongreß „Ärzte warnen vor dem Atomkrieg“) wurde dieser Referentenentwurf im Winter letzten Jahres zurückgezogen und mit einer Fortsetzung des Gesetzgebungsverfahrens muß gerechnet werden, das uns in „Katastrophen“ verfügbar macht. Mit einem „Gesetz zur Anpassung des Gesundheitswesens an besondere Anforderungen eines Verteidigungsfall“ soll der Zivilbevölkerung mögliche Sicherheit vorgaukelt und die Illusion von einem überlebaren Atomkrieg geschürt werden – zahlreiche Publikationen belegen, daß ein Schutz der Zivilbevölkerung gegen die Auswirkungen von Atombomben nicht möglich ist. (U.a. „Friedlich in die Katastrophe“, S. 488, Verlag 2001 bzw. „Die Überlebenden werden die Toten beneiden“, zu beziehen über die Hamburger Ärzteinrichtung c/o Inge Peters-Parow, Arnimstr. 9, 2000 Hamburg 52).

DIE ÜBERLEBENDEN WERDEN DIE TOTEN BENEIDEN

Ärzte warnen vor dem Atomkrieg



Speziell die für Apotheken vorgesehenen Maßnahmen (Zwangsbildung mit Nachweis über die Teilnahme, Plan für die Fortbildung durch die ABDA, Zuweisung einer Apotheke im Verteidigungsfall, Herstellung von Arzneimitteln u.v.a.) sind völlig sinnlos. Die einzige sinnvolle Maßnahme ist in diesem Zusammenhang, sich über das Gesetzgebungsverfahren zu informieren bzw. sich gemeinsam mit anderen Betroffenen einem „Gesundheitssicherstellungsgesetz“ zu verweigern.

Ulrike Hedrich vom Vorstand der BVA Landesgruppe Bremen

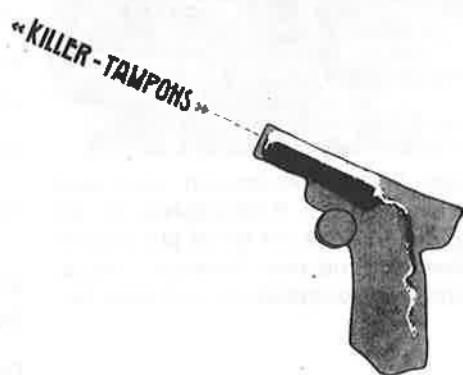
Killertampons

Liebe Freunde!

Ich habe nun seit Sommer 81 das „DG“ abonniert und wollte Euch schon lange einmal schreiben, komme aber leider erst jetzt in den Semesterferien dazu. Zuerst mal möchte ich Euch Mut machen: Ihr seid gut und das in einem Sektor, wo gute Zeitschriften noch Mangelware sind. Macht weiter sol Euer Psychiatrie-Heft habe ich erhalten, als ich gerade mein Krankenpflegepraktikum in einer geronto-psychiatrischen Frauenabteilung absolvierte. Ich kam zu spät ins Krankenhaus, weil ich in der Mittagspause, als ich zu Hause meine Post holte, mich so in dieser, meiner ersten DG-Ausgabe festgelesen hatte. Auch Eure neueste Ausgabe zum Thema Gesundheitssicherstellungsgesetz ist für mich als Aktive in der Friedensbewegung eine sehr wichtige Informationsquelle. Doch nun hätte ich auch noch zwei Fragen bzw. bitten an Euch: 1. Euer „Tampon-Killer“-Artikel hat mich doch sehr verunsichert. Ich benutze seit Jahren Tampons (Marke „Tampax“) als sog. „Monatsenschutz“ und dies ohne jegliche Probleme. Ich möchte dies auch nicht mehr missen und zu den wesentlich unpraktischeren, umständlichen, unbequemeren und m.E. auch unhygienischeren Binden zurückkehren müssen. Deshalb meine Frage: inwieweit sind auch mit der Benutzung seit Jahren gut verträgliche Tampons Gefahren verbunden?

2. Ich hätte die Bitte an Euch, künftig auch mehr über Probleme und Neuerungen in der Medizinstudentenausbildung zu berichten. Schließlich würde ich mich noch dazu zur Verfügung stellen, als Kontaktadresse ins DG aufgenommen zu werden. Ich werde zwar kaum zu Euren Redaktionssitzungen fahren können, aber vielleicht doch – da im Rahmen Mittelfranken noch keine Kontaktperson existiert – Ansprechpartner für Leser in diesem Raum sein können.

Mit freundlichen Grüßen
Birgitta Eschenbacher, Ansbach



Ja, so weit heute bekannt ist, kann das Toxische Schock-Syndrom bei jeder Frau auftreten, die einen Tampon – egal welche Handelsmarke – benutzt. Einige notwendige Voraussetzung scheint das Vorkommen von *Staphylococcus Aureus* in der Vaginalschleimhaut zu sein. Die Angaben über die Häufigkeit des TSS sind sehr unterschiedlich. 15–20% aller Frauen haben die krankheitsfördernden Bakterien in ihrer Scheide, und es wird damit gerechnet, daß in einem Jahr 1 von etwa 10 000 Frauen an dem TSS erkrankt. Solange Tampons noch im Handel sind, muß jede Frau das Risiko gegenüber dem Nutzen selber abwägen.

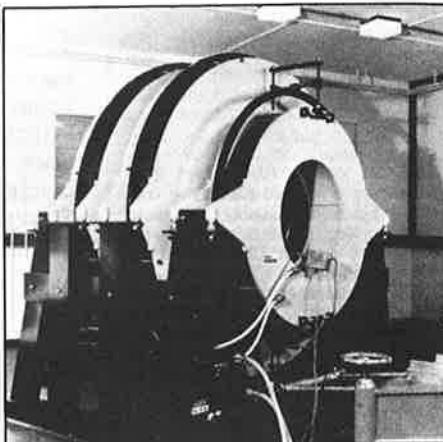
Unni Kristiansen-Kamps
für die Redaktion

Medizin und Technik

Liebe Redaktion!

Zu dem Artikel von Andreas Zieger im DG 6/81, S. 8 bis 13 möchte ich aufgrund der Leserbriefdiskussion im DG 2/82, S. 2 und dem dort formulierten Begehr, „doch noch dazulernen“ zu wollen, folgendes sagen: dem Mann kann geholfen werden. Er bräuchte nur die von ihm zitierte Literatur zu lesen, um zu merken, daß Emissions-Computertomographie und Kernspin-Computertomographie soviel miteinander gemein haben wie Uran und Urin.

„Bei der Kernspin-Computertomographie handelt es sich“ beide nicht „um ein diagnostisches Verfahren aus der Nuklearmedizin“, ganz im Gegenteil wird hierbei völlig auf Injektionen von Radionukliden oder äußere Applikation von ionisierender Strahlung verzichtet. Das Gerät erzeugt auch keine „Positronen“, sondern mißt die magnetischen Eigenschaften von Wasserstoffprotonen in Körperzellen. Um das Funktionsprinzip dieser Methode zu verstehen, bedarf es keiner „praktischen Erfahrungen im Umgang mit dem ... Tomographen“ (Zieger), die ihm auch gar nicht zugemutet werden kann, sondern es bedürfte nur einiger beschleuniger Kenntnisse des elektromagnetischen Grundgesetzes und der (Atom-)Kernphysik:



Bausteine von Zellen sind Atome, deren massive Kerne diverse elektrische Ladungsträger enthalten, die bei ungerader Anzahl, eine Eigenrotation bedingen, eben den Kernspin (von Atomen der Zellen). Rotierende elektrische Ladungsträger (Protonen) bilden einen Ringstrom, der von einem senkrecht zu seiner Flussrichtung wirkenden Magnetfeld umgeben ist (von Hans Christian Ørsted 1820 erkannt und seither in jedem Lehrbuch der Physik nachzulesen). Man kann Atomkerne mit Spin als Elementarmagnete auffassen, deren Richtung normalerweise ungeordnet ist. Bringt man ein Körperteil jedoch in ein hinreichend starkes magnetisches Feld, so kann man das Ensemble der magnetischen Kernmomente seiner Protonen parallel ausrichten (abgesehen von der thermischen Bewegung, die zur antiparallelen Einstellung führt).

Lenkt man nun noch die durch das magnetische Feld gleichgeschalteten magnetischen Kernmomente durch das Hochfrequenzfeld einer Spule aus, so entsteht eine Rückdrehkraft, welche die ausgelenkte Kernmagnetisierung gegen die Trägheit des Drehimpulses in die feldparallele Lage zurückzudrehen bestrebt ist. Schaltet man das Hochfrequenzfeld dann wieder ab, so kehren die magnetischen Kernmomente in Abhängigkeit von der sich widersetzen Trägheit in die feldparallele Lage zurück. Die zeitliche Auftrennung des Relaxationsprozesses wird wiederum in der Spule durch Auftreten eines Induktionsstromes gemessen, der aufgrund der Richtungsänderung des relaxierenden Magnetfeldes erzeugt wird. Unterschiedliche Relaxationszeiten verschiedener Gewebe lassen eventuell auch Tumoren differenzieren bzw. lokalisieren. Dabei wird die Bildgebung durch einen Computer gewährleistet, der die Meßtechnik, -geometrie und -zeit vereinfacht bzw. verkürzt.

Die etwas dröge Darstellung des Sachverhaltes schien mir nötig, um die Einsichtsfähigkeit zu fördern, dem Kollegen Zieger ist keinesfalls, wie er womöglich selbst wähnt, außerhalb seiner als zutreffend verteidigten „Globaleinschätzung“ – also vielleicht bei einem unwesentlichen Detail „dieser Technologie“ – „ein Fehler unterlaufen“, sondern tatsächlich „totaler Blödsinn“ (Schadel). Im übrigen kann man bezweifeln, ob solch ein Artikel „den Ruf der Zeitschrift ruinieren“, weil doch offensichtlich die darin geäußerte Meinung mit einer sachlichen Beurteilungsgrundlage soviel gemein hat, wie Marx mit Murks. Bloß, ob das außer dem Kollegen Schadel gleich jeder bemerk? Die Redaktion anscheinend nicht?

Detlef Arndt

Leser-Briefe

Betr.: Werbefaltblatt

Liebe DG-Redaktion,

ich will Euch ein paar Zeilen zu Eurem neuen Werbefaltblatt und zu der Rubrik „in eigener Sache“ (DG 1/2/82) schreiben:

Gut finde ich, daß Ihr jetzt auch Kontakte in Städten außerhalb des Ruhrgebietes angebt. Unklar bleibt aber, welche Stellung diese Leute innerhalb Eures Redaktionskonzepts haben; gibt es für diese DG-Initiativen echte Mitsprache-Rechte an Inhalt und Form des DG oder soll es sich nur um Zuarbeiter und Weiterverkäufer handeln, was sich aus dem letzten Abschnitt der Rubrik „Kontaktadressen“ nicht klar herauslesen läßt?

Daß Ihr in Eurem Faltblatt betont: „DG – wird nicht von der Pharma-Industrie bezahlt, sondern von seinen Abonnenten“ ist schon fast peinlich. Für wie dumm hält Ihr die Leser eigentlich, bzw. andersherum: welcher Leser/in glaubt denn im Ernst Ihr bezieht Euer Geld direkt von Schering und Merck? Das ist etwa so, als würde das Deutsche Ärzteblatt mit dem Spruch werben: „DA – wird nicht von Moskau bezahlt!“

Ähnlicher Unsinn ist mir bei der Rubrik „Inserate“ aufgefallen: zuerst betont Ulli, daß er trotz aller Bemühungen bei Buchverlagen etc. keine Anzeigen erhalten hat, um dann darauf zu kommen, daß die mangelnde finanzielle Absicherung des DG auch daran liegen könnte, daß Ihr Anzeigen der Pharmaindustrie ablehnt. Abgesehen davon, daß diese Euch bestimmt keine geben würde, wird hier doch das Pferd von hinten aufgezäumt, denn, daß von Ciba-Gelgy, Hoechst oder Reemtsma Anzeigen im DG erscheinen, wollen und erwarten weder die Leser noch Ihr. Also was soll das Gejammer und die erneute Betonung, daß Ihr was gegen die Pharmaindustrie habt?

Wo ich gerade bei der Werbung bin, noch was zu der geplanten Anzeige im Deutschen Ärzteblatt und in „Die Schwester – Der Pfleger“: Ich denke, daß diese Art, Werbung zu betreiben der falsche Weg ist. Warum versucht Ihr nicht über einen verstärkten Handverkauf oder Inserate in linken Zeitungen an neue Leser ranzukommen, warum schiebt Ihr das Spendengeld Eurer Leser den Reaktionären in den Rachen? Weil wir dort mehr Interessenten erreichen, werdet Ihr antworten und dies ist sicher richtig; nur der Weg von unten (Handverkauf / linke Buchläden / Anzeigen in Stadtzeitungen etc.) erscheint mir ehrlicher, obgleich mühsamer. Um den Handverkauf zu steigern, müßtet Ihr wahrscheinlich von dem hohen Einzelpreis von 6 Mark runterkommen, wie dies möglich ist, kann ich leider auch nicht verraten; ich vermute aber, daß die hohen Kosten (35 000 DM Eigenzuschuß für 1981!) auch dadurch zustandekommen, daß Ihr große Teile Eurer Arbeit an einen Verlag abgegeben habt. Wie anders ist sonst zu erklären, daß Eure Konkurrenz der „Dr. Mabuse“ (der meines Wissens den ganzen Vertriebsbereich noch selbst macht) bei 10 Seiten mehr Umfang, um 4 DM! billiger als Ihr ist?

Bei all der Kritik noch ein Lob am Schluß: Ich fand's gut, daß Ihr ab 1982 den farbigen Innenteil weggelassen habt und begrüße auch die Einrichtung der überregionalen Arbeitstagungen.

Vielleicht könnt Ihr den Brief im nächsten DG abdrucken, damit sich auch über solche – nicht nur – technischen Dinge eine Leserdiskussion entwickelt.

Viel Spaß bei der weiteren Arbeit:

Gudrun Schotten

Betr.: Pharmawerbung

Liebe Freunde,

obwohl ich Eure Zeitung informativ und wichtig finde und sich einiges positiv geändert hat (breitere inhaltliche Berichterstattung, kein Glanzpapier mehr, neue Kontaktadressen etc. . .) ist mir immer wieder Eure idiotische Betonung, daß Ihr keine Pharmawerbung im DG habt, aufgefallen. Stand dieser, von niemand erwartete Unsinn meist unter „Interna“, so traf mich bei der neuen Nummer der Schlag, als ich das Wiesel auf dem Titelbild sah mit dem Spruch: „Ohne Pharmawerbung“. Sagt mal ehrlich: Welche/r DG-Leser/in erwartet denn, daß Ihr Werbung für die Pharma-Konzerne bringt (abgesehen davon, daß ihre keine kriegen würdet)??? Ich komme mir bei sowas reichlich verarscht vor!

Ähnlich geht es mir bei Eurem weinerlichen Ton, wenn es um die DG-Finanzen geht: Jammert nicht über die

nicht vorhandenen Inserate (schon gar nicht mit der Begründung, Ihr würdet keine kriegen, weil Ihr ein linkes Blatt seid, denn den kapitalistischen Managern und Werbefritzen ist es ziemlich gleichgültig, bei wem sie inserieren, Hauptsache, sie können ihren Umsatz steigern, wenn Ihr 'ne Auflage von 50 000 hättest, würde Thieme nicht zögern, bei Euch zu inserieren) sondern überlegt lieber, wo Ihr selbst was sparen könnt (Druck, Vertrieb . . .), wobei ich den Weg über Inserate in reaktionären Zeitungen wie dem Deutschen Ärzteblatt für grundweg falsch halte und froh bin, daß für diesen Unsinn nur 40 DM gespendet wurden. Warum inseriert Ihr nicht in Fachzeitschriften, linken Tages- und Wochenzeitungen usw., verschickt Euer Faltblatt an interessierte Leute aus dem Gesundheitswesen; versucht also erst mal klein anzufangen und nicht gleich mit teuren Inseraten im Deutschen Ärzteblatt zu klotzen.

In der Hoffnung, daß meine Kritik auf fruchtbaren Boden fällt, grüße ich und wünsche viel Spaß beim Zeitungsmachen.

Niko Michel

Klebt der Pharmaindustrie . . .

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

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

Portokosten sind im Preis inbegriffen. Bestellungen (Geldscheine oder Verrechnungsscheck) an:

Ulli Raupp
Spyckstraße 61
4190 Kleve

. . . einen!



Sonderangebot alter DG-Hefte:

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

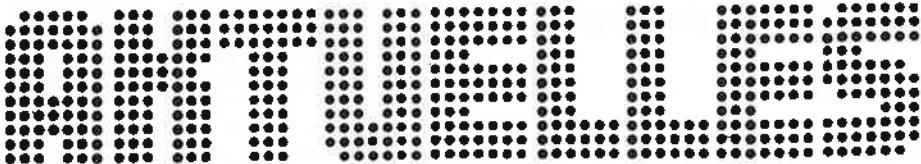
**10 Hefte nach Wahl (1/79–6/81) für DM 20,—
(+ 2,30 DM Porto)**

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

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

Bestellungen nur gegen Vorkasse und Portobelag!

Demokratisches Gesundheitswesen, Postfach 101 041, 4100 Duisburg



Kurz notiert:

Memorandum '82: Alternativen zur Finanzkrise der Sozialpolitik

In ihrem Ende April vorgelegten Memorandum '82 legt die Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik einen Schwerpunkt auf die aktuelle und grundsätzliche sozial- und gesundheitspolitische Situation. Politische Alternativen zur angeblich „alternativlosen“ Politik der Herrschenden werden entwickelt.

Kontakt: Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik, Postfach 2249, 3550 Marburg, Preis: 5,— DM

Unternehmer: Krankheit ist wie Diebstahl

Der Geschäftsführer einer Soester Heizungsbau-Firma im Originalton an die Auszubildenden des Betriebes: „Bedenke, daß jeder Tag ungerechtfertigter Lohnfortzahlung genauso schlimm ist, als wenn Du im Supermarkt eine Ware kläust.“ Das berichtet Metall in seiner März-Nummer '82. DG rät: Einfach Selbstjustiz üben wie beim Ladenklau – 50,— DM Lohnabzug pro Krankheitstag!

Berufs- und Arbeitspsychologen herhören!

Am 20.3.82 wurde ein Verband für Berufs- und Arbeitspsychologie vor allem von Psychologen aus dem Bereich der Bundesanstalt für Arbeit gegründet. „Zentrales Moment des Zusammenschlusses ist die Sorge über die wachsende seelische Not der Arbeitssuchenden.“

Kontakt: Karl Laufs, Roonstr. 36, 4690 Herne 1, Tel. (023 23) 8 3076

Arbeitgeberverband: Anspruchsdenken zurückzuschrauben

Dies hat die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) erneut in „Leitlinien für die soziale Sicherung unter veränderten wirtschaftlichen, sozialen und demographischen Bedingungen“ veröffentlicht.

Kernsatz: „... das Anspruchsdenken zurückzuschrauben und die Eigenverantwortung für die Lebensrisiken zu stärken.“

Bezug: Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), Gustav-Heinemann-Ufer 72, 5000 Köln 51

„Pillologie oder: Hippokrates läuft Amok“

lautet der Titel eines Stücks, das das schweizerische Puppentheater VAGABU spielt. „Pillologie“ ist eine Satire auf die neueste Ludmil-Werbekampagne der Ciba-Geigy. VAGABU ist ein Baseler Wandertheater. Kontakt: Christian und Maya Schuppli-Delpy Ob. Wenkenhofstr. 29, CH-4125 Riehen, Tel. (061) 4972 57

Chile: im neunten Jahr der Pinochet-Diktatur

In seinem März-Info geht MEDICO INTERNATIONAL besonders auch auf die Lage in Chile ein. Der Ausbau des Gesundheitswesens unter Präsident Allende war nach dem Putsch rigoros in sein Gegenteil verkehrt worden. „Die Gesundheit ist keineswegs ein Geschenk, sondern ein Gut, das von der Bevölkerung erst erworben werden muß“, meinte der erste Gesundheitsminister unter Pinochet. Ein Fünftel der chilenischen Kinder wird wegen Unterernährung bleibende Schäden zurück behalten.

Kontakt: MEDICO INTERNATIONAL, Hanauer Landstr. 147–149, 6000 Frankfurt/Main 1, Tel. (0611) 49 03 50

Broschüre Selbsthilfegruppen erschienen

Informationen über Selbsthilfegruppen und ihre Arbeit enthält eine Broschüre der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, die von Prof. Lukas Moeller erarbeitet wurde. Eigene Erfahrungen in der Arbeit von Selbsthilfegruppen gingen ebenfalls in die Broschüre ein. Sie ist für Angehörige von Berufen gedacht, „die mit der Selbsthilfeproblematik konfrontiert sind, über sie berichten oder auch mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten“.

Sie trägt den Titel „REDEN UND HANDELN – Selbsthilfegruppen eine Chance für jeden“. Bezug auch in größeren Mengen über:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, Friedrichstr. 28, 6300 Gießen, Tel. (0641) 702-2478

CDU will PKV-Praktiken bei gesetzlichen Kassen

In einer kleinen Anfrage wollten CDU-MdB's wissen, warum die Bundesregierung entsprechend einem Urteil des Bundessozialgerichts vom 9. Sept. 1981 nicht der Einführung von Kostenerstattungsregelungen bei den gesetzlichen Krankenkassen zustimmen wolle. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beantwortete die Frage am 8.4.82 im Kern folgendermaßen: Das Bundesministerium hat die mit (dem Urteil, d.V.) aufgeworfenen Fragen mit den Aufsichtsbehörden erörtert. Nach seiner Auffassung würde die Einführung von Kostenerstattung durch die RVO-Kassen eine grundlegende Änderung im System der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen... Durch die Einführung der Kostenerstattung würde die Umwandlung der gesetzlichen Krankenversicherung in eine „Krankheitskostenversicherung“, wie sie für die private Krankenversicherung typisch ist, in die Wege geleitet.“ (Bundestags-Drs. 9/1566).

Weiter festlegen will sich die Bundesregierung jedoch nicht, vielmehr sei eine gesetzliche Regelung erforderlich, die bei der Regelung der gesetzlichen Krankenversicherung im Sozialgesetzbuch angestrebt werde.

DGB Rheinland-Pfalz: Klage gegen Giftgas

Der DGB Rheinland-Pfalz will Klage beim Bundesverfassungsgericht gegen die Lagerung von US-Giftgas erheben. Der DGB klagte den zynischen Umgang mit Leben und Gesundheit der Bevölkerung sowie den Verstoß gegen die im Grundgesetz niedergelegte Verpflichtung zum Frieden. Versuche des DGB-Landesvorsitzenden Julius Lehbach, Informationen über den genauen Umfang der Lager an Nervengasmunition und anderen Kampfstoffen zu erhalten, waren an der undurchdringlichen „Geheimhaltungsmauer“ in Bonn gescheitert. Nach Informationen des Fernsehmagazins „Monitor“ lagern in der Westpfalz 2000 Tonnen Nervengas – genug um Milliarden von Menschen zu vernichten.

Ärzte in Guatemala – Opfer der Todeschwadrone

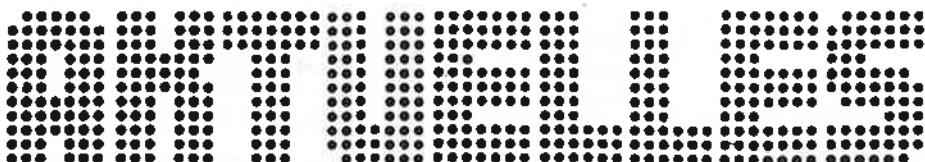
Der Arbeitskreis Ärzte-Psychologen von Amnesty International machte kürzlich auf die Situation von Ärzten, Krankenschwestern und Pflegern in Guatemala aufmerksam, die Verfolgungen wegen ihrer medizinischen Hilfeleistungen für Opfer von Kämpfern zwischen Regierungseinheiten und Aufständischen ausgesetzt sind. Innerhalb von 6 Monaten wurden 14 in medizinischen Berufen Tätige ermordet. So ist der Arzt Sanchez Castillo aus dem National-Hospital von Amatitan seit dem 13.8.1981 verschwunden. Wenige Tage nach seiner Entführung wurde sein Leichnam mit Schußwunden und Folterspuren gefunden. Es besteht der dringende Verdacht, daß von der Regierung beauftragte oder geduldete paramilitärische Gruppen – Todesschwadrone genannt – für diese Greueltaten verantwortlich sind.

USA: Tuberkulose kein rein medizinisches Problem

100 Jahre nach der Entdeckung des Tuberkelbazillus durch Robert Koch wird am Beispiel der USA neu bestätigt, daß die Tuberkulose ihre Ursachen entscheidend in den sozialen Lebens- und Arbeitsbedingungen großer Bevölkerungsgruppen hat die Zeitschrift New England Journal of Medicine festgestellt: Amerikaner farbiger Hautfarbe erkranken fünfmal häufiger als Weiße; besonders gefährdet sind Indianer, mexikanische Emigranten und Wanderarbeiter. Amerikanische Epidemiologen bestätigen, daß die Krankheit mit rein medizinischen Mitteln nicht zu besiegen ist.

Luxemburg: Ärzte-Initiative gegen Atom-Krieg

Am 14. Mai fand auf Einladung einer luxemburgischen Ärzteinitiative eine öffentliche Veranstaltung über die medizinischen Auswirkungen eines Atomkrieges statt. Einladungen gingen nicht nur an luxemburgische Ärzte sondern auch an solche aus den Nachbarländern Frankreich und BRD sowie an 5000 europäische Beamte.



Verweildauer sinkt

Nach Angaben des statistischen Bundesamtes in Wiesbaden sank die durchschnittliche Verweildauer von 1979 auf 1980 von 20,1 auf 19,7 Tage (alle Krankenhäuser). Die Zahl der Krankenhausbetten ging im gleichen Jahr um 4345 zurück und betrug noch 701 710. Die durchschnittliche „Bettenauslastung“ betrug 84,9 % (1979: 84,5 %). In diesen Zahlen stecken u. a. 240 000 stationäre Behandlungen mehr als 1979. Die Gesamtzahl der Beschäftigten in Krankenhäusern stieg um 3,2 % auf 765 641 (Ärzte 9,5 %, Pflegekräfte 46 %, Wirtschaftspersonal 24,3 %, Verwaltung 7,3 %).

Niedersachsen: 500 Ausbildungsstellen im Krankenhaus gestrichen

Mitte April gab die Landeskrankenhausgesellschaft Niedersachsen bekannt, daß in diesem Bundesland aus Auswirkung der Kosten-dämpfungspolitik 500 von ca. 7800 Ausbildungspätzen im Krankenhaus gestrichen werden müßten.

Im gleichen Bundesland ist 1 Mrd. DM zur Sanierung der Krankenhäuser erforderlich, 150 Mio. werden jedoch nur im Landeshaushalt bereitgestellt; die Sanierung von ca. 50 Krankenhäusern wird sich deshalb über 10 Jahre erstrecken.

NRW: Fahrtmann will noch 8000 Betten abbauen

Nach einem Bericht von NRW-Sozialminister Fahrtmann sind seit 1975 100 Krankenhäuser von 540 geschlossen worden und damit 6800 Betten stillgelegt worden. Die Verweildauer im Allgemeinkrankenhaus sank im gleichen Zeitraum von 17 auf 15 Tage. Das reicht Fahrtmann (vgl. DG 1/79) offensichtlich nicht aus: Mit der Senkung der Verweildauer um einen weiteren Tag könnten noch einmal 8000 Betten stillgelegt werden. Denn schließlich habe 1979 ein Krankenhausbett von 100 Tagen durchschnittlich 20 Tage leer gestanden. Jetzt seien es nur noch 16 Tage, also sei der Nutzungsgrad von 80 auf 84 % gestiegen.

Bravo Herr Fahrtmann: Wie wäre es denn mit einer 100 %-Auslastung. Belegung der Krankenhäuser auch zu Ostern, Weihnachten und in der Ferienzeit. Das Milchmädchen läßt grüßen!

DKG: 12 500 Pflegekräfte und Ärzte fehlen in Krankenhäusern

In der April-Ausgabe der DKG-Zeitschrift „Das Krankenhaus“ teilt die Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft mit, daß gegenwärtig – 9423 Stellen im Pflegebereich und – 3163 Stellen im ärztlichen Bereich in Krankenhäusern nicht besetzt sind. Dabei sind in diesen Zahlen die Uni-Kliniken nicht mitgezählt. Der Großteil der Stellen fehlt in Allgemeinkrankenhäusern (6609/- 2401), jedoch ist die Situation in manchen Sonderkrankenhäusern ebenfalls miserabel: von 762 offenen ärztlichen Stellen in diesem Bereich fehlen allein 499 im Bereich Psychiatrie. Große Krankenhäuser mit über 650 Betten sind noch schlechter dran als der Durchschnitt, ein Drittel aller offenen Stellen entfällt auf diesen Bereich.

Fast überflüssig war die Erklärung von DKG-Hauptgeschäftsführer Müller, der erklärte, daß nur offene Stellen erfaßt worden seien, nicht jedoch der Fehlbedarf aufgelistet worden sei.

Erstes Behandlungszentrum für Gefolterte in Kopenhagen

Der freiwillige Fonds für die Opfer der Tortur der Vereinten Nationen finanziert ein Behandlungszentrum, das im Herbst nächsten Jahres in Kopenhagen, in Zusammenarbeit mit den Kopenhagener Universitätskliniken eröffnet werden wird. Die Vorarbeit für dieses Zentrum hat die dänische Ärztegruppe der Gefangenenhilfsorganisation Amnesty International (ai) geleistet. Sie begann 1974 mit systematischen Forschungen über die Folgen der Tortur an chilenischen Flüchtlingen. Die physischen Folgen der Folterungen sind wesentlich leichter zu heilen als die psychischen. Konzentrationsschwäche, Angst, Alpträume, Depressionen und unbewußte Ablehnung des eigenen Körpers sind die typischen Symptome. Ihre Heilung dauert etwa zehn mal länger als bei vergleichbaren Schäden, die nicht durch Folter hervorgerufen wurden.

Das Kopenhagener Zentrum will jährlich etwa 200 Patienten ambulant behandeln. Weitere Zentren sollen später in Paris, Toronto und Amsterdam entstehen.

Lohnfortzahlung: Unternehmer spielen verrückt

In der gegenwärtig laufenden Kampagne gegen die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall tun sich einige Unternehmer besonders hervor: Nach einem Bericht von „Metall“ verweigerte ein Bocholter Unternehmer Hulvershorn 3 kranken Arbeitern die gesetzlich vorgeschriebene Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, obwohl Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vorla-

gen. Der Unternehmer klagte über den angeblich zu hohen Krankenstand, und das bei krachvollen Auftragsbüchern. Unternehmer Hulvershorn im Originalton: „Wir haben Mißtrauen gegenüber den Ärzten“ und verwies auf ausreichende eigene medizinische Kenntnisse: „Wir kennen unsere Leute und können das ein bißchen beurteilen.“

Fazit von DG: Wen wundern diese Unverschämtheiten, wenn in Bonn höchstbezahlte Politiker ins gleiche Horn blasen?

Sexualpädagogik und Familienplanung

Zeitschrift der Pro Familia

Zum Kennenlernpreis von DM 10,- erhalten Sie den ganzen Jahrgang 1981 (5 Hefte). Themenschwerpunkte: Sexualpolitik, schulische und außerschulische Sexualerziehung, Kinderwunsch, Adoption, Empfän-nisverhütung, Schwangerschaftsab-bruch, Gesundheitspolitik.

Übrigens: Das Jahresabo 1982 kostet für 6 Ausgaben DM 33,-

An: Gerd J. Holtzmeyer Verlag, Weizenbleek 77, 3300 Braunschweig

Schicken Sie den Jahrgang 1981.



**Zehnmarkschein/Scheck
über 10,- DM liegt bei.**

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

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!

- 10.-13. Juni, Kiel
Mannheimerkreis-Tagung,
Thema: Verarmung und Psychiatrie

Anmeldung: Klaus Pramann,
Osterdeich 92 a, 28 Bremen 1

- 5.-8. 10. in Gütersloh
34. Gütersloher Fortbildungswoche
Anfragen: Dr. Klaus Dörner,
Westfälisches Landeskrankenhaus, Hermann-Simonstr. 7, 4830 Gütersloh,
Tel.: 0 52 41-50 22 10

- 29. 6.-2. 7. in Berlin
5. Bundeskongreß des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e.V.: „Schafft gute Gründe, keine Drogen zu nehmen!“
Info: DPWV Landesverband Berlin, Brandenburgische Str. 50, 1000 Berlin 31

- 31. August, Düsseldorf
Veranstaltung für gewerkschaftlich organisierte Unterrichtskräfte in Krankenpflegeschulen
Thema: Eingruppierung von Unterrichtspersonal, Neuregelung des Krankenpflegegesetzes
Anmeldung: Wilfried Kühle, ÖTV-Bezirksverwaltung NWI Friedrich-Ebert-Str. 34-38, 4000 Düsseldorf 1

Kleinanzeigen- markt/Stellen- anzeigen

Suche wegen körperlichem Leiden (M. Bechterew)
Halbtagsstelle
um genug Zeit für intensives aktives Angehen meiner Erkrankung zu haben. Mache im Oktober 1982 3. Staatsexamen Medizin. Freue mich über jedes Angebot, möglichst **Norddeutschland** (am liebsten Heimatstadt Bremen), ganz besonders über Angebote, die mir eine **Weiterbildung zum Allgemeinarzt** (Klinik, [Gemeinschafts-]Praxis) ermöglichen, auch gern Arbeit in Beratungsstellen. Tel.: (0541) 5 76 51.

Raum Steinhuder Meer:
Krankenschwester, Abitur, 3-j. Ausbildung an Uni Bonn, 3 Jahre Berufserfahrung in Intensivpf., Psych. und als Gemeindeschw., sucht ab 1/83 Tätigkeit in aufgeschlossener Praxis oder Station, wo ich meine Kenntnisse, Erf. und Bereitschaft zu eng. Arbeit effektiv einbringen kann.
Zuschriften unter Chiffre 2/3/82

Jede 3. Mark
die heutzutage verdient wird, geht für Versicherungsschutz drauf. Wer wissen will, was mit dem ganzen Geld passiert, wer davon profitiert und wer die Zache zu zahlen hat, der liest: **Versicherungen unter der Lupe** (DM 9,80). Prospekt anfordern bei: Ulrike Schmidt-Reble, Volmerswerther Str. 301, 4000 Düsseldorf 1.

Suche überschaubare Gemeinschaftspraxis Raum **Bremen**
(Kontakte, Assoziation, Neugründung, Einstieg). Bin 36, Arzt für Allgemeinmedizin, verh., 1 Kind. Chiffre 1/3/82.

Was ist bloß los?
Habt ihr schon alle Pharma-Kugelschreiber weggeworfen oder sind sie euch zu kostbar?
Ich brauche noch viele, viele Pharma-Kulis, Filzstifte etc. für meine Sammlung.
Ich möchte daraus Objekte, „Polit-Kunst“, Plastiken gegen Pharma-Werbung herstellen.
Bisher war das Echo auf meine Anzeige im letzten DG mager, habe erst 2 Kilo gesammelt.

Heft bitte mit, leert Schubladen und Kitteltaschen, sprecht Kollegen an.
Schickt die Kugelschreiber bitte an:
Felix Richter-Hebel
Neudorfer Str. 201
4100 Duisburg 1
Zum Dank gibt's 2 Aufkleber „Pharmawerbung – Nein Danke“ gratis.
Wir werden an dieser Stelle weiter über die Aktion berichten.

Zahnarzt für SILSCHEDE gesucht!
Kontakt: Rolf Kappel, Am Su-
sewind 29
5820 Gevelsberg-Silschede

Verschiedenes

Fachtagung vom 2.-4. Juni 1982 in Ulm

Staatlicher Eingriff und Selbstregulierungs- potentiale im Gesundheitswesen – zur Durchsetzung von Betroffeneninteressen –

THEMEN

Regelungsformen und Regelungsbedarf

Datenschutz im Gesundheitswesen – Zur „Steuerungsfunktion“ des Patienten- und Sozialgeheimnisses
Der Bedarf an Gesundheitsleistungen aus der Sicht der Interessenorganisationen der abhängig Beschäftigten
Einheit oder Vielfalt? – Das Problem der Beitragsgerechtigkeit im gegliederten System der Gesetzlichen Krankenversicherung

Folgen einer angebotsorientierten Gesundheitspolitik

Arzneimittelsicherheit zwischen staatlicher Kontrolle und privater Selbstregulierung
Medizintechnische Entwicklung und Versorgungsqualität
Der kostendeckende Pflegesatz – Kulminationspunkt widerstreitender Interessen in der stationären Versorgung
Die „Konzertierte Aktion“ im Gesundheitswesen

Alternative Formen der Organisation von Gesundheitsinteressen

Alternative Formen der Durchsetzung von Gesundheitsinteressen
Gesundheitspolitik als Differenzierung sozialer Kontrolle – Zur Sozialgeschichte von Professionalisierung und Selbstorganisation
Von der „Reform der psychosozialen Versorgung“ zur „Normalisierung“ von Rand- und Risikogruppen
Gibt es realistische Alternativen zu den vorhandenen psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen?

(Konzept und Organisation durch den DVPW-Arbeitskreis Gesundheits- und Sozialpolitik)

Das ausführliche Tagungsprogramm kann angefordert werden bei:
DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR POLITISCHE WISSENSCHAFT
Von-Melle-Park 15, 2000 Hamburg 13

Vereinigung Demokratische Zahnmedizin, Postfach 53, 3550 Marburg

„Kostendämpfung und/oder Strukturreform“ in der Zahnheilkunde?

Ihre Teilnahme haben zugesagt:

Herbert Brückner	Gesundheitssenator, Bremen
Alfred Schmidt	DGB-Bundesvorstand, Düsseldorf
Dr. H. Hey	Zahnarzt, Mitglied des Deutschen Arbeitskreises für Zahnheilkunde, München
Dr. W. Kirchhoff	Zahnarzt, Mitglied der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin, Marburg

Zeit: Samstag, 12. Juni 1982, Beginn 14.00 Uhr
Ort: DGB-Haus, Wilhelm-Leuschner-Str. 69 in 6000 Frankfurt 1, (Nähe HBF, Baseler Platz)

10. 6. in Bonn

Internationale Demonstration anlässlich des Nato-Gipfels: Aufstehen für den Frieden, den Widerstand verstärken/ Keine neuen Atomraketen in Europa!

Veranstalter: DFG/VK, BBU, ESG, BuKo, Initiative Frauen für den Frieden, VDS
Koordinierungsbüro „Friedensdemonstration 10. 6. in Bonn“ – Kaiserstr. 71, 5300 Bonn 1

Mängel der Krankenpflegeausbildung

Widersprüche zwischen Theorie und Praxis

von Angela Gräder

Im dreimonatigen Einführungsblock werden einem viele theoretischen Kenntnisse in der Grundpflege, Krankenbeobachtung, Hygiene usw. vermittelt. Kommt man dann nach dieser Zeit auf Station und möchte die neuworbenen Kenntnisse in der Praxis vertiefen, so stößt man schnell auf erhebliche Hindernisse.

Zum einen ist da der enorme Zeitdruck, unter dem man bei der Patientenversorgung steht. Ganzwaschung, Füttern und andere Verrichtungen müssen schnell gehen, da ja noch andere Patienten versorgt werden müssen und nicht genug Personal vorhanden ist. Unter dieser Hektik leidet auch der Patient, er fühlt sich nicht genug beachtet und mag auch gar keine Wünsche und Beschwerden mehr äußern oder höchstens sehr zaghaft, wie „Schwester, könnte ich wohl mal das Becken bekommen, aber nur wenn Sie Zeit haben, wenn Sie noch etwas anderes zu tun haben . . .?“ Wechselt man mal persönliche Worte mit einem Patienten, bekommt man schon bald ein schlechtes Gewissen, weil die Kollegen ja arbeiten und selber steht man nur herum. Dabei wird einem in der Krankenpflegeschule gelehrt, wie wichtig es ist, den Patienten auch als Mensch zu betrachten, auf seine persönlichen Nöte einzugehen und für sein körperliches und seelisches Wohlbefinden zu sorgen. Im Stationsbetrieb ist man schon froh, wenn wenigstens die Zeit vorhanden ist, für das körperliche Wohlbefinden eines Patienten zu sorgen. Auch fehlt die Zeit bei der praktischen Anleitung der Schüler auf Station, da zuerst die Routinearbeiten erledigt werden müssen. Außerdem fühlt sich fast niemand dafür zuständig, da die eigene Ausbildung zu lange her ist. So kommt es dazu, daß Schüler/Schüler ausbilden. Das examinierte Pflegepersonal weiß auch nicht, wie groß die theoretischen Kenntnisse der Schüler sind, hier ist eine mangelnde Zusammenarbeit von Schule und Station festzustellen. Auf der Station fehlen die Ansprechpartner für die Schule, umgekehrt sind die Unterrichtspfleger/schwestern auch überlastet, da in der Schule zu wenig Personal vorhanden ist, somit ist eine Unterrichtskraft mitunter für 30–40 Auszubildende zuständig (EG: Lehrer-Schüler-Verhältnis 1:15). Erscheinen Unterrichtskräfte zur praktischen Anleitung auf Station, ist das zwar ein Fortschritt, aber noch lange kein Grund zum Jubeln, es ist immer noch eine Ausnahme, bedingt durch die große Anzahl von Schülern. In dieser Ausnahmesituation fühlt man sich als Schüler (und sogar als examinierte Pflegekraft) eher kontrolliert als angeleitet.

Deshalb werden Praxisanleiter gebraucht, die durchaus im Stationsbetrieb mit eingegliedert sein sollten, aber hauptsächlich für die praktische Ausbildung der Schüler zuständig sind. Für diese Praxianleiter müßten Fortbildungsmöglichkeiten bestehen, die sie in regelmäßigen Abständen besuchen könnten. Auch ein ständiger Kontakt zur Krankenpflegeschule wäre wünschenswert, damit die praktische und theoretische Ausbildung besser koordiniert werden kann. Für diese Praxianleiter müßten zusätzliche Planstellen geschaffen werden, ebenso sollten Schüler ganz vom Stellenplan gestrichen werden. Auszubildende werden zwar im Verhältnis vier zu eins auf die Planstellen angerechnet, aber auf den Stationen notgedrungen als volle Arbeitskräfte eingesetzt.



Diese Widersprüche von Theorie und Praxis führen dazu, daß viele Auszubildende nach dem Examen aus dem Beruf aussteigen, umschulen, zu Hause bleiben, studieren, Abitur nachmachen oder Fachausbildungen absolvieren. Abschreckend ist auch die Tatsache, daß auf vielen Stationen keine Teamarbeit zu finden ist. Hierzu wäre es notwendig, daß Arbeits- und Organisationsbesprechungen stattfinden und die Pflege sinnvoll geplant wird, dafür fehlt es wiederum an Zeit. Die Realität sieht sogar so aus, daß man nicht nur kein Miteinander-, sondern ein Gegeneinanderarbeiten vorfindet.

Aus diesen Gründen verlieren viele Schüler schon im ersten Ausbildungsjahr ihre Illusionen über den erwählten Beruf, Auszubildende werden eben häufig nur als billige Arbeitskraft angesehen. Scheinbar denkt man nicht daran, daß man ohne eine gute Ausbildung später auch keine qualifizierte Arbeit leisten kann.

WECHSELWIRKUNG

Zeitschrift

für
TECHNIK NATURWISSENSCHAFT
GESELLSCHAFT



WECHSELWIRKUNG berichtet über politische Aktivitäten im naturwissenschaftlich-technischen Bereich, Gewerkschaftsarbeit und soziale Konflikte.

WECHSELWIRKUNG analysiert die soziale, politische und ökonomische Funktion von Wissenschaft und Technik und zeigt deren Perspektiven und Alternativen auf.

WECHSELWIRKUNG ist ein Diskussionsforum für Naturwissenschaftler, Ingenieure und Techniker.

WECHSELWIRKUNG erscheint vierteljährlich.

Schwerpunkt:

China – Widersprüche zwischen Gesellschaft und Natur – Über den Umgang mit der Natur * Der große Kanal * Der Landwirtschaft auf den Puls gefühlt * Atomkraft * Weltbankkredite * Die Universität in China * Deutsch-chinesische Zusammenarbeit *

Weitere Themen:

Volkstechnologie in Venezuela * Reparieren im Alltag * Der Erschießer * Selbstverwaltete Wissenschaft * Umweltchemikaliengesetz * Neutronenbombe *

Bestellungen an **WECHSELWIRKUNG**
Gneisenaustr. 2, 1000 Berlin 61

DM 5.– Einzelheft

DM 20.– Abonnement für 4 Hefte
(incl. Versandkosten).
erscheint vierteljährlich



Michael Regus

Medizinstaatsexamen 1968 nach Bestellungsordnung (BO)

„Das war für uns eine wichtige Geschichte, von dem verengten körperlichen Krankheitsbegriff wegzu kommen, hin zu einem Begriff der kranken Persönlichkeit.“



Matthias Albrecht

Staatsexamen 1974 nach BO

„Die Approbationsordnung wurde damals sofort als reine Prüfungsordnung entlarvt.“

Ein Stück Studentenbewegung

Kampf um die AO

Wieder einmal steht eine Novellierung der Approbationsordnung (AO) an. Es wird mit Sicherheit die letzte nicht sein! Auch diese Novelle wird das grundsätzliche Manko dieser Prüfungsordnung, die in der Tat keine Ausbildungsordnung ist, nicht beheben: Nach wie vor fehlt die Definition eines Ausbildungszieles! Nach wie vor wird die entscheidende Frage unbeantwortet bleiben, wozu die Medizinstudenten überhaupt ausgebildet werden. Etwa zum Grundlagentheoretiker ohne praktische Fertigkeiten – zum niederlassungsreifen Praktiker – zum Hans Dampf in allen Fachgassen – zum somatisch verbildeten Pillenverschreiber oder zum gesellschaftspolitisch engagierten Sozialmediziner? Alles auf einmal oder vielleicht auch gar nichts von dem? Ohne Ausbildungsziel – so wurde damals formuliert und so hat sich bis heute bestätigt – ist und bleibt die Medizinausbildung dem politischen Tageskaliküll, den aktuellen staatlichen und lokalen universitären Machtstrukturen unterworfen. Die Gesundheitsversorgung als Leitmotiv rangiert an hinterer Stelle.

In dem folgenden Rundtischgespräch haben wir versucht, die Erfahrungen aus gut 15 Jahren „Kampf um die AO“ zusammenzutragen. Wir alle haben in Basisgruppen, Fachschaften, Institutsräten oder VDS (Verband Deutscher Studentenschaften) aktiv an diesen Auseinandersetzungen teilgenommen.

Michael Regus: Als ich noch studierte – in den 60er Jahren – da galt noch die alte Bestellungsordnung. Unsere Kritik bezog sich zunächst einmal auf die von vielen von uns als praxisfern empfundenen Formen und Inhalte der Lehre. Insgesamt war aber unser Studium durch relativ

ausgedehnte Freiräume gekennzeichnet. Wir konnten den Aufbau und die Schwerpunkte unseres Studiums wesentlich stärker selbst bestimmen als dies heute möglich ist. Und wir hatten auch mehr Zeit. Das Studium dauerte 12 Semester, dazu kamen – nach dem Staatsexamen – dann noch 2 Jahre Medizinalassistentenzeit. Die traditionelle Form der mündlichen Prüfung hatte den Nachteil, daß man unkontrolliert der Willkür des Prüfers ausgesetzt war. Wir hielten deshalb die Objektivierung der Prüfung durch das in den USA bereits länger gebräuchliche multiple-choice-Verfahren zunächst für einen Fortschritt – nicht ahnend, was da später auf die Studenten zukommen sollte.

Weitere Kritikpunkte waren die Dominanz der großen Vorlesung, in der wir uns in eine passive Konsumentenrolle gedrängt fühlten, und der unzureichende Kontakt zu den Patienten. Von daher entstanden die Forderungen nach bedside-teaching, nach Unterricht in kleinen Gruppen, nach der Beteiligung der Assistenten an der Lehre usw.

Neben diesen mehr organisatorischen Aspekten gewann dann während der Studentenbewegung Ende der 60er Jahre auch eine inhaltliche Kritik an Bedeutung. Sie richtete sich vor allem gegen die uns extrem einseitig vermittelte, naturwissenschaftlich und individualmedizinisch begrenzte Ausbildung und das herkömmliche, autoräre Arztbild. Wir gründeten eigene studentische Arbeitskreise und Basisgruppen, in denen wir uns mit Problemen der Psychoanalyse, der Sozialmedizin, der Psychoanalyse und der Medizinsoziologie, mit der Rolle des Arztes in der Gesellschaft – kurz mit all den Fragen beschäftigten, von denen wir im offiziellen Studienbetrieb so gut wie nichts zu hören bekamen. Wir merkten, daß dieser Studienbetrieb geradezu darauf angelegt war, uns gegenüber der

persönlichen Problematik des Patienten und den sozialen Ursachen und Folgen von Krankheit zu desensibilisieren. Wir forderten eine an den psychischen Bedürfnissen und den sozialen Interessen nicht nur der Privatpatienten orientierte Medizin und die Verankerung dieser Prinzipien auch in der Ausbildung.

Die Hineinnahme der psychosozialen und der ökologisch-sozialmedizinischen Fächer in die neue Approbationsordnung war nicht zuletzt auch ein Erfolg der damaligen Studentenbewegung. Allerdings hatten wir uns eine wesentlich fundiertere und umfassendere Einbeziehung dieser neuen Inhalte vorgestellt und nicht nur ihre randständige Berücksichtigung, wie sie dann realisiert wurde.

DG: Waren das nur Argumentationen, die da vorgetragen wurden, oder sind die Studenten auch dafür eingetreten?

M. Regus: Sicherlich, es war ja die Zeit der spektakulären Aktionen der antiautoritär geprägten Studentenbewegung, die auch im Medizinbereich manchen etablierten Ordinarius in Schrecken versetzte. Teach-ins, studentische Vollversammlungen, Demonstrationen waren damals sehr neuartige und aufsehenerregende Dinge. Bei solchen Aktionen spielten neben den allgemeinen Forderungen nach radikaler Demokratisierung von Hochschule und Gesellschaft immer auch die Kritik der Studieninhalte und die Forderung nach entsprechenden Alternativen eine zentrale Rolle. Als ich als Lehrender unter den Bedingungen der Approbationsordnung in der Medizinsoziologie, der Sozialmedizin tätig war, merkte ich, daß das am wenigsten realisiert worden war.

Matthias Albrecht: Vielleicht sollten wir ergänzend noch sagen, daß die Approbationsordnung ja entstanden ist in einem 7jährigen Prozeß des



Harald Kamps

Staatsexamen 1976 nach BO

„Die Frage ist, inwieweit sich das, was damals noch in Ablehnung der Bestallungsordnung entstanden ist, unter den Bedingungen der Approbationsordnung erhalten hat?“



Ulli Raupp

Staatsexamen 1977 nach BO und Übergangsregelungen

„Aus dieser Resignation ist meiner Meinung nach der Gedanke geboren, die Positionen wären nicht mehr richtig!“

Ausbrüten durch eine kleine Kommission, der überhaupt nur zwei Studenten des damaligen „Fachverbandes Medizin“ angehörten. Der Fachverband betrieb eine ausgesprochen ständische Politik und verhielt sich auch so bei der Ausarbeitung (vielleicht sollten wir daran erinnern, daß in den 60er Jahren jedes Jahr der „Fachverband“ einen gemeinsamen Medizintag mit der Firma Bayer Leverkusen durchführte). Wenn heute oft die Behauptung aufgestellt wird, daß die Studenten für viele Vorschriften der Approbationsordnung verantwortlich seien, dann ist das lächerlich, weil von den 30 oder 40 Mitgliedern zwei Studenten dort gesessen haben.

Vielleicht ist es gut, rückblickend zu sagen, daß schon die ersten Einschätzungen der Approbationsordnung eins ziemlich deutlich gemacht haben, was sich eigentlich als Kontinuität erhalten hat: die Approbationsordnung wurde sofort als reine Prüfungsordnung entlarvt. Ich habe mir bei der Vorbereitung zu diesem Gespräch noch mal meine Stellungnahme von Anfang 1970 durchgelesen und da steht also u. a. drin, die neue Approbationsordnung beweist ihren Charakter als Prüfungsordnung eher als als Ausbildungsordnung. Diese Einschätzung ist ja unverändert richtig. Es sind dann in Einzelheiten Kritikpunkte dargestellt worden, warum das multiple-choice-Verfahren allein völlig unzureichend ist, um Fähigkeiten und Fertigkeiten z. B. zu prüfen und zu kontrollieren. Das hat sich ja mittlerweile auch voll bestätigt, d. h. die evtl. noch in den 60er Jahren vorhandene Vorstellung, daß Prüfungen vollständig objektivierbar sind, die ist schon zu dieser Zeit einer Skepsis gewichen.

Inhaltlich wurde auch noch kritisiert, daß eben zwar neue Fächer aufgenommen worden sind, wie du eben schon angesprochen hast, daß sie aber den Charakter von „Orchideenfächer“ hatten. Vor allen Dingen war zu diesem Zeitpunkt nichts absehbar, was der Approbationsordnung zum wirklichen Durchbruch hätte verhelfen können; wie also z. B. die Durchsetzung des Kleingruppenunterrichtes. Es war ja bezeichnend, daß alle fortschrittlichen Vorschriften in der Approbationsordnung als Soll- und Kann-Vorschriften irgendwo standen, daß aber ausschließlich die Prüfungs vorschriften in ein paar Zeilen festgelegt worden waren.

Als Mittel der Veränderung von Studieninhalten wurde ja in dieser Zeit sehr häufig das Mittel der Vorlesungskritik angewandt, d. h. in einer bestimmten Vorlesung, wo sich beispielhaft Mißstände in der Ausbildung darstellten, wurden

durch Fragebogenaktionen oder auch durch direkte Konfrontation mit dem Dozenten, die Mängel dieser Vorlesungen aufgegriffen. Also z. B. kein ausreichender theoretischer Standard, Praxisferne, Unübersichtlichkeit usw. und sofort, Widerstandsformen gegen Anwesenheitskontrollen u. ä. Nur was schon zu dieser Zeit nicht gelang, war eben diese inhaltlichen Kritikpunkte in eine dauerhafte institutionalisierte Form in den einzelnen Einrichtungen oder Disziplinen umzusetzen. D. h. es gelang beispielsweise mal in einem Semester eine bestimmte Prüfung oder eine bestimmte Lehrform zu kritisieren und teilweise zu verändern, sobald aber die Zusammensetzung der Studentenschaft in diesem Fachbereich oder diesem Teilbereich sich verändert hatte, hat der Dozent im nächsten Semester im alten Trott weitergemacht.

Ich sehe als kritischen Punkt aus dieser Zeit die völlig mangelhafte Zusammenarbeit mit den Assistenten und Hochschullehrern, was natürlich nicht nur an einem mangelnden Willen der Studenten lag, sondern es gab keine echte Substanz an demokratisch gesinnten Hochschullehrern. Die alten Ordinarien begriffen ja jede Kritik an ihrer Vorlesung oder Prüfung als Form der Gotteslästerung. Gängigstes Gegenargument: „Lernen Sie erst mal was, ehe Sie Kritik üben.“

Peter Walger: Ich möchte an die vielen jahrelangen Auseinandersetzungen an den einzelnen Hochschulen, vielen Hochschulen, Bonn jetzt unser Beispiel, um die Verankerung neuer Lehrstühle erinnern. Es hat ja als Begleitaktivitäten den Kampf gegeben, Verankerung des Lehrstuhls für Psychosomatik in Bonn, eine Verankerung des Lehrstuhls für Medizinsoziologie, Ausweitung der Arbeitsmedizin, die traditionell in der Hautklinik angesiedelt war, einen eigenen Lehrstuhl für Arbeitsmedizin. All diese Fragen sind inhaltlich von der Studentenbewegung aufgegriffen worden, anknüpfend an alte Forderungen in der Kritik am bestehenden Medizinstudium, wie es sich in der Bestallungsordnung äußerte. Die These z. B., daß es jemals eine Etappe der Studentenbewegung gegeben hat, die der Approbationsordnung zugestimmt hätte, die ist schlichtweg Geschichtsfälschung. Das hat es einfach nie gegeben. Ich habe das Ummode der alten Vorlesungen, also der individuellen, zum Teil auch guten Vorlesungen erlebt im Sinne dieser Normierung auf die Gegenstandskataloge, dieses Aufschießen der neuen Literatur mit Lehrzielkatalog und Gegenstandskatalog. Die Professoren synchronisierten praktisch ihre Vorlesungen. Man konzentrierte sich nur unter den Gesichtspunkten

des Bestehens der Prüfung, in welche Vorlesung man ging und welche man sausen ließ. Dem Prüfungsdruck fielen dann genau diese sogenannten „kleinen Vorlesungen“ zum Opfer. Man konnte es sich leisten, Medizinpsychologie, Soziologie einfach nicht zu hören, weil das dann nur 10 Fragen waren, dafür dann die großen Vorlesungen möglichst auswendig zu lernen. Ich glaube, daß die Auseinandersetzungen an zahlreichen Unis Prüfungskämpfe, Prüfungsboykotts, Versuche, demokratische Prüfungsprinzipien z. B. Freiwilligkeit parallel zu den Lehrveranstaltungen, Freiwilligkeit der Teilnahme und Rückkopplung, also Besprechung der Prüfungsergebnisse permanente Forderungen und auch Inhalte der studentischen Auseinandersetzungen waren, die unterm Strich immer vor dem Hintergrund letztlich einer Ablehnung der Approbationsordnung liegen.

Harald Kamps: In Kritik der Bestallungsordnung und auch der neuen Approbationsordnung hat ja die Studentenbewegung organisiert durch die Fachschaften ja auch durch Eigeninitiative was an die Stelle gesetzt. Wir haben, da wir wußten, hier wird nicht Sozialmedizin gelehrt, bei uns wird keine Sozialpsychiatrie gemacht, eigene Veranstaltungsprogramme organisiert, die damals auch durch die Universitäten noch finanziert wurden. Wir haben an der Nervenklinik in Bonn erreicht, daß eine Unterrichtskritik organisiert wurde; daß die Studenten eigene Sprecher wählten und eine inhaltliche und formale Kritik an den Veranstaltungen leisteten und dann auch im Ergebnis z. B. ein eigenes Skript erstellt haben, indem sie ihre eigenen Positionen gegenüber den Positionen, die dort von der Lehrmeinung vertreten wurden, erarbeitet haben. Wir haben damit viel Erfolg gehabt. Es waren sehr gut besuchte Veranstaltungen, die Frage ist nur, inwieweit sich das, was damals noch in Ablehnung der Bestallungsordnung entstanden ist, sich unter den Bedingungen der neuen Approbationsordnung erhalten hat. Ich weiß nicht, wie viele von diesen Ansätzen, die damals existierten, heutzutage tatsächlich noch da sind.

Ulli Raupp: Ich meine, das ist ein Punkt, der mir so bei Durchsicht alter Zeitschriften gekommen ist, wenn man sich anguckt, was damals auch in anderen Organisationen auch außerhalb der Universitäten zur Hochschulreform und zur Ausbildung und zur Situation der Kranken gelaufen ist. Sämtliche grundlegenden Positionen der Gewerkschaft sind in dieser Zeit erarbeitet worden. Die Positionspapiere zur Neuordnung sozialmedizinischen Dienstes, zur Versorgung

Peter Walger

Staatsexamen 1978 nach BO und Übergangsregelungen

„Die These, daß es jemals eine Etappe der Studentenbewegung gegeben hat, die der Approbationsordnung zugestimmt hätte, ist schlichtweg Geschichtsfälschung!“



Edi Erken

Staatsexamen 1979 nach Approbationsordnung (AO)

„Wir haben bei der Durchsetzung der Streiks gegen Teilprüfungen gelernt, wie enorm viel Vorarbeit notwendig ist, um so was nur in einem einzigen Semester durchzuhalten.“



seelisch Kranker, geistig Behindter, die medizinische Versorgung der BRD. Das sind Grundsatzpositionen, die sind alle zwischen 1971 und 1974 entstanden, die heute noch Gültigkeit haben, z.T. erst heute, wie die Forderungen der Psychiatriereform in aktuelle Auseinandersetzungen gemündet sind. Andererseits ist heute dadurch auch schon eine gewisse Resignation entstanden. Heute sagen viele, ja, das sind Positionen, die haben alle auf dem Papier gestanden, aber nur eben da! Auch wir haben nie die Kraft gehabt, sie durchzusetzen. Aus dieser Resignation ist meiner Meinung nach der Gedanke geboren, die Positionen wären nicht mehr richtig.

Rosi Tauchert: Ich würde aber schon sagen, daß die Weiterentwicklung eurer Art damals inhaltlich und auch konkret mit Aktionen, die Diskussion um Medizinerbildung zu führen, richtig war. An einem Beispiel: ihr habt dann immer argumentiert, daß, wenn man restriktive Prüfungen hat, die die Studenten zum unkritischen Pauken veranlassen, ohne Reflexion und ohne auch Zusammenhänge zu den Patienten, oder auch zu den gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen Menschen krank werden, daß also diese Klausuren kostbare Zeit wegnehmen und auch eben das Lernverhalten prägen. Genau das ist jetzt eingetreten in dem Maße, wie es den Studenten eben nicht mehr möglich war, sich gegen zusätzliche verschuldenende Prüfungsregelungen während der Ausbildung zu wehren, da hat auch immer weiter die inhaltliche Auseinandersetzung abgenommen. Die Studenten jetzt lernen noch mehr rezeptiv.

Edi Erken: Wir haben Alternativen zu Inhalten und zur Form der Ausbildung nur in der Zeit zuwege gebracht, wo wir auch konsequent uns mit den Prüfungen auseinandergesetzt haben. Wenn man so an die klinischen Fächer denkt, wo Kurse neu eingeführt werden sollten, aber nur nach dem alten Konzept übernommen wurden, dann gelang erst eine inhaltliche Kritik daran und dann auch ein neues Kurskonzept, was wir teilweise in den Semesterferien entwickelt haben und auch zum Teil durchgesetzt haben zumindest für einige Semester lang, gelang erst, als wir eine Prüfung verweigert haben, als wir gesagt haben, mit dieser Prüfung geht keine andere Ausbildung. Und jetzt, wo eine ganz massive und fundierte Kritik an den einzelnen Prüfungsformen nicht mehr stattfindet, das ist trotz allem richtig, auch wenn jetzt viel über die Prüfungen geredet wird, wird auch inhaltlich in den einzelnen Fächern und in den einzelnen Kursen nichts mehr getan. Das ist eine Erfah-

rung, die ich auch in Diskussionen jetzt vor kurzem mit Vertretern der Fachschaft und Professoren gelernt habe. Es ist keine ganz massive und konkrete Auseinandersetzung mit den Prüfungen mehr, damit noch viel weniger als bei uns Auseinandersetzungen um die Inhalte passieren.

Von der Bestallungsordnung zur Approbationsordnung

1953 BO Studiendauer 7,5 Jahre, Vorphysikum nach 3 Sem., Physikum nach 6 Sem., Staatsexamen nach 11 Sem., 2 Jahre Medizinalassistenz, Pflichtvorlesungen mit Patientenvorstellung, mündl. Prüfungen in 20 Fächern.

1970 AO empfohlene Studiendauer 6½ Jahre. Wegfall des Vorphysikums, Physikum nach 4 Sem., 1. Abschnitt des Staatsexamens nach 6 Sem., 2. Abschnitt nach 10 Sem., 1 Jahr Praktisches Jahr, anschließend 3. Abschnitt, zentrale Prüfungen durch das IMPP, Bestehensregelung 50 % bei einer 18 %-Gleitklausel, weiterhin mündl. Prüfungen im 3. Abschnitt. Ausweitung der Fächeranzahl auf 42, sozialwissenschaftliche und sozialmedizinische Fächer werden neu aufgenommen. Einführung von Kleingruppenunterricht, Bed-side-teaching, „Schein“-praktika, je 2 Monate Pflegepraktikum und Famulatur.

1978 2. AO-Änderung Regelstudienzeit von 6½ Jahren, Wegfall der 18 %-Gleitklausel, Bestehenregel auf 60 % erhöht, Umfang der mündl. Prüfung im 3. Abschn. erweitert, Anzahl der schriftl. Fragen in den vier Prüfungsabschnitten um insgesamt 90 erweitert, neu im Lehrstoff: Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, dafür Streichung der Präventivmedizin und Diätetik.

1981 3. AO-Änderung, nach 56,2 % Durchfallquote im Frühjahrphysikum und darauf folgenden Aktionen der Studenten, Wiedereinführung der 18 %-Gleitklausel.

1982 4. AO-Änderung (vermutlich Ende Juli), Einführung von zusätzlichen mündl. Prüfungen, Erhöhung der Famulatur auf 6 Monate, neues Fach: Katastrophenmedizin, Verlagerung von Biomathematik in die Vorklinik, Soziologie und Psychologie in die Klinik.

Ulli Raupp: Was meinst du, warum hat der schon einmal in VDS-Fachtagungen diskutierte Zinpfprüfungsboykott nicht funktioniert? Der war ja für 1976 angestrebt worden und war heftig diskutiert bei der VDS-Fachkonferenz.

Edi Erken: Wir haben bei der Durchsetzung der Streiks gegen Teilprüfungen innerhalb der Semester gelernt, wie enorm viel Vorarbeit und Vorbereitungszeit nötig ist, um so was nur in einem einzigen Semester konsequent durchzuhalten. Und selbst da hat es noch eine Quote von ungefähr 20–25 % der Studenten gegeben, die dann trotz allem noch an diesem Boykott nicht mitgemacht haben. Das war auch allgemein eine Erfahrung praktisch in allen Fachschaften. Die Vorarbeit für ein Durchsetzen des Boykotts auch nur einzelner Teilprüfungen war unheimlich schwer aufgrund der Konsequenzen für die Teilnehmer, nämlich nicht mehr an den Prüfungen teilnehmen zu können und evtl. im nächsten Semester in Kurse nicht reinzukommen. Die meisten Fachschaften haben das versucht, sind aber praktisch alle gescheitert. Und das war eigentlich die Einschätzung in den Fachkonferenzen, daß aufgrund dieser Erfahrungen ein Streik wegen der so einschneidenden Konsequenzen für die Beteiligten nicht durchzuhalten war.

Matthias Albrecht: Sehr wichtig ist, daß zu keiner Zeit von der fortschrittlichen Studentenbewegung die Frage Strukturen und Prüfungen gegen Inhalte ausgespielt worden ist. Für uns war da immer die Frage im Vordergrund, z.B. veränderte Studienbedingungen lassen sich nur mit Bündnispartner durchsetzen, auch wenn wir da nicht immer Erfolg oder richtig in der Bündnispolitik vorgegangen sind, obwohl wichtige Prinzipien in der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen sind in dieser Zeit entwickelt worden. In der Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre aufkommenden Basisgruppenbewegung war ein Prinzip, daß nicht nur Mediziner dabei waren, sondern Pfleger, Schwestern, Sozialarbeiter usw., so daß also schon in dieser politischen Zusammenarbeit wichtige Prinzipien eines zukünftigen Gesundheitswesens keimhaft enthalten waren, und Inhalte angesprochen wurden. Das Eintreten für Einheitsversicherung im Zusammenhang mit Ungleichehandlung von Patienten, ist ein ganz wichtiger Gesichtspunkt gewesen, der auch immer wieder in Vorlesungskritiken zum Ausdruck gekommen ist, oder das Beispiel der internationalen Solidarität. Wenn wir z.B. für Vietnam in Vorlesungen agitiert haben, soweit sich dort eine Verbindung zu dem Thema herstellen ließ, dann waren das ja



Rosi Tauchert

Staatsexamen 1982 nach AO und Novellen

„In dem Maße, wie es den Studenten nicht mehr möglich war, sich gegen verschulende Prüfungsregelungen zu wehren, hat auch die inhaltliche Auseinandersetzung abgenommen!“



Peter Liebermann

Zur Zeit Medizinstudent

„Im neuen Entwurf wird die praktische Ausbildung noch weiter aus dem Studium herausverlagert, das Pensem an Prüfungen und Kontrollen weiter erhöht!“

inhaltliche Kritikpunkte, die hergestellt wurden, oder wenn bei der Vorstellung eines Patienten, der einen Blasenkrebs hatte, eben kritisiert wurde, daß der Dozent nur auf die Pathogenese einging, aber nicht auf die Arbeitsbedingungen des vorgestellten Patienten, dann sind das inhaltliche Auseinandersetzungen gewesen, und das gehört auch fest zueinander und gehört eben in eine Studienreform hinein.

Peter Walger: Stichwort innerer, äußerer N.C., dieses Begriffspaar ist ja auch in der damaligen Zeit gewachsen. Äußerer N.C. immer verstanden als Instrument, bestimmte soziale Schichten rauszuhalten, einmal über die Normierung, über die Wartezeit, über das Selektionsinstrument Abitur mit Zensuren. Innerer N.C. als entsprechender Eliminierung fortschrittlicher Lehr- und Lerninhalte plus restriktives Prüfungssystem, was im Grunde jetzt im Zusammenhang gesehen von uns doch immer auch unter diesem Aspekt gesehen wurde, daß da eine gleichgeschaltete akademische Elite herangezogen werden sollte, die hält an die soziale Hinterfragung ihres Berufes möglichst weit hinten anstellt. Der äußere N.C. ist heute noch mehr ein effektiveres soziales Selektionsinstrument geworden. Wir haben heute sicherlich einen größeren Teil politisch-ideologisch gleichgeschalteter, stiller, kuschelnder Studenten allein in Verbindung mit der Oberstufenreform, mit der frühen Anpassung. Plus dem inneren N.C., also der restriktiven Approbationsordnung, normierten Lehrinhalten, Prüfungssystem verschärft.

Ulli Raupp: Noch ein paar Worte zum Praxisanspruch. Du hattest ganz am Anfang gesagt, der Anspruch war, mehr praktisch ausgebildet zu werden innerhalb der Approbationsordnung. Einerseits hat die AO dem formal Rechnung getragen, indem eine Kann-Bestimmung über Kleingruppenarbeit sehr schwammig reformuliert worden ist, andererseits sollte das zweite Standbein das praktische Jahr sein!

Matthias Albrecht: Die Approbationsordnung sollte ja als eine wichtige qualitative Weiterentwicklung die Abschaffung der Medizinalassistentenzeit bringen. Heute wird ja oft so etwas mit so einem Glorienschein auf diese zurückblickt, das ist völlig ungerechtfertigt, denn sie wurde abgeschafft, weil die MA-Zeit überwiegend in kleinen Klitschen abgeleistet wurde, denen man damals die Befähigung zur Ausbildung absprach und die deshalb aus der Ausbildung herausgenommen worden sind. Deshalb ist es ein absoluter Irrsinn, wenn heute die Standesorganisationen hingehen und zurück zur MA-Zeit

oder vergleichbaren Formen wollen, die in jedem Krankenhaus abgeleistet werden können.

Peter Liebermann: Andererseits hast du aber heute das Bestreben, das P.J. auf alle möglichen Kliniken auszuweiten. Es gibt nicht genug Plätze fürs praktische Jahr.

Peter Walger: Es hat da doch eine ganz frustrierende Erfahrung gegeben: In der Anfangszeit der AO sollte der Praxisbezug die Farmulatur beim niedergelassenen Arzt sein. Die ist ja so kläglichst am Desinteresse der niedergelassenen Ärzte gescheitert. Ich kann mich noch genau an die ersten Farmulantenden erinnern, die sagten, da ist man so ungebetener Voyeur, der hinter dem Arzt sitzt und guckt, was er da mit seinen Patienten macht und im Grunde die 5-Minuten-Medizin erlebt. Das Kind ist relativ schnell gestorben. Dann hat es Initiativen gegeben insofern, als gefordert wurde, Abschaffung dieser Praktischen-Ärzte-Farmulaturen und wieder Rückkehr zur Krankenhausfarmulatur. Dann hat es auch Initiativen gegeben, Hausbesuchsprogramme in die Ausbildung zu integrieren. Da ist doch überhaupt nichts daraus geworden. Matthias hat schon richtig gesagt, diese Glorifizierung der MA-Zeit war doch von unserer damaligen Sicht aus nur eine Forderung wieder nach alten billigen Arbeitskräften, da Medizinalassistenten leerstehende Assistentenstellen ausgefüllt haben, da war von Ausbildung überhaupt nicht die Rede. Heute scheint mir dieser ganze Praxisbezug darin zu münden, Verlängerung der P.J.-Zeit, um darum den sog. Boom durch Ärzteschwemme in den Status der Niedergelassenen zu bremsen. Eine ernsthafte Forderung nach Praxisbezug von Seiten der Standesorganisationen oder der Ärzteschaft hat es nie gegeben.

Harald Kamps: Der Kampf ums P.J. hat eigentlich mit meinem Semester 1974 begonnen, und zwar bei denjenigen, die nach der alten Bestellungsordnung studiert haben und dann als erste in der „Übergangsregelung“ das neue P.J. absolvieren sollten. Und dagegen hat sich ja der Widerstand formiert, der dann auch zum Wiedererstarken der Fachkonferenz Medizin im VDS geführt hat und wo es dann auch erfolgreich gelungen ist, für die Übergangsregelung das P.J. abzuschaffen. Nicht nur mit dem Gedanken, daß das P.J. schlecht und die MA-Zeit so gut war, sondern weil wir es als unzumutbar empfanden, nach einer alten Bestellungsordnung ausgebildet und auch geprüft zu werden und dann plötzlich einen kleinen Abschnitt der neuen Ausbildungsordnung da hineingesetzt zu

bekommen. Wir erhofften uns auch vom P.J., daß da tatsächlich an die Lehrkrankenhäuser ein gewisser Standard und Anforderungen gestellt werden könnten, die es ermöglichen, während der P.-J.-Ausbildung tatsächlich Ausbildung zu bekommen und nicht nur als billige Arbeitskraft ausgenutzt zu werden. In dem Zusammenhang haben wir eben auch und das parallel zu unseren Aktivitäten zur Abschaffung der Übergangsregelung dafür gekämpft, daß der Status der Studenten während des P.J. geklärt wurde. Unsere Forderung war der Praktikantenstatus, also eine klare sozialversicherungsrechtliche Absicherung des Studenten während des P.J. Es ist auch damals gelungen, einen Mustertarifvertrag zu erstellen, den auch die ÖTV bereit war, gegenüber den Arbeitgebern zu vertreten, zu solchem Abschluß ist aber nicht gekommen. Mittlerweile, wenn man sich so auch die Dokumentation, die damals im Laufe der Auseinandersetzungen gestellt worden sind, anguckt, dann sind diese geprägt durch intensive Kämpfe und Auseinandersetzungen mit Streiks und go-ins im Ministerium und es mündet mehr und mehr in Resignation und einer Beschreibung des desolaten Zustandes der akademischen Lehrkrankenhäuser. Denn da sind wir um unsere Hoffnungen schon enttäuscht worden, daß der Standard der Ausbildung in den akademischen Lehrkrankenhäusern so sehr viel besser ist. Denn da ist aufgrund von Sparpolitik und Einschränkung und auf Ärztemangel doch wenig getan worden, um tatsächlich die P.-J.-Studenten adäquat auszubilden.

Michael Regus: Zusammenfassend ist die Reform deswegen gescheitert, weil sie nicht als inhaltliche Reform geplant war, sondern, wie sich jetzt im Nachhinein herausgestellt hat, als Spar- und Rationalisierungsmaßnahme.

Peter Liebermann: Und das sieht man jetzt am neuen Entwurf zur Reform der Approbationsordnung. Darin wird die praktische Ausbildung noch weiter aus dem Studium herausverlagert, das Pensem an Prüfungen und Kontrollen im Studium noch weiter erhöht. Nur wird das Kapazitätsproblem an den medizinischen Fakultäten, damit nicht zu lösen sein.

Aus immer mehr Kursen werden Studenten herausgelöst, weil nicht genügend Praktikumsplätze zur Verfügung stehen, so daß ihre Studienzeit sich verlängert.

Kapazitätsproblematik und inhaltliche Ausrichtung des Studiums werden die bestimmenden Fragen studentischer Politik werden. ■

Kommt das Studium der Krankenpflege?

Von Petra Botschafter

An der Freien Universität Berlin begann vor dreieinhalb Jahren die Ausbildung von examinierten Kranken- und Kinderkrankenschwestern bzw. -pflegern zu „Lehrern der Kranken- und Kinderkrankenpflege“. Die Ausbildung fand im Rahmen eines von der Bund-Länder-Kommission finanzierten Modellversuchs statt. Sie setzte neben dem Krankenpflegeexamen eine mindestens zweijährige Berufspraxis sowie mindestens die Fachhochschulreife voraus. Das dreijährige Studium endete mit der Verleihung eines Hochschuldiploms.

Beantragt wurde der Modellversuch mit dem Ziel, nach Überprüfung sowohl der Inhalte des Studiums an den Erfordernissen der Praxis als auch der Nachfrage nach so qualifizierten Unterrichtskräften für die Krankenpflege, ihn als reguläres Studienangebot der FU zu installieren.

Der entsprechende Fachbereich sowie der Akademische Senat als höchstes Selbstverwaltungsgremium der FU haben sich bereits positiv dazu geäußert. Die Entscheidung des mit Politikern, Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern sowie Vertretern der Hochschule besetzten Kuratoriums im Rahmen der Haushaltsberatungen 1982 wurde immer wieder verschoben. Bei Erscheinen dieses Heftes werden wir mehr wissen: Ende Mai – vier Wochen bevor die Verträge aller Mitarbeiter des Modellversuchs auslaufen – soll dann entschieden werden, welche neuen Aufgaben die FU 1982 übernehmen soll und kann – trotz eines vom Abgeordnetenhaus verordneten Abbaus von 188 Stellen.

Eine realistische Einschätzung läßt die Chancen einer Institutionalisierung des Modellstudienganges als sehr gering erscheinen. Wann ist jemals eine Entscheidung zugunsten der Krankenpflege gefallen, die nicht Geld kostet, sondern die der Krankenpflege längerfristig auch zu der viel zitierten Eigenständigkeit verhelfen und damit die Berufszufriedenheit verbessern könnte? Eine Entscheidung gegen den Studiengang wäre nur die Fortsetzung dessen, was wir bei einer Analyse der gesellschaftlichen Bedingungen der Krankenpflege seit ihren Anfängen deutlich ablesen können: es hat gar niemand ein ernsthaftes Interesse an einer Eigenständigkeit der Krankenpflege!

Dabei ist es gerade die mangelnde Berufszufriedenheit, die hohe Fluktuation, der chronische Personalmangel in der Kran-

kenpflege, die heute allenthalben beklagt, und zu deren Behebung entsprechende Maßnahmen gefordert werden.

Vor diesem Hintergrund sollte man nun meinen, daß die Entscheidung der FU und der verantwortlichen Politiker zugunsten eines Studiums „Lehrer der Kranken- und Kinderkrankenpflege“ leichtfallen müßte: durch den Studienort „Hochschule“ auf der einen Seite, praxiserfahrenen Studenten auf der anderen Seite, wären erstmals in der BRD und West-Berlin Voraussetzungen geschaffen, die eine enge Verzahnung von Forschung, Lehre und Praxis ermöglichen würden, Voraussetzungen also, die langfristig eine Reform der Ausbildung, eine krankenpflegebezogene Fort- und Weiterbildung sowie eine institutionalisierte Krankenpflegeforschung gewährleisten könnten.

Inhalte und Struktur der Krankenpflegeausbildung heute, unsystematische, punktuelle und wenig krankenpflegebezogene Fort- und Weiterbildung sowie fehlende Krankenpflegeforschung sind jedoch als

Berufspraxis nicht überein, sind ständige Quelle von Frustration und Ärger.

Ein wichtiger Grund, warum dies so ist, liegt in den vielen nebenamtlichen berufsfremden Dozenten, die im medizinisch-naturwissenschaftlichen wie auch im sozialwissenschaftlichen Bereich nicht nach den Erfordernissen der Krankenpflege unterrichten, sondern in der Auswahl der Inhalte davon ausgehen, daß die von ihnen vertretene Wissenschaft den Nabel der Welt bildet. Daß die für die Krankenpflege relevanten Wissenschaften nur Vehikel für die Lösung ihrer Aufgaben und Probleme sein können und sollen, dies will kaum jemand begreifen. So ist meistens für den Auszubildenden der Stellenwert der angebotenen Inhalte für seine Berufstätigkeit nicht erkennbar.

Einzig denkbare Konsequenz aus dieser Erkenntnis ist: die Krankenpflege braucht Lehrkräfte, die eine Krankenpflegeausbildung abgeschlossen und eine ausreichende Berufspraxis haben, und die außerdem in der Lage sind, sowohl die theoretischen Grundlagen wie auch die praktischen Fertigkeiten in der Krankenpflege zu vermitteln.

Diese Überlegungen über notwendige Qualifikationen von Lehrern in der Krankenpflege bilden die Grundlage für die inhaltliche Struktur des Studienganges: Neben Krankenpflege und Erziehungswissenschaften werden den Studenten im Hauptstudium Qualifikationen vermittelt, die sie befähigen, nach Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Kranken- und Kinderkrankenpflege folgende Fächer zu unterrichten:

- a) Anatomie, Physiologie, Ernährungslehre (biologisch-medizinische Grundlagen); oder
- b) Psychologie, Soziologie, Pädagogik (sozialwissenschaftliche Grundlagen); oder
- c) Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde, Hygiene, Mikrobiologie (Grundlagen des Gesundheitswesens).

Ein zweiter wesentlicher Grund für die Resignation schon während der Ausbildung liegt darin, daß für die Bewältigung des Berufsalltags wichtige Qualifikationen nicht vermittelt werden. So wird inzwischen fast überall anerkannt und auch praktiziert, Krankenpflege stärker am Patienten zu orientieren und entsprechend mehr Gewicht auf z. B. psychosoziale Fähigkeiten des Pflegepersonals zu legen. Wie schon



wesentliche Gründe für die Berufsunzufriedenheit anzusehen. In ihrer Veränderung bzw. Realisierung liegt die Chance einer langfristigen, dauerhaften Verbesserung der Krankenpflegepraxis.

1. Der Beitrag des Studienganges zur Reform der Ausbildung

Die Grundlagen für die Berufsunzufriedenheit werden offensichtlich bereits in der Ausbildung gelegt, dies ist spätestens bei Auszubildenden im 3. Ausbildungsjahr zu beobachten. Nach wie vor stimmen theoretische und praktische Ausbildung mit der

vor einhundert Jahren wird dagegen auch heute nicht thematisiert, daß eine Umsetzung von mehr Patientenorientierung scheitern muß, werden nicht die Bedürfnisse des Krankenpflegepersonals in die Überlegungen einbezogen.

Die Konzeption des Studienganges orientiert sich deshalb am Patienten und am Krankenpflegepersonal. Die Studenten sollen lernen, und später an die Auszubildenden weitergeben, daß es nicht nur legitim ist, eigene Bedürfnisse zu haben, sondern daß es durchaus im Sinne des Patienten ist, diese auch zu artikulieren; sie sollen weiterhin lernen, Strategien zu entwickeln, diese Interessen auch gegen Widerstände durchzusetzen.

Wichtiges Lernziel – auch für die Krankenpflegeausbildung – muß sein, Forderungen nach mehr Patientenorientierung, wie sie jetzt aus allen Ecken gestellt werden, zu hinterfragen nach den Interessen, die dahinterstehen. Ist mit dieser Forderung wirklich beabsichtigt, den Patienten in den Mittelpunkt des Geschehens im Krankenhaus zu rücken, oder erhofft man sich nicht vielmehr eine Reaktion bei der größten Gruppe der Beschäftigten im Krankenhaus – dem Pflegepersonal? Eine Reaktion wie man sie in der Vergangenheit mit anderen Mitteln hervorufen konnte: ein schlechtes Gewissen und individuelle Schuldgefühle.

Mit Krankenschwestern und -pflegern, die dauernd mit dem Gefühl über die Station laufen, aus individuellem Unvermögen den Patienten nicht optimal gepflegt zu haben, lassen sich Rationalisierungs-, Einsparungs- und Streichungsmaßnahmen sicher einfacher durchsetzen, als mit Krankenschwestern und -pflegern, die eigene Vorstellungen über ihre Interessen und Bedürfnisse in der Krankenpflege haben und bereit sind, diese vielleicht sogar mit Hilfe der Gewerkschaften durchzusetzen.

2. Der Beitrag des Studienganges zur Fort- und Weiterbildung

Eine systematische und berufsbezogene Fortbildung kann viel zur beruflichen Identität und damit zur Berufszufriedenheit beitragen. Bislang gibt es für die Krankenpflege nur punktuell Angebote, die sich – besonders was die betriebliche Fortbildung angeht – in der Regel mit medizinischen Fachfragen beschäftigen und von Ärzten vorgetragen werden. Auch Probleme der sogenannten Behandlungspflege werden angeboten und in jüngster Zeit auch Kurse zur Gesprächsführung, von der man sich offensichtlich Lösung aller Probleme erhofft.

Was gänzlich fehlt – in Berlin werden solche Kurse vom Referat für Fort- und Weiterbildung der FU angeboten – sind Veranstaltungen, die einen Einblick geben über die strukturellen Zusammenhänge im Gesundheitssystem, über die gesetzlichen Bedingungen, unter denen heute Krankenpflege praktiziert wird, über Arbeits-

recht und Mitbestimmungsmöglichkeiten, über organisationswissenschaftliche und krankenhausbetriebswirtschaftliche Grundlagen.

Dies alles sind Defizite der Krankenpflegeausbildung, die kurz- und mittelfristig über Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen aufgefangen werden könnten, hier hätte der Studiengang als Anbieter einen wichtigen Stellenwert.

Vorrangige Zielgruppen für Fortbildungsmaßnahmen durch den Studiengang wären einmal bereits tätige Lehrkräfte, „ausgestiegene“ Krankenschwestern, die zurück in den Beruf wollen sowie die große Gruppe der Kolleginnen und Kollegen am Krankenbett.

Fortbildungsveranstaltungen zu konzipieren und durchzuführen ist das eine, darüber hinaus aber ist ein einheitliches System der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Krankenpflege zu entwickeln und durchzusetzen, d. h. es sind auch Fragen der Freistellung und Finanzierung zu stellen und zu beantworten.

Über die Krankenpflege hinaus hätte der Studiengang weitere Zielgruppen, für die er entsprechende Weiterbildungsveranstaltungen entwickeln und durchführen würde: dies sind insbesondere solche Berufsgruppen unter den nichtärztlichen medizinischen Berufen, für die sich aufgrund ihrer geringen Größe ein eigener Studiengang zur Weiterqualifikation „Lehrer“ nicht lohnt.



3. Der Beitrag des Studienganges für eine institutionalisierte Krankenpflegeforschung

Ein erster Schritt für die Institutionalisierung einer Krankenpflegeforschung wäre die Dokumentation aller bislang existierenden Arbeiten über Probleme der Krankenpflege. Gemeint sind hier nicht in erster Linie solche Arbeiten, die von Wissenschaftlern, und zwar in der Regel berufsfremden Wissenschaftlern geschrieben wurden – diese sind über Bibliotheken und ähnliche Einrichtungen zugängig – angesprochen sind hier in erster Linie Arbeiten, die z. B. von Absolventen der sogenannten Schwesternhochschulen abgefaßt wurden, und die für die Krankenpflege verloren sind, weil niemand von ihrer Existenz weiß.

Krankenpflegeforschung darf nicht Selbstzweck sein, sie muß von Experten, die aus eigener Erfahrung den Untersuchungsgegenstand kennen und über entsprechende wissenschaftliche Hilfsmittel verfügen, durchgeführt werden und zur Lösung krankenpflegerischer Probleme in der Praxis beitragen.



Für eine so verstandene Krankenpflegeforschung stellt der Studiengang die besten Bedingungen zur Verfügung: die Studenten sind Experten für Krankenpflege, der Studiengang vermittelt die notwendigen wissenschaftlichen Qualifikationen, und es bestehen enge Rückkopplungsmöglichkeiten mit der Berufspraxis.

Angesichts der bestehenden Probleme in der Krankenpflege hätte sich Forschung zunächst zum Gegenstand zu machen:

- das Erforschen der Gründe, die zur Wahl, zum Verbleib und zum Verlassen des Pflegeberufs führen;
- das Erfassen der Arbeitsbedingungen mit dem Ziel der organisatorischen und strukturellen Veränderung der Arbeitsabläufe;
- das Überprüfen der Ausbildungsinhalte und -ziele sowie der Vermittlungs- und Lernverfahren in der Krankenpflegeausbildung.

Auch wenn die genannten Probleme vorrangig zu behandeln sind, dürfen Fragen nicht vernachlässigt werden, die sich damit befassen, an welcher Stelle und in welchem Umfang es gemeinsame Ausbildungsinhalte über alle Medizinalfachberufe hinweg gibt.

In diesen Artikeln wurden nur die Aspekte des Studienganges herausgegriffen, die ansonsten in der Diskussion um die Krankenpflege, ihre Probleme und deren Lösungsmöglichkeiten vernachlässigt werden und die z. B. auch einen wesentlichen Unterschied zu den Unterrichtsschwesternqualifikationen an den sogenannten Schwesternhochschulen ausmachen. Umfassende Informationen über den Studiengang können gerne und jeder Zeit angefordert werden:

**Modellversuch „Medizinalfachberufe“
Albrechtstr. 36a
1000 Berlin 41**

Krankenpflegeausbildung aus der Sicht der Unterrichtsschwester

von Susanne Steuber

Seit zwei Jahren bin ich als Unterrichtsschwester in der Weiterbildung für Krankenschwestern/Pfleger in Anästhesie/Intensivmedizin und in der Krankenpflegeschule tätig. Mein Arbeitsbereich erstreckt sich auf Vermittlung von Theorie und Praxis der Krankenpflege auf der Intensivstation und Assistenz bei der Anästhesie. Meine hauptsächliche Aufgabe ist die praktische Unterweisung der Weiterbildungsteilnehmer. Diese wiederum lernen Krankenpflegeschüler an. Durch den ständigen Kontakt zu beiden Gruppen ist es leicht möglich, den theoretischen Unterricht praxisnah zu gestalten. Da ich nur für einen Teilbereich im Krankenhaus zuständig bin, kann ich ausreichenden Kontakt zu den Stationen halten. Andererseits kenne ich die Gegebenheiten der verschiedenen Bereiche, so daß ich die Schüler genügend darauf vorbereiten kann. Es wäre anzustreben, daß in allen Krankenpflegeschulen eine Unterrichtsschwester Kontaktperson für bestimmte Stationen ist. Dies ist ein möglicher Schritt, um die Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis abzubauen.

Zur Zeit wird noch an vielen Krankenpflegeschulen der Hessische Lernzielkatalog für die Ausbildung zugrunde gelegt. Die Lernziele sind aufgegliedert in 1. Jahr Grundpflege, 2. Jahr Behandlungspflege, 3. Jahr spezielle Pflege und selbständiges Arbeiten. Dementsprechend wird auch der Unterricht aufgebaut. Der Krankenpflegeschüler ist aber vom ersten Tag an mit allen Dingen konfrontiert, denn ein Patient hat physische, psychische und medizinische Bedürfnisse. Deshalb muß man sich zur Durchführung von patientenzentrierter Pflege auf die kranke Person konzentrieren und nicht auf Ausbildungsvorgaben.

Um Schülern theoretischen Hintergrund für ihre praktische Arbeit zu verschaffen, sollte sich der Unterricht an den Lernzielangeboten der Station orientieren. Jede Station erstellt einen Katalog und der Schüler lernt anhand der praktischen Gegebenheiten. Dieser Katalog wird auch zur Kontrolle seines Wissensstandes benutzt. Gleichzeitig erfolgt eine Beurteilung anhand der erreichten Lernziele.

Überall wird der Ruf nach humanen Krankenhäusern laut. Solange sich aber die Krankenpflegeausbildung an der Medizinausbildung orientiert, sind wir noch weit entfernt von einem menschlichen Krankenhaus. Wir sollten versuchen, uns endlich von den Ärzten zu emanzipieren und eine eigene Ausbildung mit den Schwerpunkten Psychologie, Soziologie, Pädagogik und Versorgung des kranken Menschen zu schaffen. Dazu gehört einfach der Mut, den vorgegebenen Rahmen des Krankenpflegegesetzes mit anderen Schwerpunkten zu füllen. Das heißt, daß die naturwissenschaftlichen Fächer auf ein Minimum zusammengestrichen werden. Genauso ist es möglich, die Anatomie, Physiologie im Zusammenhang mit den Erkrankungen zu unterrichten. Zur Unterstützung der Unterrichtsschwestern können Sozialarbeiter und Sozialpädagogen als freie Dozenten engagiert werden. Die Ausbildung darf nicht mehr hauptsächlich von Medizinern übernommen werden, weil diese die Patienten nur organbezogen therapieren und nicht als Mensch in einer bestimmten Sozialisation. Im Krankenpflege-

gesetz von 1966 (Ausbildungs- und Prüfungsordnung) sind 1100 Stunden verplant. Im Europäischen Übereinkommen werden inzwischen 1600 Stunden verlangt und an den meisten Schulen auch gewährleistet.

Die zusätzlichen 500 Stunden werden meistens in Anatomie, Krankheitslehre und Krankenpflege gegeben. In Psychologie, Pädagogik und Soziologie sind insgesamt 40 Stunden vorgesehen. Durch Erweiterung dieser Unterrichtsinhalte wäre es möglich, Gesprächsführung und Verhaltensweisen zu üben und in Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern auf der Station in Form von Therapiebesprechungen zu praktizieren. Nur durch die ständige Überprüfung von Verhaltensweisen und Weiterentwicklung der persönlichen Fähigkeiten erreichen wir ein humanes Krankenhaus. Es muß eine Gleichgewichtung in der Ausbildung von medizinischem Fachwissen und zwischenmenschlichen Beziehungen gegeben sein.

Wir sollten versuchen, unseren eigenen Weg zu finden, denn nur so erfahren wir vielleicht eines Tages Anerkennung von den Ärzten.

Literatur:

Krankenpflegegesetz in der Fassung vom 20. 9. 1965.

Gesetz zu dem Europäischen Übereinkommen vom 25.10. 1967 über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern.

Ausbildungs- und Prüfungsordnung vom 2. 8. 1966.

Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege vom 14. 1. 1982.

Hessischer Lernzielkatalog für die praktische Ausbildung in der Krankenpflege vom Juli 1975.

Grundregeln der Krankenpflege von Virginia Henderson.

Schülerhandbuch von Christel Bienstein.



Fortbildung bei der Caritas

Ich arbeite seit sieben Jahren in einer Uni-Klinik als Krankenschwester im Funktionsbereich Radiologie. Ich bemühte mich um eine Weiter- oder Fortbildung und wurde auf den Caritasverband aufmerksam gemacht, der alljährlich ein Seminar für Krankenschwestern und -pfleger anbietet, das zum Ziel die „Qualifizierung von Krankenschwestern und -pfleger für die mittlere Führungsebene im Krankenhaus“ hat.

Der Lehrgang ist berufsbegleitend, über ein Jahr lang, jede Woche einen Tag lang und wird vom Arbeitsamt gefördert.

In einigen Krankenhäusern wird dieses Seminar auch im Rahmen der fachlichen Weiterbildung anerkannt und die Schwestern werden am Seminartag freigestellt. Die Verwaltung der hiesigen Klinik hat meinen Antrag auf Freistellung abgelehnt, mit der Begründung, daß das Tarifrecht es nicht zuließe, mich in dem beantragten Umfang unter Fortzahlung der Vergütung vom Dienst frei zu stellen.

Neue, alternative Methoden, wie z. B. Abschaffung der Hierarchie im Krankenhaus, mehr Teamarbeit, Patientenmitarbeit, waren nur einige Diskussionspunkte, die sofort im Keim ersticken wurden.

Auch der medizinische Unterricht war eine totale Unterforderung für alle Teilnehmer des Kurses, den Stoff hatten wir schon während unserer Ausbildung behandelt und enthielt keine neuen Informationen.

Es gab keine neuen Perspektiven, keine Hoffnung auf Veränderung, kein Verständnis für die Schwestern, die reformieren wollen, neue Ideale setzen wollen, angefangen von der dringenden Verbesserung in der Ausbildung bis hin zum Kampf für die Verbesserung der Krankenversorgung und gegen die Unterdrückung des Pflegepersonals. Die Vertreter des Caritasverbandes sind der Meinung, daß die Schwester sich der Norm und der Tradition zu unterwerfen hat, den Beruf als Erfüllung des Lebens sieht und den Patienten im christlichen Sinn zu versorgen hat.



Mit meinem Personalchef konnte ich mich darauf einigen, die Fehlzeiten nachzuarbeiten (immerhin 8 Stunden in der Woche!).

Das Unterrichtsprogramm versprach einiges: Themen aus dem grundwissenschaftlichen Bereich, aus dem medizinischen Bereich, dem berufskundlichen Bereich und dem kommunikativen Bereich.

Ein viertel Jahr lang habe ich mir angehört, was der Caritasverband unter Fortbildung versteht. Berufsverbände, Planung und Organisation im Dienste einer angepaßten Pflegequalität waren Themen, die nicht nur sehr einseitig vorgetragen wurden, sondern auch absolut theoretisch und praxisfern waren.

Zaghafte Versuche einiger Teilnehmer des Kurses, diese Aussagen etwas kritischer zu durchleuchten oder gar ganz und gar anderer Meinung zu sein, wurden mit erhobenem Zeigefinger und bösem Blick bestraft und nicht weiter erörtert.

Die Caritas vermittelte bei mir das Gefühl, daß es sich hier nicht um eine fachliche Fortbildung handelte, sondern um eine missionarische Tätigkeit und um den Versuch, ihre Weltanschauung zu der unseren zu machen. Solange Fort- und Weiterbildung für Krankenschwestern so aussieht, werden Perspektivlosigkeit und Frustation immer mehr Schwestern dazu veranlassen, die Krankenhäuser zu verlassen.

Name ist der Red. bekannt.



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. Göttwald, A. Hutter, E.v. Kardorff, H. Keupp, E. Koenen, O. de Leonardi, 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

PRO und

... von Detlev Uhlenbrock



CONTRA

... und Unni Kristiansen-Kamps



Die Facharztanerkennung bedeutet die Berechtigung zum selbständigen und eigenverantwortlichen ärztlichen Handeln in dem jeweiligen Fachgebiet. Für den in einem operativen Fach weitergebildeten Arzt heißt das ganz wesentlich operativ tätig sein, als Facharzt häufig in der Funktion des Anleitenden, selbständig Handelnden, z. B. als Oberarzt/Chefarzt.

Für die operative Tätigkeit ist ein hohes Maß an Qualifikation Voraussetzung, die sich zusammensetzt aus morphologischen bzw. pathologischen Kenntnissen und der Beherrschung der jeweiligen Operationstechnik einschließlich einer erheblichen manuellen Geschicklichkeit. All diese Komponenten werden wesentlich beeinflußt durch die Erfahrung des Operateurs, die wiederum bestimmt wird durch die Summe der durchgeführten Eingriffe.

Natürlich ergibt die Durchführung einer großen Zahl an Operationen noch nicht die Garantie, daß jemand auch wirklich gut operieren kann, aber sie ergibt ein gutes Maß an Wahrscheinlichkeit. Insofern stellt der OP-Katalog in den operativen Fächern zwar ein mit Mängeln behaftetes, aber nicht ersetzbares Instrument dar. Denn wodurch sollte er ersetzt werden? Ein anderes Mittel zur objektivierbaren Erfassung von Kenntnissen, Fertigkeiten kann ich mir nicht vorstellen. Prüfungen am OP-Tisch sind ja nur schlecht möglich?! Sollte man vielleicht auf objektivierbare Kriterien zur Beurteilung der Fertigkeiten ganz verzichten und die Beurteilung der Fähigkeiten dem einzelnen selbst überlassen? Welchen Wert haben dann noch Facharztanerkennungen, und wer bremst Chefarzte/Oberärzte, die das Operieren nicht gelernt haben?

Nun wird eingewandt, die OP-Kataloge nötigen zu vermehrten, nicht erforderlichen Operationen, was auf Kosten der Patienten gehe. Dem ist aber entgegen zu halten, daß die OP-Indikationen ja in der Regel von denjenigen gestellt werden, die keinen OP-Katalog mehr „voll“ kriegen müssen, nämlich den Chef- und Oberärzten. Wohl kaum entscheiden die Assistenten, wer in welchem Ausmaß operiert werden darf. Dennoch bleibt es richtig, daß einige OP-Indikationen falsch gestellt werden, aber liegt das nur am OP-Katalog?

Oder nicht vielleicht an der „Eigendynamik“ des operativen Faches, die wir durchaus in Rechnung stellen sollten? Liegt es nicht auch manchmal an der mangelnden fachlichen Kompetenz, daß OP's durchgeführt werden ohne ausreichende Aussicht auf therapeutischen Erfolg? Nicht vergessen werden darf der Druck, der von unserem Krankenhausfinanzierungssystem ausgeht und die Abteilungsärzte anhält, die Betten voll zu machen. Da wird sicherlich schon mal so mancher Patient zur OP aufgenommen, ohne daß die unbedingt notwendig ist.

Es gibt in 8 Fächern OP-Kataloge, neben den großen Fächern Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Urologie auch in der HNO, Augenheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und Neurochirurgie. Wir sind es den Patienten in all diesen Fächern schuldig, daß nur diejenigen Ärzte verantwortlich einen Eingriff vornehmen dürfen, die nachweisen können, daß sie sich vorher bei einer ausreichenden Zahl von Operationen die nötige Routine angeeignet haben. Dabei ist nicht zur Diskussion gestellt, daß vielleicht die Gewichtung in den einzelnen Fächern überdacht werden müßte, einzelne Zahlen vielleicht zu hoch angesetzt sind usw.

Aber es soll doch niemand bei solchen Überlegungen das Kind mit dem Bade ausschütten!

Nach 6 Jahren Studium war eine der ersten Fragen, die ich überall hörte: „Und welchen Facharzt willst du machen?“ Wollte ich einen Facharzt machen? Oh ja, das müßte ich wollen! Schon damals habe ich einen Widerstand dagegen gespürt, daß jeder Mediziner sich gleich als Spezialist hervortun muß. Meiner Meinung nach werden viel zu viele Fachärzte ausgebildet – und sie werden auch noch unzweckmäßig ausgebildet.

Wie die Facharztausbildung heute aussieht, werden die Ärzte voll auf den Klinikbetrieb getrimmt. Wenn die Ausbildungszeit zu Ende ist, steht eine Menge potentieller Ober- und Chefarzte da, obwohl nach wie vor die hauptsächliche medizinische Versorgung im ambulanten Bereich stattfindet. Dies sollte – so meine ich – so bleiben – eher verstärkt werden! Aber: Ein niedergelassener Facharzt braucht ein anderes Wissen und Können als der Krankenhausarzt. Er braucht keine OP-Routine; er muß erkennen können. Er muß nicht mehrere 100 Mägen von innen durch das Gastroskop gesehen haben – er muß die Möglichkeiten und Grenzen dieses diagnostischen Hilfsmittels kennen.

Durch das Diagnostikprogramm für Internisten, Kinderärzte, Neurlogen bedingt, aber auch durch die Operations-Kataloge für Chirurgen und Gynäkologen, werden Indikationen zum diagnostischen Eingriff bzw. zur Operation nach dem Ausbildungsbedarf gestellt, nicht nach der medizinischen Notwendigkeit. Jeder, der

OP-Kataloge

im Krankenhaus gearbeitet hat, weiß, wie oft ein völlig reizloser Blinddarm entfernt wird. Es ist kein Geheimnis, daß das Alter der Frau oft eine Indikation zum Herausholen der Gebärmutter ist – oder weil sie sowieso schon genug Kinder hat.

Ein niedergelassener Gynäkologe muß wissen, wann es indiziert ist, eine Hysterektomie zu erwägen. Er muß aber dafür keine 200 solcher Operationen durchgeführt haben. Die vielen unnötigen Operationen haben zur Folge, daß Frauen ohne Gebärmutter sind, mit der sie wahrscheinlich besser leben würden, und der Facharzt hat eine Hysterektomieroutine, für die er nie Anwendung findet – es sei denn, er überweist weiter viele Frauen unnötigerweise zum Gebärmutterentfernen – damit die jüngeren Kollegen ihren Op-Katalog für den Facharzt zusammenkriegen.

Die Op-Kataloge täuschen eine gute Ausbildung vor. Sie täuschen vor, jedes andere Ausbildungs- und Weiterbildungsangebot zu ersetzen. Es gibt kaum individuelle Betreuung während der Ausbildung, selten organisierten Unterricht für die Assistenten; bis auf sporadische, oft genug einseitige Fortbildungsveranstaltungen der Pharmaindustrie, zu wenig Vorträge zur theoretischen Weiterbildung. Auf die Qualität der Ausbildung wird nicht geguckt, nur daß die Quantität laut Katalog erfüllt wird.

Dazu kommt noch, daß in vielen, vor allem kleinen Krankenhäusern Eingriffe und Maßnahmen bestätigt werden, die nie durchgeführt worden sind, nur, um Assistenten bei der Stange zu halten. Also stimmt's nicht mal mit der Quantität!

Arzthelferin – Traumberuf oder Ausbeutung?

Gaby Keppler, Auszubildende
Rita Maag, Arzthelferin

Der Beruf der Arzthelferin ist zur Zeit sehr gefragt bei Mädchen, die jetzt einen Ausbildungsplatz suchen. Einige der Gründe sind (ohne Anspruch auf Wissenschaftlichkeit oder Vollständigkeit) der soziale Aspekt des Berufes, der weiße Kittel als Arbeitskleidung, die soziale Stellung des Arztes als zukünftigen Arbeitgebers. Bei der Suche nach einem Ausbildungsplatz findet man Angebote in Zeitungen, kann zum Arbeitsamt gehen, wo jedoch nur spärlich Ausbildungsplätze angeboten werden (wohl, weil Ärzte in der Regel dort keine Ausbildungsplätze melden). Aus unserer Erfahrung aber wissen wir, daß die meisten Ausbildungsplätze nur über Beziehungen zu bekommen sind. Wir wollen einen Überblick über unsere Ausbildung geben und über die spätere Berufssituation.

Die Ausbildung der Arzthelferin dauert zwei Jahre. Begleitend wird die Berufsschule besucht, in der Regel zweimal pro Woche (auch samstags und mittwochs nachmittags). Diese vorwiegend theoretische Ausbildung geht, wie bei vielen anderen Berufen auch, fast total an der praktischen Ausbildung vorbei. Schon die Auswahl der Unterrichtsfächer läßt zweifeln, ob wirkliche Experten den Unterrichtsstoff festgelegt haben. Viele werden gar nicht zur Ausbildung der Arzthelferin gebraucht („Rechnen“, Fachkunde mit Anatomie und Hämatologie, Buchführung, Religion, Politik, Deutsch, Betriebswirtschaftslehre, Schreibmaschinenschreiben als nicht vollständige Aufzählung), das meiste wird nur recht oberflächlich vermittelt.

Die praktische Ausbildung im Betrieb, also in der Arztpraxis, ist sehr unterschiedlich. „Geschickte“ Arbeitgeber sind redlich bemüht, die Auszubildenden schnell und gut anzulernen, um sie möglichst bald als vollwertige Arbeitskräfte einzusetzen zu können. Das Jugendschutzgesetz wird dann in vielen Fällen übergangen, es kommen 45 und mehr Arbeitsstunden in der Woche zusammen. Geleistete Überstunden werden als selbstverständlich angesehen und weder in Freizeit abgegolten noch bezahlt. Was Azubis bei einem solchen „geschickten“ Arbeitgeber leisten, läßt sich kaum in Worten ausdrücken: Patientennahme, Karteführung, Spritzen, Verbände, Gipse, EKG's, Röntgen, Bestrahlungen, Telefon, Rezepte, Quartalsabrechnungen und Patientenbetreuung. Nicht zu vergessen das immer freundliche Gesicht!

Oft jedoch wird die Pflicht zur Ausbildung rigoros mißachtet. Azubis putzen Waschbecken, schneiden Tupfer und Pflaster, reinigen unermüdlich Deckgläschen und Objektträger, wischen Fußböden usw., können so nach zwei Jahren fast keine der Arbeiten, die eigentlich den Beruf ausmachen sollen. Daß dennoch bei den Prüfungen nur wenige durchfallen, liegt am Ausbildungs- und Prüfungsstoff, den man ja „nebenher“ einpacken kann. Daß aber unter diesen Arbeits- und Ausbildungsbedingungen die meisten Azubis ohne Murren durchhalten, ist schwer zu erklären. Vielleicht liegt es am Sozialprestige der Arbeitgeber, denn die Ärzte haben in unserer Gesellschaft ja nach wie vor ein enormes Ansehen. Und sie bezeichnen sich häufig selber als „sozial engagiert“, da sie ja Menschen behandeln und heilen.

Sieht man sich aber die Bezahlung der Auszubildenden in Arztpraxen an, wird der soziale Anspruch aber schnell zum Deckmantel für eine enorme Ausbeutung der Azubis. Denn diese erhalten im 1. Lehrjahr eine Ausbildungsbeihilfe von 480,- DM brutto, d. h. ca. 2,- DM Stundenlohn brutto unter Bedingungen, wie wir sie oben geschildert haben, daß also Stellen für voll ausgebildete Helferinnen oder auch Putzfrauen durch Azubis eingespart werden! Daß dies keine bloße Vermutung ist, zeigt die Tatsache, daß nach zwei Jahren Ausbildungszeit und bestandener Prüfung heute der Großteil der Azubis nicht mehr ins Arbeitsverhältnis übernommen wird!

Nach der Ausbildung, vor allem, wenn sie keinen Arbeitsplatz finden, versuchen dann viele Arzthelferinnen, durch weiterführende Schulen bessere Chancen zu erreichen. Doch auch diese Schulen, z. B. MTA- oder PTA-Schulen, haben lange Wartezeiten und sind oft auf Jahre hinaus ausgebucht. Aufstiegsmöglichkeiten im Beruf der Arzthelferin oder entsprechende Weiterbildungen gibt es so gut wie gar nicht. Bei einem Praxiswechsel, der oft nötig wird, weil man nach der Ausbildung nicht übernommen wird, ergeben sich dann enorme Schwierigkeiten, wenn dabei auch die Fachrichtung wechselt. Ein Wechsel von einem Augenarzt zu einem Internisten z. B. ist fast unmöglich, da man den jeweiligen Anforderungen in keiner Weise gewachsen ist.

Im ersten Jahr nach der Ausbildung beträgt das Gehalt einer Arzthelferin 1447,- DM



brutto, das entspricht einem Stundenlohn von 7,24 DM brutto. Dabei ist eine Arzthelferin sozusagen ständig „da“, sie kommt vor dem Arzt und geht, wenn dieser gegangen ist. Sie bereitet nahezu alles in der Praxis vor, räumt auf, kümmert sich um die Praxiswäsche, plant und bestellt Patienten ein, kann natürlich nur dann Urlaub haben, wenn der Chef in Urlaub geht. Die Zahl der Beschäftigten liegt meist unter 5, damit fallen Interessenvertretungsrechte und Kündigungsschutzrechte weg, wer den Mund aufmacht, wird fristlos oder zum nächsten Termin gekündigt, es gibt ja so viele Kolleginnen, die noch eine Stelle suchen! Daß Azubis und Arzthelferinnen nicht häufiger auf die Barrikaden gehen, liegt sicher teilweise an dieser Situation. Aber auch daran, daß viele Ärzte mit feineren Methoden ihre Mitarbeiterinnen „bestechen“. Sie bezahlen übertariflich, auch wenn dies oft nur Minimalbeträge sind, dies macht einen guten Eindruck und verpflichtet. Die Kolleginnen einer Praxis wissen dabei oftmals nicht das Gehalt der anderen, es wird sogar verboten, dies gegenseitig mitzuteilen unter Androhung der Kündigung. Vielfach werden nach der Ausbildung auch unzulässige Jahresverträge abgeschlossen, die dann nach angeblich nicht erbrachter Leistung nicht verlängert werden. Oftmals werden Gehaltserhöhungen wieder rückgängig gemacht, wenn der Arbeitgeber der Meinung ist, man sei zu häufig krank gewesen. Eine gewerkschaftliche Interessenvertretung in Arztpraxen gibt es fast überhaupt nicht, denn wer dies versucht und dabei bekannt wird, hat mit vielen Repressalien und meistens der Kündigung zu rechnen. Auch ist bekannt, daß es unter Ärzten schwarze Listen gibt, auf denen Arzthelferinnen verzeichnet sind, deren gewerkschaftliche Aktivitäten bekannt wurden. Dazu kommt, daß die Standesorganisationen der Ärzte bisher erfolgreich Tarifverhandlungen mit der ÖTV verhindern konnten, der einzigen Gewerkschaft, in der sich Arzthelferinnen organisieren können und auch in zunehmender Zahl organisieren.

Wir hoffen, daß dies angesichts der Arbeits- und Ausbildungsbedingungen und der mehr als schlechten Bezahlung bald so viele sein werden, daß wir uns bessere Bedingungen erkämpfen können.

Geschäft mit der Ausbildung

Von Rita Maag und Bettina Strunk

Die Rheinische Akademie in Köln bietet Aus- und Fortbildungslehrgänge aller Art an.

In den medizinischen Bereich fallen Lehrgänge zu Medizinisch-Kaufmännischen Assistenten (MKA) oder Biologisch-Technische Assistenten (BTA). Schüler für die Rheinische Akademie werden in erster Linie durch Zeitungsannoncen, Mundpropaganda und durch das Arbeitsamt angeboten.

Die R.A. bietet die Möglichkeit, gegen Zahlung eines Schulgeldes von 540,— DM pro Semester, einen Ausbildungsplatz zu bekommen. Diese Möglichkeit wird von vielen wahrgenommen, auch für Lehrgänge, die keinen staatlichen Abschluß vermitteln wie z.B. MKA, wo anschließende Berufsausübung fraglich ist.

Aufnahmebedingungen für die überwiegend 4 Semester dauernden Kurse sind Mittlere Reife, teilweise auch Hauptschulabschluß und die Zahlung des Schulgeldes.

Die Zahlung des Schulgeldes dient nach Angaben der Schule nur der Materialaufwendung, denn die R.A., getragen von einem gemeinnützigen Verein, erhält für Lehrkräfte staatliche Zuschüsse. Diese sind in der Regel Studenten, Wissenschaftler oder Personen mit abgebrochenem Studium, deren „pädagogische“ Fähigkeiten sich oftmals in Beleidigungen und unmißverständlichen Drohungen erschöpfen.

So wurden Schüler des ersten Semesters am ersten Tag mit den Worten begrüßt: „Ich garantiere Ihnen, daß am Ende des ersten Semesters 10 Leute weniger hier sitzen.“

Zu der Angst vor Disziplinierung und unrechter Notengebung, die ja nicht nachzuweisen ist, kommt die Sorge um die weitere Finanzierung eines Semesters, immerhin 540,— DM. Diese werden auf jeden Fall einbehalten, auch wenn die Ausbildung abgebrochen wird.

Das Beispiel der BTA's mag die Situation verdeutlichen. Im Rahmen dieses Lehrganges sind vier Schwerpunkte möglich: Medizin, Ökologie, Mikrobiologie, Biochemie.

Durch die hohen Aufnahmезahlen sind die Klassen überfüllt (bis zu 40 Schülern), auf den einzelnen wird nicht eingegangen.

Durch hohe Leistungsanforderungen und Druck der Lehrer kommt es in kürzester Zeit zu einer starken Reduzierung der Schülerzahl.

Eine Gewinnmöglichkeit der R.A., denn das Schulgeld wird nicht zurückgezahlt.

Eine andere Verdienstmöglichkeit bieten die Praktikumstage: Rechnet man durch, was pro Schüler und Praktikumstag an

Schlange stehen zu müssen, um dann endlich einen kurzen Blick auf einen aufgeschnittenen Blumenstiel zu werfen.

Doch über die Verwendung des Geldes schweigt die Schule. Immerhin sind dies mehrere Millionen DM pro Jahr.

Und das Geschäft blüht weiter.

Durch die Jugendarbeitslosigkeit bedingt steigt sich der Zulauf zu solchen Schulen.

Arbeitslosen Jugendlichen ohne jegliche Zukunftsperspektive wird durch solche Institutionen vorgegaukelt, sich einen Beruf oder eine Lehrstelle erkaufen zu können. Die Berufe, die oftmals von diesen Schulen angeboten werden, klingen vom Namen her in den Ohren manchen Schulabgängers oder Arbeitslosen wie Zukunftsmusik.

Doch die Realität zeigt bereits heute, daß auch in diesen Beruffssparten die Arbeitslosigkeit ständig steigt, und mancher froh sein kann, einen, wenn auch oftmals unter Preis gelegenen Job bekommen. Bleibt nur zu hoffen, daß an diesen Schulen durch Profitgier nicht eine Schwämme produziert wird, die der Markt nie aufnehmen wird.



Offener Brief an die zurückgetretene Bundesgesundheitsministerin Antje Huber



UNIVERSITÄT HAMBURG

Fachschaft Medizin · Universitätskrankenhaus Eppendorf
Martinistraße 52 · 2000 Hamburg 20

**FACHSCHAFT
MEDIZIN**

Fachsekretariat der
Vereinigten deutschen Studentenschaften

Hamburg, 15.4.82

Fachkonferenz Medizin in der VDS – Bundesweite Medizinstudentenvertretung

Verehrte Frau Huber,

als Grund für Ihren Rücktritt nannten Sie insbesondere, daß sie für Dinge verantwortlich gemacht wurden, die Sie gar nicht zu verantworten hätten (Die Welt vom ...). Obenan standen die hohen Durchfallquoten bei den zentral gesteuerten ärztlichen Prüfungen im vergangenen Frühjahr. Angeblich mußten Sie sich „mit 6000 Medizinstudenten auf der Straße herumprügeln“.

Richtig ist, daß sich aus Protest gegen diese Willkürprüfung an jenem 7. Mai 81 8000 Medizinstudenten vor Ihrem Ministerium versammelt hatten.

Richtig ist, daß ich Sie im Namen und mit Unterstützung dieser 8000 Kommilitonen zu einer öffentlichen Stellungnahme aufforderte. Eine Selbstverständlichkeit, der Sie – nach einigem Zögern – auch nachkamen.

Schon damals erzählten Sie, wie unbedeutend Ihre Verantwortung sei, welch kleines „Mosaiksteinchen“ Ihr Ministerium in dem Entscheidungsprozeß darstelle.

Die Kommilitonen glaubten Ihnen nicht, wie aus dem Pfeifkonzert unschwer zu erkennen war. Sie sollten damit recht behalten.

Keine Stunde später fiel uns in Ihrem Ministerium ein internes Papier auf: Unter der Überschrift: „Für das Kabinett wichtig“ wurden darin die Gesundheitsminister der Länder angegriffen, die mittlerweile angeblich aus „opportunistischen Gründen“ unsere berechtigten studentischen Forderungen unterstützten. Weiter war dort zu lesen: Die Erfüllung der studentischen Forderungen „verdirbt auf Dauer die Preise“.

Wir haben dieses Kabinettpapier an allen Universitäten veröffentlicht. In einem Brief an Sie faßten wir die Reaktion folgendermaßen zusammen: Das Vertrauen einer ganzen Generation angehender Ärzte in die politisch Verantwortlichen unseres Landes ist weiter erschüttert worden.

Ihr angeblich nicht vorhandene Verantwortung wird auch noch an einem anderen Punkt deutlich:

Zum selben Zeitpunkt, an dem Sie zurücktreten, weil Sie u. a. die Verantwortung für den versuchten Ausschluß von 3000 Kommilitonen vom Weiterstudium durch gesteuerte hohe Durchfallzahlen ablehnen, wird in Ihrem Ministerium die neueste Gesetzesverordnung über die ärztliche Ausbildung fertiggestellt. Wichtigstes Ziel dieser 4. Approbationsordnungsnovelle: Die beabsichtigte scharfe Selektion der Kommilitonen über die Einführung zusätzlicher mündlicher Prüfungen. Statt 3000 sollen in Zukunft zehntausend scheitern.

Das Tüpfelchen auf dem „i“: Diese 4. AO-Novelle ist das Ergebnis 4-jähriger Bemühungen Ihres Ministeriums zur Verbesserung der ärztlichen Ausbildung.

Wirkliche Verbesserungen hin zu einer praxis- und patientenorientierten ärztlichen Ausbildung wurde in dem vorgelegten „Positionspapier der BMJFG“ mit dem zynischen Satz abgetan:

„Auf eine grundsätzliche Reform der ärztlichen Ausbildung wird verzichtet“.

Die Verantwortung für diese neueste Novelle könnten Sie allerdings nur ableugnen, wenn Sie erklärten, die Vorgänge im Bereich Ausbildung unter Ministerialrätin Schleicher nicht zu kennen.

Als studentischer Vertreter in der Ausbildungskommission Ihres ehemaligen Ministeriums habe ich die Degeneration der Arbeit von einer Reformkommission hin zu einer „Sachverständigenarbeitsgruppe zu Fragen der ärztlichen Prüfungen“ selbst miterleben müssen.

Ich bin jederzeit bereit, Ihnen Einblick in die erschütternden Protokolle dieser Sitzungen zu gewähren.

Tragen Sie etwa auch nicht die Verantwortung dafür, daß mit eben dieser AusbildungsNovelle die „Katastrophenmedizin“ per Gesetz in die ärztliche Ausbildung aufgenommen werden soll – parallel zur gesetzlichen Anpassung des gesamten Gesundheitswesens an den Kriegsfall?

Liebe Frau Huber, wir wissen, daß die Ausbildung von mehr und besseren Ärzten die Bereitstellung von erheblich mehr finanziellen Mitteln erfordert.

Unser Protest gegen die Durchfallquoten war deshalb in erster Linie auch ein Protest gegen die Kostendämpfungspolitik mittels der Steuerung der Ärztezahlen.

Er steht in einer Reihe mit dem Protest gegen Krankenhausschließungen, Bettenabbau und Stellenabbau – gegen die massiven Kürzungen im gesamten Gesundheits- und Sozialbereich.

Wir haben diesen Zusammenhang betont.

Wenn Sie jetzt – ein Jahr nach unserem Protest – angeben, die Kindergeldkürzungen und die Streichung des Taschengeldes in Altenheimen nicht mehr mitmachen zu können, so könnte man fast meinen, wir seien uns in einem wichtigen Punkt einig geworden.

Gleichgültig, ob diese Erkenntnis ehrlich gemeint ist oder nicht: Niemand kann Sie von Ihrer politischen Verantwortung entbinden.

Ihre Nachfolgerin – Anke Fuchs – wird gut daran tun, sich diese Kritik zu Herzen zu nehmen.

Neues Krankenpflegegesetz

Nach 10jähriger Diskussion liegt nun der neue Entwurf des Krankenpflegegesetzes vor (Bundesratsdrucksache 134/82). Dieser Entwurf wird als abschließende Regelung bezeichnet. Doch das Ei des Kolumbus ist er wahrlich nicht, sondern ein fauler Kompromiß aller an der Diskussion beteiligten Organisationen, in dem die Schwesternverbände sich durchsetzen konnten. Wahr sind einzelne Bestimmungen die aus dem Berufsbildungsgesetz übernommen wurden, zu begrüßen, dafür wiegen das Weiterbestehen des Sonderstatus in der Krankenpflege, die Beibehaltung der Kinderkrankenpflege und der Krankenpflegehilfe, die Verlängerung der Probezeit auf 4 Monate, die nicht ideale Fehlzeitenregelung um so schwerer. Wie aus dem BMJFG verlautet will man sich bei der Ausbildungs- und Prüfungsordnung am Entwurf aus dem Jahre 79 orientieren. Darin werden u. a. 10 Nachtwachen festgeschrieben. Von daher ist das neue Krankenpflegegesetz abzulehnen und dies muß mit allen Mitteln auch deutlich gemacht werden. Eine Hinnahme des Entwurfes unter Protest, wie die ÖTV es plant, dient nicht einer verbesserten Ausbildung.

Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPfG –) Auszug

§ 1

- (1) Der Erlaubnis bedarf, wer eine der Berufsbezeichnungen
1. „Krankenschwester“ oder „Krankenpfleger“,
2. „Kinderkranke Schwester“ oder „Kinderkranke Pfleger“ oder
3. „Krankenpflegehelferin“ oder „Krankenpflegehelfer“ führen will.

II. Abschnitt Ausbildung

§ 4

(1) Die Ausbildungen für Krankenschwestern und Krankenpfleger, für Kinderkranke Schwester und Kinderkranke Pfleger dauern jeweils drei Jahre und schließen mit der staatlichen Prüfung ab. Sie bestehen aus theoretischem und praktischem Unterricht und einer praktischen Ausbildung. Unterricht und praktische Ausbildung werden in staatlich anerkannten Einrichtungen der Krankenpflege- und Kinderkranke Pflegeausbildung an Krankenhäusern (Ausbildungsstätten) vermittelt.

(2) Ausbildungsstätten sind als geeignet für Ausbildungen nach Absatz 1 staatlich anzuerkennen, wenn sie 1. von einer Unterrichtsschwester, einem Unterrichtspfleger oder gemeinsam von einem Arzt und einer Unterrichtsschwester oder einem Unterrichtspfleger geleitet werden,
2. über eine im Verhältnis zur Zahl der Ausbildungsplätze ausreichende Zahl geeigneter Unterrichtskräfte verfügen,
3. die erforderlichen Räume und Einrichtungen für den Unterricht besitzen,
4. als Ausbildungsstätten

- a) für die Krankenpflege mit einem Krankenhaus verbunden sind, bei dem die Durchführung der praktischen Ausbildung auf den Gebieten der Inneren Medizin, der Chirurgie sowie der Gynäkologie oder Psychiatrie durch Krankenschwestern oder Krankenpfleger gewährleistet ist,
- b) für die Krankenpflege mit einem Kinderkrankenhaus oder einer von einem hauptberuflich angestellten Kinderarzt geleiteten Kinderabteilung eines Allgemeinkrankenhauses verbunden sind, bei dem die Durchführung der praktischen Ausbildung durch Kinderkranke Schwester oder Kinderkranke Pfleger gewährleistet ist.

Teile der praktischen Ausbildung können, sofern das Ausbildungsziel es zuläßt oder darüberhinaus erfordert, auch in einer Einrichtung durchgeführt werden, die von der zuständigen Behörde zur Ausbildung ermächtigt ist.

§ 5

Voraussetzung für den Zugang zu einer Ausbildung nach § 4 Abs. 1 ist eine abgeschlossene Realschulbildung, eine andere gleichwertige Schulbildung, ein Hauptschulabschluß und der Besuch einer mindestens zweijährigen Pflegeschule oder eine nach Hauptschulabschluß abgeschlossene Berufsausbildung von mindestens zwei Jahren sowie die Vollendung des siebzehnten Lebensjahrs.

§ 9

Auf die Dauer einer Ausbildung nach § 4 Abs. 1 werden Unterbrechungen bis zu einer Gesamtdauer von zwölf Wochen, bei verkürzten Ausbildungen nach §§ 6 bis 8 bis zu höchstens vier Wochen jährlich, angerechnet. Auf Antrag können auch darüberhinausgehende Fehlzeiten berücksichtigt werden, soweit eine besondere Härte vorliegt und das Ausbildungsziel durch die Anrechnung nicht gefährdet wird.

§ 10

(1) Die Ausbildung für Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer dauert ein Jahr und schließt mit der staatlichen Prüfung ab. Sie wird in staatlich anerkannten Einrichtungen der Krankenpflegeausbildung an Krankenhäusern (Ausbildungsstätten für die Krankenpflegehilfe) durchgeführt.

(2) Ausbildungsstätten für die Krankenpflegehilfe sind als geeignet staatlich anzuerkennen, wenn sie 1. von einer Unterrichtsschwester oder einem Unterrichtspfleger oder gemeinsam von einem Arzt und einer Unterrichtsschwester oder einem Unterrichtspfleger geleitet werden,
2. über eine im Verhältnis zur Zahl der Ausbildungsplätze ausreichende Zahl geeigneter Unterrichtskräfte verfügen,
3. die erforderlichen Räume und Einrichtungen für den Unterricht besitzen und
4. mit einem geeigneten Krankenhaus verbunden sind.

(3) Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist eine abgeschlossene Volks- oder Hauptschulbildung oder eine abgeschlossene Berufsausbildung sowie die Vollendung des siebzehnten Lebensjahres.

(5) Auf die Dauer der Ausbildung werden Unterbrechungen bis zu einer Gesamtdauer von vier Wochen angerechnet. Auf Antrag können auch darüberhinausgehende Fehlzeiten berücksichtigt werden, soweit eine besondere Härte vorliegt und das Ausbildungsziel durch die Anrechnung nicht gefährdet wird.

§ 11

(1) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates in Ausbildungs- und Prüfungsordnungen für Krankenschwestern und Krankenpfleger sowie für Kinderkranke Schwester und Kinderkranke Pfleger die Mindestanforderungen an die dreijährigen Ausbildungen nach § 4 Abs. 1, das Nähere über die staatlichen Prüfungen und die Urkunden für die Erlaubnisse nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 zu regeln. In der Rechtsverordnung ist vorzusehen, daß der Auszubildende an theoretischem und praktischem Unterricht und an einer praktischen Ausbildung teilnehmen hat. Die Ausbildung für Krankenschwestern und Krankenpfleger und für Kinderkranke Schwester und Kinderkranke Pfleger hat sich auch auf die Kranken- und Kinderkranke Pflege in der Psychiatrie zu erstrecken. Bei der Festlegung der Mindestanforderungen an die dreijährige Ausbildung in der Krankenpflege ist das Europäische Übereinkommen vom 25. Oktober 1967 über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern (BGBl. II 1972 S. 629) zu berücksichtigen. Insbesondere ist eine Mindeststundenzahl von viertausendsechshundert Stunden vorzusehen, von denen mindestens die Hälfte auf die praktische Ausbildung und nicht weniger als ein Drittel auf den theoretischen und praktischen Unterricht entfallen. Dasselbe ist für die Ausbildung in der Kinderkranke Pflege vorzuschreiben.

(3) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates in einer Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer die Mindestanforderungen an die einjährige Ausbildung nach § 10 Abs. 1, das Nä-

here über die staatliche Prüfung und die Urkunden für die Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 zu regeln. In der Rechtsverordnung ist vorzusehen, daß der Auszubildende während der Ausbildung an theoretischem und praktischem Unterricht und an einer praktischen Ausbildung teilnehmen hat. Für die Ausbildung ist eine Mindeststundenzahl von eintausendsechshundert Stunden vorzuschreiben. Die Ausbildung soll sich auch auf die Krankenpflegehilfe in der Psychiatrie erstrecken.

§ 12

Der Träger der Ausbildungsstätte (Ausbildender), der einen anderen zur Ausbildung nach diesem Gesetz einstellt, hat mit dem Auszubildenden einen Ausbildungsvertrag nach Maßgabe der Vorschriften dieses Abschnitts zu schließen.

§ 13

(1) Der Auszubildende hat unverzüglich nach Abschluß des Ausbildungsvertrages, spätestens vor Beginn der Ausbildung, den wesentlichen Inhalt des Vertrages schriftlich niederzulegen. Die Niederschrift muß mindestens enthalten:

1. die Bezeichnung des Berufs, zu dem nach den Vorschriften dieses Gesetzes ausgebildet wird,
2. Beginn und Dauer der Ausbildung,
3. Angaben über Ausbildungmaßnahmen außerhalb der Ausbildungsstätte,
4. die Dauer der regelmäßigen täglichen oder wöchentlichen Ausbildungszüge,
5. die Dauer der Probezeit,
6. Angaben über Zahlung und Höhe der Vergütung,
7. die Dauer des Urlaubs,
8. die Voraussetzungen, unter denen der Ausbildungsvertrag gekündigt werden kann.

(2) Die Niederschrift ist von dem Auszubildenden, dem Auszubildenden und dessen gesetzlichem Vertreter zu unterzeichnen.

(3) Der Auszubildende hat dem Auszubildenden und dessen gesetzlichem Vertreter eine Ausfertigung der unterzeichneten Niederschrift unverzüglich auszuhändigen.

(4) Bei Änderungen des Ausbildungsvertrages gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.

§ 14

(1) Eine Vereinbarung, die den Auszubildenden für die Zeit nach Beendigung des Ausbildungsverhältnisses in der Ausübung seiner beruflichen Tätigkeit beschränkt, ist nichtig. Dies gilt nicht, wenn sich der Auszubildende innerhalb der letzten drei Monate des Ausbildungsverhältnisses dazu verpflichtet, nach dessen Beendigung mit dem Auszubildenden ein Arbeitsverhältnis auf bestimmte Zeit einzugehen.

(2) Nichtig ist auch eine Vereinbarung über

1. die Verpflichtung des Auszubildenden, für die Ausbildung eine Entschädigung zu zahlen,
2. Vertragsstrafen,
3. den Anschluß oder die Beschränkung von Schadensatzansprüchen,
4. die Festsetzung der Höhe eines Schadensersatzes in Pauschbeträgen,

§ 15

- (1) Der Auszubildende hat
 1. dafür zu sorgen, daß dem Auszubildenden die Kenntnisse, das Verständnis und die Fertigkeiten vermittelt werden, die ihn zur Ausübung des Berufs auf der Grundlage einer dem einzelnen Menschen und der Allgemeinheit verpflichteten beruflichen Einstellung befähigen,
 2. die Ausbildung in einer durch ihren Zweck gebotenen Form planmäßig, zeitlich und sachlich gegliedert so durchzuführen, daß das Ausbildungsziel in der vorgesehenen Ausbildungszeit erreicht werden kann,

3. dem Auszubildenden kostenlos die Ausbildungsmittel, insbesondere Lehrbücher, Instrumente und Apparate zur Verfügung zu stellen, die zur Ausbildung und zum Ablegen der staatlichen Prüfung erforderlich sind,
 4. dafür zu sorgen, daß der Auszubildende charakterlich gefördert sowie seelisch und körperlich nicht gefährdet wird.
 (2) Dem Auszubildenden dürfen nur Verrichtungen übertragen werden, die dem Ausbildungszweck dienen und seinen körperlichen Kräften angemessen sind.

§ 16

(1) Auf Antrag hat der Auszubildende bei Beendigung des Ausbildungsverhältnisses dem Auszubildenden ein Zeugnis auszustellen.
 (2) Das Zeugnis muß Angaben enthalten über Art, Dauer und Ziel der Ausbildung sowie über die erworbenen Fertigkeiten und Kenntnisse des Auszubildenden. Auf Verlangen des Auszubildenden sind nach Angaben über Führung, Leistung und besondere fachliche Fähigkeiten aufzunehmen.

§ 18

(1) Der Auszubildende hat dem Auszubildenden eine angemessene Vergütung zu gewähren.
 (2) Sachbezüge können in der Höhe der durch Rechtsverordnung nach § 17 Satz 1 Nr. 3 Viertes Buch Sozialgesetzbuch bestimmten Wert angerechnet werden, jedoch nicht über fünfundsiezig vom Hundert der Bruttovergütung hinaus.
 (3) Eine über die vereinbarte regelmäßige tägliche oder wöchentliche Ausbildungzeit hinausgehende Beschäftigung ist besonders zu vergüten.

Dritter Unterabschnitt Beginn und Beendigung des Ausbildungsverhältnisses

§ 21

Das Ausbildungsverhältnis beginnt mit der Probezeit. Die Probezeit beträgt
1. bei Krankenschwestern, Krankenpflegern, Kinderkranischwestern und Kinderkrankenpflegern vier Monate,
2. bei Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern zwei Monate.

§ 22

(1) Das Ausbildungsverhältnis endet mit dem Ablauf der Ausbildungzeit.
 (2) Besteht der Auszubildende vor Ablauf der vorgeschriebenen Ausbildungzeit die staatliche Prüfung, so endet das Ausbildungsverhältnis mit Bestehen der staatlichen Prüfung, sofern die in § 11 Abs. 1 Satz 5, 6 oder Abs. 3 Satz 3 festgelegten Mindeststundenzahlen nachgewiesen werden und der Auszubildende bei der Meldung zur staatlichen Prüfung den schriftlichen Antrag gestellt hat, das Ausbildungsverhältnis nicht bis zum Ablauf der vorgeschriebenen Ausbildungszzeit fortzusetzen.
 (3) Besteht der Auszubildende die staatliche Prüfung nicht, so verlängert sich das Ausbildungsverhältnis auf seinen schriftlichen Antrag bis zur nächstmöglichen Wiederholungsprüfung, höchstens jedoch um ein Jahr.

Vierter Unterabschnitt Sonstige Vorschriften

§ 24

Wird der Auszubildende im Anschluß an das Ausbildungsverhältnis beschäftigt, ohne daß hierüber ausdrücklich etwas vereinbart worden ist, so gilt ein Arbeitsverhältnis auf unbestimmte Zeit als begründet.

§ 25

Eine Vereinbarung, die zu ungünstigen des Auszubildenden von den Vorschriften des III. Abschnitts dieses Gesetzes abweicht, ist nichtig.

§ 26

Die §§ 12 bis 25 finden keine Anwendung auf Auszubildende, die Mitglieder geistlicher Gemeinschaften oder Diakonissen oder Diakonessschwestern sind.

Erster Unterabschnitt Landesausschüsse

§ 28

Bei der Landesregierung wird ein Landesausschuß für die Ausbildungen in der Krankenpflege errichtet. Er hat die Landesregierung in den Fragen der Ausbildungen nach diesem Gesetz zu beraten, die sich für das Land ergeben.

§ 29

(1) Der Landesausschuß setzt sich zusammen aus einer gleichen Zahl von Beauftragten der Träger der Ausbildungsstätten, der Arbeitnehmer und der obersten Landesbehörden. Die Hälfte der Beauftragten der obersten Landesbehörden müssen in Fragen der Ausbildungen nach diesem Gesetz sachverständig sein.

§ 30

(1) Die Landesregierung kann bestimmen, daß bei der zuständigen Behörde ein Ausschuß für die Ausbildungen in der Krankenpflege errichtet wird, der die zuständige Behörde in den Fragen der Ausbildungen nach diesem Gesetz zu beraten hat, die sich für den Zuständigkeitsbereich der Behörde ergeben.

(2) Die zuständige Behörde hat einen nach Absatz 1 errichteten Ausschuß in allen wichtigen Angelegenheiten der Ausbildungen nach diesem Gesetz zu unterrichten und zu hören.

(3) Dem Ausschuß nach Absatz 1 gehören sechs Beauftragte der Träger der Ausbildungsstätten und sechs Beauftragte der Arbeitnehmer sowie mit beratender Stimme sechs Unterrichtsschwestern oder Unterrichtspfleger an. Die Unterrichtsschwester und Unterrichtspfleger sind auf Vorschlag der Berufsorganisationen für die durch dieses Gesetz geregelten Berufe von der nach Landesrecht zuständigen Behörde längstens für vier Jahre zu berufen. Im übrigen gilt § 29 Abs. 2 bis B entsprechend.

Begründung

Bei der Ausbildung soll insbesondere das Erlernen medizinischer, pflegerischer und technischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die praktische Unterweisung sowie die Vermittlung klinischer Erfahrung im Vordergrund stehen. Diesen Anforderungen kann nur durch eine weitestgehend im Krankenhaus durchgeführte Ausbildung entsprochen werden. Die praktische Ausbildung ist zu ergänzen durch theoretischen und praktischen Unterricht an Ausbildungsstätten, die mit dem Krankenhaus verbunden sind.

Die Verbesserung der bisherigen Ausbildungen für Krankenschwestern, Krankenpfleger, Kinderkranischwestern und Kinderkrankenpfleger machen nur noch insoweit zusätzliche personelle und sachliche Ausstattungen und Ausbildungseinrichtungen erforderlich, als nicht bisher schon eine den Mindestanforderungen des Europäischen Übereinkommens sowie der Richtlinie des Rates 77/453/EWG entsprechende Ausbildung vermittelt wird. Nach den Angaben der Länder ist davon auszugehen, daß dies bei den bestehenden Ausbildungseinrichtungen inzwischen bereits weitgehend der Fall ist. Damit sind die durch das Gesetz nunmehr noch verursachten Mehrkosten als unerheblich anzusehen.

Den Trägern von Ausbildungsstätten in der Krankenpflegehilfe werden Mehrkosten durch die Anhebung der Stundenzahl für den theoretischen und praktischen Unterricht erwachsen, die auf jährlich 1,2 Millionen DM geschätzt werden. Dabei werden ca. 4000 Auszubildende pro Jahr und Mehrkosten pro Ausbildungsplatz und Jahr von 300 DM angenommen. Diese Angaben beziehen sich ausschließlich auf die für den theoretischen und praktischen Unterricht entstehenden Kosten, die nach Mitteilungen der Länder pro Jahr und Ausbildungsplatz im Durchschnitt 2700 DM bis 3000 DM betragen. Die durch das Gesetz verursachten Mehrkosten wurden mit rund 10 vom Hundert dieses Kostenatzes geschätzt.

Die Kosten des Unterrichts nach diesem Gesetz werden nach Maßgabe des § 17 Abs. 4a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis zum 31. Dezember 1988 im Pflegesatz berücksichtigt. Insoweit fallen die durch das Gesetz verursachten Mehrkosten den Krankenhausberatern bzw. deren Kostenträgern zur Last. Ab 1. Januar 1989 sind die Unterrichtskosten von den Ländern entsprechend ihrer Zuständigkeit im Bildungswesen zu tragen.

Im Gegensatz zu den Regelungen des Krankenpflegegesetzes, das in Fällen, in denen der Volksschulabschluß bis zum 1. Oktober 1974 erreicht wird, diesen genügen läßt, verlangt das Übereinkommen als Vorbildungsvoraussetzung im Regelfall eine mindestens zehnjährige Schulbildung.

Nach sorgfältiger Überprüfung hat sich die Bundesregierung dazu entschlossen, Vorschriften des Zweiten Teils des Berufsbildungsgesetzes über das Berufsausbildungsverhältnis (§§ 12–25), aus dem Dritten Teil die Regelungen über die Überwachung der Ausbildung

und die Ausbildungsberater (§ 27) sowie aus dem Vier-ten Teil Regelungen über einen Landesausschuß (§§ 28, 29) und einen Ausschuß bei der zuständigen Behörde (§ 30) unter entsprechender Anpassung an die Besonderheiten der Ausbildungen in der Krankenpflege in das Gesetz aufzunehmen. Sie hält es in soweit für notwendig und zweckmäßig, die für Ausbildungen in anderen Bereichen zugunsten der Auszubildenden geltenden Vorschriften des Berufsbildungsgesetzes auch für die Auszubildenden in den Krankenpflegeberufen zu übernehmen. Es erscheint gerechtfertigt, diese Auszubildenden nicht anders zu behandeln als die übrigen Auszubildenden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf den rechtlichen und sozialen Status der Auszubildenden, bei dem die Auszubildenden in der Krankenpflege nicht schlechter gestellt sein sollen als andere Auszubildende.

Die Ausbildungen für die Berufe in der Krankenpflege werden durch das Gesetz im Rahmen der Gesetzgebungskompetenz des Bundes abschließend geregelt. Damit ist die Einordnung dieser Ausbildungen innerhalb des beruflichen Bildungswesens festgestellt. Es handelt sich bei den Ausbildungsstätten, die die Ausbildungen in der Krankenpflege, in der Kinderkranischwester und in der Kinderkrankenpflege wahrnehmen, um Einrichtungen im Bereich zwischen der dual-betrieblichen Ausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz innerhalb und den schulischen Ausbildungsgängen anderseits.

Die Frage, ob durch eine Ausbildung nach diesem Gesetz die Berufsschulpflicht erfüllt wird, ist von den Ländern zu regeln.

Zu § 1

Der Entwurf verzichtet auf die Einführung des Berufs einer Krankenschwester und eines Krankenpflegers für die Psychiatrie. Eine auf die Besonderheiten der Krankenpflege in der Psychiatrie ausgerichtete Ausbildung innerhalb der Ausbildung für Krankenschwestern und Krankenpfleger ist einer einseitig auf die Psychiatrie ausgerichteten Ausbildung vorzuziehen. Mit den wissenschaftlichen Grundlagen und den Fähigkeiten, die die künftige Krankenpflegeausbildung auch für den Bereich der Psychiatrie vermittelnd muß (§ 11 Abs. 1 Satz 3), wird jedoch eine Grundlage für eine Weiterbildung und Spezialisierung auf diesem Gebiet geschaffen.

Zu § 2

Die Ausbildungzeit muß in einem Ausbildungsverhältnis nach den Vorschriften des III. Abschnitts des Gesetzes abgeleistet werden. Für Religiosen sieht § 26 vor, daß die §§ 12 bis 25 keine Anwendung finden. Diese Auszubildenden stehen aufgrund ihres Rechtsverhältnisses zu einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft in einem besonderen Ausbildungsverhältnis.

Bei Vorliegen der genannten Voraussetzungen hat der Bewerber einen Rechtsanspruch auf die Erteilung der Erlaubnis.

Satz 2 regelt den Fall, daß die staatliche Prüfung vor Ablauf der vorgeschriebenen Ausbildungszzeit abgelegt worden ist. Mit dieser Regelung soll klargestellt werden, daß die Erlaubnis nach § 1 bereits nach bestandener Prüfung zu erteilen und nicht der Ablauf der vorgeschriebenen Ausbildungsdauer abzuwarten ist, sofern die in diesem Gesetz für die Ausbildungen festgelegten Mindeststundenzahlen nachgewiesen werden und der Auszubildende ausdrücklich beantragt, das Ausbildungsverhältnis nicht bis zum Ablauf der vorgeschriebenen Ausbildungsdauer fortzusetzen. Mit dieser Vorschrift sollen die bestehenden Schwierigkeiten ausgeklammert und die Auszubildenden in den in diesem Gesetz geregelten Berufen Auszubildenden anderer Berufe gleichgestellt werden. Um mögliche Nachteile für die Auszubildenden zu vermeiden, soll die Regelung nur auf Antrag des Betroffenen gelten (vgl. § 22 Abs. 2).

Zu § 9

Es handelt sich um Vorschriften über die Anrechnung von Unterbrechungen der Ausbildung. Als Unterbrechungen im Sinne dieser Vorschrift sind Ferien oder (tariflicher) Urlaub nicht anzusehen. Um Härten zu vermeiden, sollen über eine Gesamtdauer von 12 Wochen hinausgehende Unterbrechungen angerechnet werden, wenn das Ausbildungziel dadurch nicht gefährdet wird. Bei verkürzten Ausbildungen sollen höchstens vier Wochen pro verbleibendem Ausbildungsjahr angerechnet werden.

Thesen zur ärztlichen Weiterbildung

Die nachfolgenden Thesen entstanden als Vorlage für eine Veranstaltung zum Hamburger Gesundheitstag 1981, die von einer Gruppe Gießener ÖTV-Kollegen vorbereitet worden war. Sie verstehen sich als Be standsaufnahme und Anstoß zur Diskussion.

Gliederung

0. Einleitung
1. Ist-Zustand der Weiterbildung
 - 1.1 Rechtliche Situation
 - 1.2 Reale Situation
 - 1.3 Besondere Situation der Allgemeinmedizin
2. Stellung der Parteien dazu (ASG und CDU-Papier)
 3. Eigene Vorstellungen
 - 3.1 Langfristige Perspektiven
 - 3.1.1 Perspektiven für ein mögliches zukünftiges Gesundheitswesen
 - 3.1.2 Forderungen zur langfristigen Reform der ärztlichen Ausbildung
 - 3.2. Kurzfristig durchsetzbare Perspektiven
 - 3.2.1 Diskussion der ärztlichen Weiterbildung nach den Vorschlägen des ÖTV-Flugblatts vom Mai 1980 (Zusammenfassung)
 - 3.2.2 Praktische Vorschläge und Forderungen die derzeitige Weiterbildungssituation betreffend

0. Einleitung

Seit einem dreiviertel Jahr haben wir – allesamt in der Gewerkschaft ÖTV organisierte Ärzte – uns in einer Arbeitsgruppe mit dem Problem der Weiterbildung beschäftigt. Anstoß dafür war die Neuregelung der Weiterbildungsordnung, die erstmals für jeden Facharzt Prüfungen vorsieht, wovon wir alle betroffen sind; an unserem Arbeitsplatz machen wir jedoch täglich die Erfahrung, daß wir weder ausreichend auf die in den Prüfungen festgelegten Anforderungen vorbereitet werden noch auf unsere spätere Tätigkeit als eigenverantwortliche Ärzte.

Zuerst waren es profane Dinge, die uns bewegten: 32 Stunden Dienste; das abgestellt sein auf Privatstationen; die fehlende Zeit in der Röntgenabteilung für die Anerkennung als Facharzt; das Fehlen eines kompetenten Kollegen, der erklärt; das Gefühl der ständigen Überforderung hinsichtlich der eigenen Qualifikation; die täglich sich wiederholende Erfahrung, so nicht helfen zu können; das Wissen darum, den meisten von den Pharmakonzernen gesponserten wissenschaftlichen Veröffentlichungen nicht trauen zu können ...

Diese Erfahrungen lassen sich verallgemeinern. Viele von uns „Spezialisten betreffend Gesundheit“ wählen diesen Berufszweig mit dem humanistischen Anspruch helfen zu wollen. Die Ausbildung vermittelt demgegenüber aber einen fast ausschließlich naturwissenschaftlich orientierten Begriff vom Objekt „Mensch“, betreibt zudem die Vereinzelung im Lernen. Entsprechende „Selbsthilfe“ sind Arbeit in Gruppen, Ballrt Gruppen, psychosoziale Arbeitskreise, bis hin zur eigenständigen Aneignung einer „Anti-Medizin“ mit Kräuterkunde, Yin-Yang-Dialektik und Irisdiagnostik.

Aber auch auf Seiten der Herrschenden wird die derzeitige Ausbildungssituation der „Spezialisten“ keineswegs als befriedigend angesehen: Nur so läßt sich die ständige Diskussion mit neuen Aus- und Weiterbildungsordnungen verstehen. Dies geht einher mit anderen einschneidenden Maßnahmen im Gesundheitswesen, Gesetze zur Kostenumverteilung mit der Folge struktureller Änderungen (ambulant – stationär – Hauspflege – und nicht zuletzt auch staatlicher Unterstützung kostengünstiger Patienten-Selbsthilfe) – Die „Krise des Gesundheitswesens“ ist in aller Munde.

Wie unsere Weiterbildungszeit sinnvoll gestalten? Schnell wurde in unserer Arbeitsgruppe klar, daß es weder mit ein paar gut organisierten Fortbildungsveranstaltungen getan ist, noch mit einem perfekten Ausbau der Selbsthilfemöglichkeiten. Die Krise der Weiterbildung, die Krise der eigenen Berufspraxis ist nur Teil der Krise des Gesundheitswesens. Von daher diskutierten wir lange Strukturfragen (Teil 3.1.1), und entwickelten erst im Anschluß daran langfristige Forderungen

für die Aus- und Weiterbildung. Aufgrund seiner zentralen Bedeutung für die Basisversorgung steht dabei der Facharzt für Allgemeinmedizin im Zentrum unserer Vorschläge.

Uns ist dabei klar, daß diese Vorstellungen eine völlige Umgestaltung des Gesundheitswesens voraussetzen. Es schien uns jedoch wichtig, solche Perspektiven nicht aus dem Auge zu verlieren, damit aktuelle Forderungen auch in die richtige Richtung abzielen. Den Versuch einer Aufstellung solcher Forderungen und Vorschläge möchten wir hier zur Diskussion stellen.

1. IST-Zustand

1.1 Rechtliche Situation

- Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 9. 5. 1972
- Landesgesetze über Berufsvertretungen (Heilberufsgesetz) in Hessen vom 27. 7. 1977
- 79. Deutscher Ärztetag verabschiedet Musterweiterbildungsordnung
diese werden 1977/78 durch Verabschiedung durch die einzelnen Landesärztekammern quasi Gesetz (Berufsordnung)
wesentliche Punkte:
Fixierung des Anspruchs auf theoretische Weiterbildung
Weiterbildungsstätte muß mindestens einmal gewechselt werden
Einführung der Facharztprüfung

Dazu erscheint als Anlage die Beschreibung der Gebiete und Teilgebiete mit der notwendigen Weiterbildungszeit, aufgelistet.

Der nähere Inhalt der Weiterbildung wird durch nähere Ausführungsbestimmungen von den Weiterbildungsausschüssen der Landesärztekammern geregelt.

1.2 Reale Situationen

- obwohl gesetzlich fixiert, findet im allgemeinen keine geregelte – theoretische Unterweisung statt – sondern nebenbei als Anschiß bei der Chefvisite. Bisher sind keine Kliniken bekanntgeworden mit auch nur ansatzweisen Curricula.
- das Erlernen von speziellen Tätigkeiten geschieht selten nach einem festen Rotationsplan, sondern wird häufig von den Chefs noch als Druckmittel eingesetzt, obwohl gesetzlich fixiert ist, daß „der ermächtigte Arzt ... verpflichtet ist ... zeitlich und inhaltlich entsprechend ... zu gestalten“.
- die zugelassenen Kliniken verfügen nicht einmal über ausreichende Einrichtungen (z. B. muß jeder Internist Theorie und Praxis der Dialyse beherrschen)
- in den Facharztezeugnissen werden häufig Tätigkeiten bescheinigt, die nie durchgeführt wurden (besondere Privatambulanzen, Endoskopie etc.)

1.3 Besondere Situation der Allgemeinmedizin

- der Tätigkeitskatalog umfaßt eine DIN A4-Seite; in der 3-monatigen „Allgemeinmedizin“ Zeit soll erlernt werden:
Patienten-Arzt-Beziehung, Labormethoden incl. Qualitätssicherung, Psychotherapie – Soziotherapie – Hauskrankenpflege – Betreuung von chron. Kranken und Sterbenden – Rehabilitation, Praxisorganisation – Dokumentation, Beurteilung und Begutachtung der Leistungsfähigkeit – Arbeitsfähigkeit – Prognose
- bezeichnenderweise fehlt ein Hinweis darauf, die Grenzen der eigenen Kompetenz kennenzulernen
- Zusammenarbeit wird nur mit anderen Ärzten gefordert
- keine Erwähnung findet Epidemiologie, Prävention erscheint nur als „Früherkennungsuntersuchung“
- Pflichtzeiten sind je 1 Jahr Chirurgie und Innere, 3 Monate allgemeinmedizinische Praxis, 1 Jahr und 9 Monate nach freier Wahl.

2. Stellung der großen Parteien zur Weiterbildung

2.1 Das ASG Papier

(„Die Ausbildung der Ärzte“; Denkschrift der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen, Juni 1980)

In diesem Papier wird eine Reform der Aus- und Weiterbildung der Ärzte vorgeschlagen, um folgenden Mängeln in der jetzigen Ausbildung zu begegnen: dem geringen Praxisbezug, der schlechten Vermittlung praktischer Fähigkeiten, der einseitig naturwissenschaftlich orientierten Medizin, der mangelnden Vermittlung sozialmedizinischer Kenntnisse.

Hierzu schlägt die ASG vor, die Zulassung zum Studium nicht durch einen Auswahlmodus zu regeln, sondern ein einjähriges Krankenpflegepraktikum und ein Gespräch und/oder Test als Zulassungsvoraussetzung vorzuschreiben.

Die Ausbildung selbst erfolgt über 4 Jahre zur Approbation 1, wovon 1 Jahr für Grundlagen und praxisbezogene Ausbildung vorgesehen sind. Die Ausbildung soll wesentlich allgemeiner gefaßt werden, Spezialwissen soll in die Facharztausbildung verlagert, der naturwissenschaftliche Stoff soll zugunsten sozialmedizinischer Ausbildung gekürzt werden. Die Approbation 1 wird nach mündlicher Prüfung erteilt und berechtigt zur Arbeit unter ärztlicher Leitung.

Nach dieser Hochschulausbildung erfolgt die Ausbildung in einem Krankenhaus über mindestens 3 Jahre zu Approbation 2. Während dieser Zeit erfolgt eine Vergütung als Assistent, und in diese Zeit fällt auch die Weiterbildung zur selbständigen ärztlichen Tätigkeit und wird nach einer mündlichen Facharztprüfung erteilt. Die Ausbildung zum Allgemeinarzt soll sich aus einer einjährigen Ausbildung in Innerer Medizin, je einem halben Jahr Chirurgie und Wahlfach sowie einer einjährigen Ausbildung in der ambulanten Versorgungs-Praxis zusammensetzen. In den Facharztausbildungen soll der größeren Bedeutung stationärer Versorgung Rechnung getragen werden.

Die Berechtigung zur Ausbildung von Fachärzten soll von einer vierjährigen Tätigkeit in einer Fachklinik sowie vom Besuch von Seminaren über Ausbildungsfragen und einer Prüfung mit Probeunterricht und theoretischem Teil abhängig sein.

2.2 Auszüge aus dem gesundheitspolitischen Programm der CDU zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung (September 1978 und Juli 1981)

Die CDU sieht das Medinstudium als wissenschaftliche Berufsausbildung, die zur verantwortlichen Tätigkeit als Arzt in der Primärversorgung und zur Weiterbildung zum Facharzt befähigt. Sie sieht die jetzige Ausbildung als unfähig an, dem Studenten die notwendige Qualifikation zu vermitteln, und fordert deswegen und wegen einer erwarteten zu großen Zahl von Ärzten ein neues Zulassungsverfahren und eine Novelle der Approbationsordnung.

Die Zulassung zum Studium soll nach berufsbezogenen Zulassungskriterien (z. B. stärkere Bewertung der Abnote in für das Studium wichtigen Fächern) unter Einbeziehung von Eignungstests, Interviews und einer berufspraktischen Tätigkeit vor dem Studium erfolgen.

Die Ausbildung soll neben einem Abbau der Verschulung des Studiums und einer Änderung des schriftlichen Prüfungsverfahrens (zusätzliche mündliche Prüfungen vorgeschlagen) sich stärker am Berufsbild des Arztes für Allgemeinmedizin orientieren. Sozialmedizinische und naturwissenschaftliche Fächer sollen sich mehr an den Bedürfnissen der Praxis orientieren. Die gesamte Ausbildung soll vermehrt praktische Fähigkeiten

ten vermitteln. Außerdem soll im Anschluß an das letzte Staatsexamen ein Jahr Assistentenzeit vorgeschrieben werden.

Voraussetzung für die Niederlassung in freier Praxis soll eine ausreichende **Weiterbildung** sein. Die Weiterbildung kann zum Facharzt oder zum Arzt für Allgemeinmedizin erfolgen. Die Anerkennung der Facharztausbildung sowie die Ermächtigung von Ärzten zur Weiterbildung soll Angelegenheit der Ärztekammer sein.

3. Eigene Vorstellungen

3.1 Langfristige Perspektiven

3.1.1 Perspektiven für ein mögliches zukünftiges Gesundheitswesen

Grundsatz dafür ist: „Das Gesundheitswesen ist nicht gleich der medizinischen Versorgung“.

In Anlehnung an den Gesundheitsbegriff der WHO (World Health Organisation) würde ein so verstandener Gesundheitsbegriff beispielweise bedeuten:

- einem Schichtführer kommt die Aufgabe zu, bestimmte krankmachende (zum körperlich geistig seelischen Unwohlbefinden führende) Arbeitsbedingungen gemeinsam mit den Arbeitern zu verändern
- ein Hausmeister kann gemeinsam mit den Mietern gesundheitliche Gefahren wie örtliche Lärmbelästigung, Verkehrssituation, unzureichende soziale Kontaktmöglichkeiten etc. erkennen und zu ändern versuchen
- ein Lehrer übersieht die Elßgewohnheiten, Lerngewohnheiten und Kommunikationsformen der Schüler und kann hier pädagogisch-präventiv im Unterricht eingreifen

Diese Beispiele verweisen auf die Möglichkeiten eines umfassend präventiven Gesundheitswesens. Die Frage der Einflußmöglichkeiten der Betroffenen und ihrer Organisationen, insbesondere ihrer Gewerkschaften, hängt natürlich von den gesetzlichen Rahmenbedingungen ab.

In einer solchen Art skizzierten Gesundheitswesen gewinnt die Rolle des Arztes eine neue Bedeutung: wichtiges Merkmal wird seine Integrationsfähigkeit in das System der Primärversorgung und seine Kooperationsfähigkeit mit den verschiedensten Spezialisten und Institutionen sein.

Drei Stufen der Versorgung des möglichen Gesundheitswesens – Primär- oder Basisversorgung –

Sie wird durch Allgemeinärzte, Gemeindeschwestern, Sozialarbeiter, Psychologen und andere nichtärztliche Berufe gewährleistet. Dort soll gleichberechtigt zusammengearbeitet werden. Hier ist der erste Anlaufpunkt für alle Patienten. Als Träger kommen kommunale oder betriebliche Ambulanzen in Betracht, sowie Einrichtungen der Krankenkassen freigemeinnütziger Träger, ebenfalls sind Gruppenpraxen möglich. Der Basisversorgung kommt die Aufgabe einer wirklich präventiven Medizin zu, d. h. Einflußnahme auf die Arbeits- und Lebensgewohnheiten nehmen neben der Tätigkeit der Früherkennung, Vorsorge, Therapie und Rehabilitation (integrierte Medizin).

Beispiele:

- Einflußnahme auf die umfassende Gesundheitserziehung in den Schulen und Arbeitsstätten
- Hausbesuche über die Versorgung schwer erkrankter hinaus zur Erkennung und Behandlung von wohn- und familienbedingten Erkrankungen (psychosoziale Hygiene)
- gezielte Aufklärungsaktionen in bestimmten Wohngebietsgruppen oder Betrieben mit speziellen Risiken
- gezielte Gesundheitsprogramme entwickeln (z.B. Verkehrsberuhigung unfallträchtiger Stellen, Einflußnahme auf bestimmte Umweltgefährden – Kläranlage in der Nachbarschaft)
- solche Gesundheitsprogramme können auf eigenen wissenschaftlichen Studien aufgrund des lokal gesammelten Materials durchgeführt werden (im betrieblichen Bereich z. B. Früherkennung von bisher unbekannten Berufskrankheiten)
- Bei der nächsten Versorgungsstufe bieten ärztliche und andere Spezialisten spezifische diagnostische und therapeutische Leistungen an, wobei diese in der Regel an Krankenhäusern der Regelversorgung angeschlossen sind.

Maximalversorgung durch Großkliniken, Uni- und Polikliniken.

Für den sekundären und tertiären Bereich gelten grundsätzlich die gleichen Überlegungen, hier sollte es sich nicht wieder um eine Herausnahme des rein medizinischen Sektors handeln. Vielmehr müssen überbetriebliche, regionale und überregionale Zentren einerseits die rein medizinische Versorgung wahrnehmen, andererseits aufgrund des hier anfallenden Materials ebenso gezielte Gesundheitsprogramme entwickeln (Erfassung besonderer klimatischer und geographischer Verhältnisse, Besonderheiten der regionalen Energiebereitstellung und der damit verbundenen gesundheitlichen Risiken, epidemiologische Studien, beispielsweise in Umgebung von Kernkraftwerken).

3.1.2 Forderungen zur langfristigen Reform der ärztlichen Ausbildung

Schwerpunktsetzung auf Primärversorgung (d. h. Präventivmedizin) erfordert den Basisarzt, der aufgrund seiner Ausbildung in die Lage versetzt wird, die Grenzen seiner Möglichkeiten zu sehen und seine Tätigkeit notwendigerweise einbettet in die gleichberechtigte Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufen.

Diese Notwendigkeit der gleichberechtigten und gleichwertigen Zusammenarbeit muß ihren Niederschlag finden in einer mittel- bis langfristig anzustrebenden gemeinsamen Grundausbildung aller im GW Tätigen, z. B. im Rahmen einer Gesamthochschule. Deshalb sind die Detaillforderungen von diesen perspektivischen Vorstellungen nicht losgelöst zu sehen und versuchen, eine mögliche Übergangsphase zu berücksichtigen.

Forderungen zu einer fortschrittenen, alternativ zum jetzigen Studienablauf sich verstehenden Medizinausbildung:

- Gemeinsames Grundstudium aller Medizinstudenten ohne Trennung in Vorklinik und Klinik. Im Anschluß daran Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin oder einer anderen Fachrichtung
- Gliederung des Grundstudiums in 2 Abschnitte, die wie folgt aussehen:

1. Abschnitt

- Kennenlernen der Grundlagen unseres Gesundheitswesens (GW) wie Gliederung, Aufgabenstellung, soziale und ökonomische Bedeutung
- Kennenlernen der Grundlagen der Humanmedizin z. B. Ätiologie, Epidemiologie, Prävention, soziale und ökonomische Bedeutung der wichtigsten Volkskrankheiten und ihre Geschichte

Lernmethodik:

- Kombination aus Problemlösung orientiertem Lernen, exemplarischem Lernen (Lernen am Beispiel mit Erkenntnistransfer durch Analogieschluß), organ- und krankheitsbezogenem Lernen

Lernziel:

- Der Patient soll von Anfang an als Mensch in seiner Entwicklung (Gesundheit, krank werdend, krank sein und wieder gesund werdend oder sterbend oder auch chronisch krank werdend) gesehen werden.

Praktisch kann dies durch die Betreuung von Patienten auf allen Ebenen der Krankengeschichte (Familie, Beruf, Aufsuchen des Basisarztes zur Diagnose oder Vorsorgeuntersuchung, in ambulanten Einrichtungen oder auch stationär oder bei Rehabilitationen bis natürlich auch in den Sektionssaal) geschehen. Begleitend zu derartigen Praktika finden Tutorenveranstaltungen statt, die Erfahrungen aufarbeiten sollen und Grundlagenwissen vermitteln sollen, wobei der Mensch in seiner psychosomatisch-sozialen Einheit erfahren wird.

Perspektivisch kann dieser erste Abschnitt der Medizinausbildung in eine Grundausbildung für alle Medizinerberufe im Rahmen einer Gesamthochschule umgewandelt werden.

2. Abschnitt

Im zweiten Abschnitt der Medizinausbildung findet dann eine Vertiefung der bis dahin praktisch und theoretisch kennengelernten wichtigen Volkskrankheiten statt. Verstärkt noch wird Grundlagenwissen erarbeitet, in Kempflichtveranstaltungen gehört oder Kleingruppen bearbeitet ebenso wie die wesentlichen klinischen Aspekte und praktischen Fähigkeiten (Untersuchungskurse, Labortätigkeit, einfache diagnostische Verfahren) der ärztlichen Tätigkeit erworben werden sollen.

- Erlernen von methodisch-kritischem Denken, mit dem Ziel, wissenschaftliche Probleme eigenständig lösen zu lernen

- Nicht fachsystematisches, sondern fachübergreifendes (fächerintegratives) Lernen und Lehren

- Besondere Betonung des kommunikativen Zusammenarbeitens mit den anderen Gesundheitsberufen, z. B. zu üben in gemeinsamen Projektarbeiten

- Krankheiten, ihre Entstehung, der Verlauf und ihre Therapie sollen als Systemreaktion auf krankmachende Faktoren erfahren werden

- Die wichtigsten klinischen Disziplinen, wie Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie, Kinderheilkunde, Psychiatrie sollen auch praktisch über einen mehrwöchigen Zeitraum durchlaufen werden, mit der Möglichkeit gemäß dem Ausbildungsstand bei der ärztlichen Versorgung mitzuwirken

- Prüfungen im Sinne von Erfolgskontrollen sollen studienbegleitend stattfinden, eine Abschlußprüfung muß von überflüssigen Ballasten befreit werden und sich auf wesentliche Anforderungen des künftigen Berufslebens beschränken.

In Anschluß an das bis hierher skizzierte gemeinsame Grundstudium aller Medizinstudenten beginnt die fachärztliche Weiterbildung entweder zum FA für Allgemeinmedizin oder einer anderen Fachrichtung.

Auf die Forderungen der fachärztlichen Weiterbildung soll hier nicht eingegangen werden, da wir Elemente und Einzelforderungen einer solchen FA-Weiterbildung auch in der gegenwärtigen Diskussion für durchsetzbar einschätzen und deshalb diesen Punkt unter 3.2 behandeln wollen.

3.2 Kurzfristig durchsetzbare Perspektiven

3.2.1 Diskussion der ärztlichen Weiterbildung nach den Vorschlägen des ÖTV-Flugblattes vom Mai 1980 (Zusammenfassung)

1. Ziel der ärztlichen Weiterbildung

Der Arzt soll mit der Approbation voll berufsfähig sein, er soll die eigenverantwortliche Arbeit wegen der besonderen Verantwortung unter kollegaler Anleitung ausführen.

Voraussetzungen für die selbständige Tätigkeit in niedergelassener Praxis soll sein:

- gesetzlich geregelte Weiterbildung für jeden Arzt (Weiterbildungspflicht)
- Dauer dieser Weiterbildung soll in der Regel für alle Ärzte gleich sein.
- Weiterbildung soll durch Prüfung abgeschlossen werden.

Die Weiterbildung muß im stationären und anders als bisher auch im ambulanten Bereich stattfinden. Gesundheitspolitische Erfordernisse und spätere Tätigkeitsfelder müssen in den Weiterbildungsanforderungen berücksichtigt werden. Entsprechende Curricula für die praktische und theoretische Qualifikation sind zu erarbeiten.

Die Weiterbildungsstätten sollten folgende Merkmale haben:

- Kontinuierliche Patientenbetreuung
- Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit Kollegen anderer ärztlicher Fachrichtungen und Berufsgruppen
- angemessenes Verhältnis von Patientenzahl und Ärzten.

2. Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin

Wichtigster Grundsatz ist:

„Der Arzt für Allgemeinmedizin ist Teil der primären Gesundheitsversorgung, jedoch nicht mit ihr identisch, da in diesem Bereich auch andere Berufsgruppen tätig sind.“

Dies bedeutet, daß sich die bisherige zentrale Funktion des praktischen Arztes, nämlich allein Anlaufstelle für alle Patienten zu sein, entscheidend ändern würde.

Aufgaben des Arztes für Allgemeinmedizin:

- Kontakt- und Anlaufstelle für gesundheitliche Fragestellungen
- Sicherstellung der Kontinuität medizinischer Versorgung
- besondere Kenntnis des sozialen Umfeldes (Familie, Wohnung, Arbeitsplatz)
- Verhütung von Krankheiten durch einwirken auf Entstehungsbedingungen.

Die Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin soll beinhalten:

- a. Tätigkeit in Lehrkrankenhäusern ähnlichen Kliniken, dort soll ambulante und stationäre Versorgung erlernt

werden, wichtige Bereiche wie Innere Medizin, chirurgische Ambulanz, Notfallmedizin, Geriatrie und Psychiatrie sollen absolviert werden.

50 % der Weiterbildungszeit sind auf diese Art zu leisten.

b. Tätigkeit im ambulanten Bereich (restliche 50 % der Zeit):

Praxen

Sozial- und Gesundheitszentren

sozial- und betriebsmedizinische Dienste

öffentlicher Gesundheitsdienst

Diese Einrichtungen müssen sich

- im Arbeits- und Lebensbereich des Patienten selbst befinden
- im Primärversorgungsbereich Aufgaben haben und
- die kooperative Arbeit von Ärzten und anderen Berufsgruppen ermöglichen.

3. Weiterbildung zum FA

Wichtigstes Prinzip hierbei ist: stärkere Ausrichtung der Ausbildung auf die ambulante Versorgung. Dementsprechend gelten folgende Anforderungen für die Weiterbildung:

- diagnostische und therapeutische Verfahren, die sinnvollerweise nur am Krankenhaus durchgeführt werden können, sollten aus dem Pflichtprogramm der Weiterbildung herausgenommen werden
- bei vielen Facharztgruppen soll eine Tätigkeit im ambulanten Bereich zur Weiterbildung gehören
- dabei sollen fach- und berufsübergreifende Gesundheitszentren zum Ausbau kooperativer Behandlungs- und Versorgungsformen werden.
- Verkürzung der Dauer der meisten Fachdisziplinen nach Wegfall von hochspezialisierten diagnostischen und therapeutischen Verfahren während der Weiterbildung.

4. Organisation, Qualitätskontrolle und Finanzierung. Länder und Landesärztekammern werden aufgefordert, insbesondere regelmäßig theoretische Aufarbeitung der praktischen Tätigkeit zu organisieren. Dabei sind Modelle zu entwickeln, in denen der ÖTV Mitbestimmung bei der Qualitätssicherung einzuräumen ist. Ausreichende finanzielle Mittel aus der öffentlichen Hand und insbesondere Stellen zur Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin sind bereitzustellen. Der Arzt hat Anspruch auf eine volle Bezahlung nach dem BAT (IIa). Der Anspruch auf Weiterbildung ist rechtlich abzusichern.

3.2.2 Praktische Vorschläge und Forderungen die derzeitige Weiterbildungssituation betreffend

(in Klammern wurde angeführt, über wen eine Durchsetzbarkeit möglich ist)

- In jeder Abteilung soll eine Stelle reserviert werden für Interessenten am Facharzt für Allgemeinmedizin. Anzustreben ist, daß Krankenhäuser Stellen zur Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin mit garantierten Rotationsmöglichkeiten bereitstellen (Personalrat, ÖTV Abt. Gesundheitswesen, Kassenärztliche Vereinigung).
- Die Assistenten einer Abteilung entwickeln gemeinsame Rotationspläne und überlassen dies nicht dem Chef als Mittel „teile und herrse“ (Ass. gemeinsam, evtl. zusammen mit Oberärzten).
- Innerhalb der Abteilungen gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen organisieren für alle Berufsgruppen, besonders bei Einführung von neuen Methoden oder Mitteln.
- Organisation von Fortbildungsveranstaltungen mit evtl. bekannten Kollegen, denen man nur die Fahrtkosten erstatten muß (Eintritt), um aus dem Schlepp-

tau der Pharmaindustrie herauszukommen (Abt. BGÄ in der ÖTV, Gesundheitsläden, Assistenteninitiative).

- Fortbildungen mit den in Sozialärztlichen Diensten, Gesundheitsämtern, Aufsichtsbehörden Beschäftigten organisieren – dies sind Bereiche, die häufig nichts voneinander wissen, außer im Rahmen von Rentenfragen oder ähnlichem.

(Fortbildungsbeauftragte der Bezirksärztekammern, eigene Initiativen).

- den Weiterbildungsausschüssen der Landesärztekammern ist häufig überhaupt nicht bekannt, was an konkreter Weiterbildung betrieben wird. Drei Möglichkeiten:

- Situationsberichte schicken – die Weiterbildungsermächtigten (Chefs) müssen dann eine Stellungnahme dazu abgeben, ggf. auch etwas ändern
 - ein verlogenes Zeugnis mit zu unrecht beschuldigten Tätigkeiten ablehnen, sowohl Ablehnung als auch Zeugnis an den Weiterbildungsausschuß schicken (für Helden)
 - nach Facharztanerkennung anonym über die Verlogenheit Mitteilung machen (diese Praxis hat schon an einigen Kliniken geringfügige Verbesserungen gebracht).
- In Landesärztekammern / Bezirksärztekammern überbetriebliche Curricula fordern – für die entsprechenden Veranstaltungen müssen die Krankenhäuser Bildungslaub gewähren (fortschrittliche Listen in den Ärztekammern)
- Kooperationsverträge zwischen verschiedenen Kliniken, um den in Weiterbildung Befindlichen die Erlernung von spezifischen Methoden zu ermöglichen.

CDU-Entwurf „Gesundheitsschutzgesetz“

Wir drucken im folgenden den CDU-Entwurf eines „Gesundheitsschutzgesetzes“ ab, der von der Fraktion dem Bundestag zugeleitet worden ist. Die CDU will damit offensichtlich Druck auf das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit ausüben, seinerseits einen neuen Gesetzentwurf einzubringen. Darüber hinaus geht es der CDU um eine Verschärfung der Maßnahmen auf

einigen Gebieten, besonders in der Aus- und Weiterbildung. So verpflichtet der Entwurf über den Text des Gesundheitssicherstellungsgesetzes hinausgehend nicht nur Ärztekammern, sondern auch medizinische Fakultäten und sonstige Ausbildungseinrichtungen für Gesundheitsberufe zu einer Aus- und Weiterbildung in „Katastrophenmedizin“.

Im Übrigen verfolgt der Entwurf die bereits seit Monaten diskutierte Linie, die grundsätzliche Richtung anzugeben und die genauere Planung den Ländern zu überlassen. „Die bisher diskutierten Lösungen sind der zentralistischen Perfektion erlegen. Zu viele Details werden den einzelnen Hilfsorganisationen und den Ländern vorgegeben.“

Entwurf eines Gesetzes über die gesundheitliche Versorgung im Rahmen des Zivilschutzes (Gesundheitsschutzgesetz – GesG 1982)

§ 1 Grundsatz

(1) Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung im Verteidigungsfall basiert im Rahmen des Zivilschutzes auf den für die friedensmäßige gesundheitliche Versorgung zur Verfügung stehenden Einrichtungen und ist im Verteidigungsfall den dann vorherrschenden, besonderen Verhältnissen anzupassen. Gegenstand der Anpassung ist auch die tierärztliche Versorgung von Nutztieren zum Schutz der menschlichen Gesundheit.

(2) Alle Planungen, Vorbereitungen und Einübungen sind darauf auszurichten, daß die weitere Funktionsfähigkeit aller Einrichtungen des Gesundheitswesens auch unter den besonderen Verhältnissen des Verteidigungsfallen sichergestellt ist.

(3) Alle natürlichen und juristischen Personen, einschließlich der Personenvereinigungen, die unmittelbar oder mittelbar zur gesundheitlichen Versorgung beitragen können, haben nach Maßgabe dieses Gesetzes an den friedensmäßigen Vorbereitungen und an der gesundheitlichen Betreuung im Verteidigungsfall mitzuwirken. Dabei ist dem Grundsatz der freiwilligen und ehrenamtlichen Tätigkeit vorrangig Rechnung zu tragen.

1. Teil

Aufgaben der zuständigen Behörden

§ 2 Zuständige staatliche und kommunale Behörden

(1) Die Länder bestimmen die für die Ausführung dieses Gesetzes und der nötigen Rechtsverordnungen

zuständigen Behörden. Für die untere Verwaltungs Ebene sind alle Aufgaben des 1. Teils dieses Gesetzes einer Behörde federführend zuzuweisen. Wenn nichts anderes geregelt ist, sind die kreisfreien Städte und die Landkreise/Kreisverwaltungsbehörden zuständig.

(2) Die Befugnisse der zuständigen Behörden können von den übergeordneten Behörden ausgeübt werden, soweit dies erforderlich ist, um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung überörtlich auszugleichen oder den besonderen Anforderungen eines Verteidigungsfallen anzupassen.

§ 3 Aufgaben

Die von den Ländern für zuständig erklärteten Behörden sind verantwortlich für die Vorbereitung (Planung, konkrete Einzelmaßnahmen sowie Übung) und die Durchführung aller Maßnahmen, die für die Anpassung des Gesundheitswesens für den Verteidigungsfall erforderlich sind.

§ 4 Die Aufgabe der Vorbereitung

(1) Die zuständigen Behörden stellen bereits im Frieden die für die gesundheitliche Versorgung im Verteidigungsfall notwendigen Aufnahme- und Behandlungskapazitäten unter Berücksichtigung der vorhandenen stationären und ambulanten Einrichtungen sowie des verfügbaren Personals fest. Insbesondere ist der Bedarf an Krankenhausbetten, Personal- und Sachausstattung, zu ermitteln. Die zuständigen Behörden haben ferner festzustellen, auf welche Weise diese zusätzlich notwendigen Kapazitäten geschaffen werden können.

(2) Die zuständigen Behörden haben dafür zu sorgen, daß die Bereitstellung der zusätzlichen Kapazitäten vorwiegend durch freiwillige, andernfalls durch zwangswise Verpflichtung vorbereitet und für den Verteidigungsfall sichergestellt wird.

(3) Für Kapazitäten zur stationären Versorgung sind in der Regel Träger bereits vorhandener Einrichtungen heranzuziehen. Dabei könnenfriedensmäßige Aufgaben vorhandener Einrichtungen für den Verteidigungsfall eingeschränkt, umgewandelt oder völlig untersagt sowie neue Einrichtungen geschaffen werden.

(4) Die zuständigen Behörden stellen den personellen Bedarf fest. Diejenigen Personen, die in einem Gesundheitsberuf ausgebildet sind und diesen Beruf noch ausüben, werden von der zuständigen Behörde nicht zentral eingegliedert; deren organisatorische Eingliederung im Verteidigungsfall erfolgt durch den jeweiligen Aufgabenträger. Die zuständigen Behörden können Änderungen der Arbeitszeitordnung und der Arbeitsverträge anordnen. Ebenso kann die Abordnung von Fachpersonal außerhalb des eigenen Bereiches verfügt werden.

(5) Personen, die in einem Gesundheitsberuf ausgebildet sind oder tätig waren und diesen Beruf nicht ausüben, sind von den zuständigen Behörden zu erfassen, soweit sie zur gesundheitlichen Versorgung im Verteidigungsfall geeignet erscheinen und benötigt werden. Diese erfaßten Personen sind einem Träger einer stationären oder ambulanten Versorgungseinrichtung zur Einplanung für die Dienstleistung im Verteidigungsfall zu benennen. Personen, die außerhalb des Versorgungsgebietes des vorgesessenen Trägers wohnen, sind nur dann zu benennen, wenn der Bedarf nicht auf andere Weise gedeckt werden kann und die Dienstleistung dem Genannten in einem Notstand persönlich zumutbar ist.

(6) Die Träger haben dafür zu sorgen, daß der Einsatz der von den zuständigen Behörden genannten Personen durch freiwillige Verpflichtung vorbereitet wird. Kann der Bedarf auf diese Weise nicht gedeckt werden, erfolgt die Verpflichtung aufgrund dieses Gesetzes.
 (7) Die zuständigen Behörden haben festzustellen, welche Sachausstattung, soweit sie nicht durch das Zivilschutzgesetz bereits erfaßt ist, für die erforderlichen Kapazitätsausweiterungen benötigt wird.
 (8) Die zuständigen Behörden sind verpflichtet, in regelmäßigen Abständen Übungen zur Überprüfung der Funktionsfähigkeit der im Gesetz angesprochenen Einrichtungen und Maßnahmen zu veranlassen bzw. durchzuführen.

§ 5 Die Aufgabe der Ausbildung und Fortbildung

(1) Für die Durchführung der besonderen Fortbildung der akademischen Heilberufe im Sinne dieses Gesetzes haben die zuständigen Kammern nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen Sorge zu tragen.
 (2) Die medizinischen Fakultäten der Universitäten sind gehalten, Lehrveranstaltungen in Katastrophenmedizin durchzuführen. In gleicher Weise haben alle Ausbildungseinrichtungen für Gesundheitsberufe die sich aus diesem Gesetz ergebenden zusätzlichen Lehrinhalte in ihrem Programm zu berücksichtigen.

2. Teil

Befugnisse der zuständigen Behörden

§ 6 Allgemeine Befugnisse

(1) Die zuständigen Behörden dürfen im Frieden Anordnungen und Maßnahmen, die in Rechte anderer eingreifen, nur treffen, wenn sie durch Gesetz dazu besonders ermächtigt sind.
 (2) Nach Eintreten des Spannungs- oder Verteidigungsfalles können sie alle für den Einzelfall erforderlichen Anordnungen treffen, um die ambulante und stationäre Versorgung der Bevölkerung einschließlich der Arzneimittelversorgung sicherzustellen.

§ 7 Auskunftsrechte

Die zuständigen Behörden können zur Durchführung ihrer Aufgaben
 – bei natürlichen und juristischen Personen (einschließlich Personenvereinigungen) Auskünfte einholen,
 – die Träger geeigneter Einrichtungen verpflichten, alle Veränderungen, die für die Vorbereitungsmäßigkeiten von Bedeutung sind (z. B. räumliche und sachliche Ausstattung, Zahl und Art der Bediensteten, verantwortliche Funktionsträger, Einschränkungen der Funktionsmöglichkeiten), unverzüglich anzugeben.

§ 8 Betretung und Besichtigung

Die zuständigen Behörden sind berechtigt, zur Erfüllung ihrer Aufgaben die für eine gesundheitliche Versorgung im Verteidigungsfall in Betracht kommenden Grundstücke und Einrichtungen im hierzu erforderlichen Umfang zu betreten und zu besichtigen.

§ 9 Verpflichtung zur Sicherstellung

Die zuständigen Behörden können die Träger der geeigneten Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung für den Verteidigungsfall verpflichten, die Bereitstellung der notwendigen Kapazitäten vorzubereiten und ihre Funktionsfähigkeit im Verteidigungsfall persönlich und materiell sicherzustellen.

§ 10 Zeitpunkt der Sicherstellung und Maßnahmen

Die zuständigen Behörden können die Sicherstellung zusätzlicher Aufnahme- und Behandlungskapazitäten bereits vor dem Verteidigungsfall anordnen, wenn dies die Bundesregierung vor dem Hintergrund der außenpolitisch-militärischen Situation beschließt.

3. Teil

Aufgaben der verpflichteten Institutionen

§ 11 Aufgaben der Kammern der Heilberufe und der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen

(1) Die als öffentlich-rechtliche Körperschaften in den Bundesländern bestehenden Ärztekammern, Zahnärztekammern und Tierärztekammern haben der zuständigen Fachbehörde die für die Deckung des Personalbedarfs erforderlichen fachlichen Unterlagen zu übermitteln; insbesondere haben sie laufend die Aufnahme und Beendigung einer selbständigen Tätigkeit und die Art der Beschäftigung ihrer Mitglieder zu melden.
 (2) Die Ärztekammern und die Zahnärztekammern

haben im Einvernehmen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für einen Verteidigungsfall eine ausreichende ärztliche Mindestversorgung vorzubereiten und die zuständigen Fachbehörden von den Planungen fortlaufend zu unterrichten.
 (3) Ist die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung im ambulanten Bereich mit dem zur Verfügung stehenden Personal nicht möglich, können die Berufsvertretungen bei der zuständigen Behörde die Zuweisung eines Arztes bzw. Zahnarztes beantragen. Entsprechendes gilt für die Berufsvertretungen der Apotheker und der Tierärzte.

§ 12 Aufgaben der Träger von Rettungsleitstellen, der Hilfsorganisationen und des Bundesamtes für den Zivildienst

(1) Die für den Betrieb der Rettungsleitstellen zuständigen Behörden oder Stellen haben dafür zu sorgen, daß alle für die stationäre Versorgung im Verteidigungsfall vorgesehenen Einrichtungen im Verteidigungsfall an den von der Leitstelle zu führenden zentralen Bettennachweis angeschlossen sind. Sie haben die zuständigen Behörden von Vorbereitungen fortlaufend zu unterrichten.
 (2) Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit kann den Hilfsorganisationen (Rotes Kreuz, Malteser-Hilfsdienst, Johanniter-Unfallhilfe, Arbeiter-Samariter-Bund) mit ihrer Zustimmung die Ausbildung einer ausreichenden Zahl von Schwesternhelferinnen übertragen. Dabei ist auf den örtlichen unterschiedlichen Bedarf an Schwesternhelferinnen in einem Verteidigungsfall abzustellen und der Bedarf der ortsfesten militärischen Lazarettsorganisation zu berücksichtigen. Die Hilfsorganisationen haben der zuständigen Behörde laufend die Zahl der ausgebildeten und der zur Verfügung stehenden Schwesternhelferinnen sowie die Zahl der für die Lazarettorganisation vorgesehenen Schwesternhelferinnen zu melden.
 (3) Das Bundesamt für den Zivildienst hat alle Zivildienstleistenden, die ihren Dienst in einer für die gesundheitliche Versorgung im Verteidigungsfall vorgesehenen Einrichtungen leisten, den zuständigen Behörden zu benennen.

4. Teil

Gemeinsame Bestimmungen

§ 13 Meldepflicht

Soweit die Meldepflicht in schon bestehenden Gesetzen nicht ausreicht, wird das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Meldepflicht im einzelnen zu regeln. Die Regelungsermächtigung bezieht sich insbesondere auf den Kreis der meldepflichtigen Berufe, den meldepflichtigen Personenkreis, die meldepflichtigen Angaben, den Zeitpunkt der Meldung, die Ausnahmen von der Meldepflicht, die Anzeige von Veränderungen sowie das Verfahren der Erfassung.

§ 14 Auskunftsverweigerungsrecht

(1) Wer nach diesem Gesetz zur Erteilung einer Auskunft verpflichtet ist, kann die Auskunft auf solche Fragen verweigern, deren Beantwortung ihn selbst oder einen der in § 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozeßordnung bezeichneten Angehörigen der Gefahr strategischer Verfolgung oder eines Verfahrens nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten aussetzen würde.
 (2) Der Auskunftspflichtige ist über sein Recht zur Verweigerung solcher Auskünfte zu belehren.

§ 15 Zusammenarbeit mit der Bundeswehr

Bei der Vorbereitung der gesundheitlichen Versorgung der Zivilbevölkerung wie der Streitkräfte im Verteidigungsfall arbeiten die zuständigen Behörden aller Ebenen mit den Dienststellen der Bundeswehr, insbesondere des Territorialheeres zusammen. Dies gilt vornehmlich für die Zusammenarbeit im stationären Bereich.

§ 16 Zuständigkeit der Länder

Dieses Gesetz und die aufgrund dieses Gesetzes ergangenen Rechtsverordnungen werden von den Ländern einschließlich der Gemeinden und Gemeindeverbände im Auftrag des Bundes ausgeführt.

§ 17 Ordnungswidrigkeiten

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig
 1. einer aufgrund der §§ 7, 9 oder 10 ergangenen vollziehbaren Anordnung zuwiderhandelt,

2. eine Mitteilung nach § 11 Abs. 1 oder 2 nicht oder nicht vollständig macht oder die erforderlichen Unterlagen nicht vorlegt,
3. eine Meldung nach § 12 Abs. 2 Satz 2 nicht oder nicht vollständig macht, oder
4. einer Rechtsverordnung nach § 13 zuwiderhandelt, soweit die Rechtsverordnung für einen bestimmten Tatbestand auf diese Bußgeldvorschrift verweist.
- (2) Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer Geldbuße bis zu zehntausend Deutsche Mark geahndet werden.

§ 18 Einschränkung von Grundrechten

Die Grundrechte der Freizügigkeit (Artikel 11 GG) und der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 GG) werden nach Maßgabe dieses Gesetzes eingeschränkt.

Begründung

1. Zweck des Gesetzes

Das Gesetz dient einem humanitären Zweck. Die gesundheitliche Vorsorge für den Ernstfall ist dringend erforderlich, da es für diesen Fall keine Vorbereitung mehr gibt. So unvorstellbar der Ernstfall im hochtechnisierten oder atomaren Krieg auch ist, die Anstrengungen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung können für einen derartigen Fall partielle Linderung bringen. Die organisatorischen Vorbereitungen für die gesundheitliche Versorgung im Rahmen des Zivilschutzes sind nicht ein Akt verstärkter Aufrüstung, sondern ein zwingendes Gebot angesichts möglicher Kriegsgefahren. Das Unterlassen derartiger vorplanender und vororganisierender Maßnahmen macht den Ernstfall nicht unwahrscheinlicher. Wer sich in seinem Auto vorbeugend einen Gurt anlegt, will dadurch keinen Unfall provozieren.

Es wird schwer sein, die Ordnungsstrukturen und die Denkwisen der Friedenszeit überzuleiten auf die Situation des Ernstfalles. Aber diese Schwierigkeit darf nicht zur Schlußfolgerung führen, für diesen Fall keinerlei organisatorische Maßnahmen vorzubereiten. Selbst Restbestände einer organisatorischen Infrastruktur sind besser als keine Vorbereitungsmaßnahmen. Verabscheuungswürdig ist der Krieg, nicht diejenigen Maßnahmen, die für den Fall eines Krieges die schrecklichen Folgen zu lindern versuchen.

Auf dieser Grundlage will das vorliegende Gesetz sicherstellen, welche Behörden im Verteidigungsfall für die Organisation und Durchführung der gesundheitlichen Versorgung zuständig sind. Dabei wird insbesondere festgelegt, welche Behörden für die Vorbereitung zu Erweiterung der Kapazitäten, zur Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der einzelnen Einrichtungen, zur Deckung des Personalbedarfs und zur Deckung der Sachausstattung zuständig sind.

Dabei regeln die Länder sowohl die Organisation und die Koordination der verschiedenen Verwaltungsebenen sowie der fachlich zuständigen Behörden.

Unter dem Gesichtspunkt der humanitären Verpflichtung hat jeder Patient (Verwundete) einen Anspruch auf Behandlung an hierzu geeigneten Stellen, gleich ob sie Zivilpersonen oder Angehörige der Streitkräfte sind. Die zuständigen Behörden und die militärischen Dienststellen unterrichten sich gegenseitig und unverzüglich über stationäre Aufnahme, Verlegung oder Entlassung von Patienten.

Voraussetzung einer funktionierenden Organisation ist selbstverständlich die Zusammenarbeit der zuständigen Behörden aller Ebenen mit den Dienststellen der Bundeswehr, insbesondere des Territorialheeres. Dies gilt vornehmlich auch für die Zusammenarbeit im stationären Bereich.

2. Die Grundlinie des Gesetzes

Die Grundlinie des vorliegenden Entwurfes eines Gesundheitsschutzgesetzes ist darin zu sehen, daß nicht vom Bund zentral planerische Vorgaben gemacht werden für die Sicherstellung der Gesundheit im Ernstfall, sondern daß dies den organisatorisch besser gerüsteten Ländern überlassen wird. Die Länder einschließlich der Gemeinden und Gemeindeverbände sollen im Auftrag des Bundes die notwendigen Maßnahmen durchführen. Der vorliegende Entwurf ist ein Organisations- und Rahmengesetz, das möglichst beweglich und ohne zusätzliches Personal bei Bund und Land in die Praxis umgesetzt werden soll.

Dokumente zur fortschreitenden Militarisierung des Gesundheitswesen

Wir drucken im folgenden Auszüge aus dem rheinland-pfälzischen „Landesgesetz über den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz“ ab. Dieses Gesetz gilt im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit als Mustergesetz eines Landeskatastrophenschutzgesetzes. Tatsächlich enthält dieses Gesetz, das erst Ende 1981 verabschiedet worden ist, zahlreiche Bestimmungen, die auch im Entwurf des Gesundheitssicherstellungsgesetzes stehen. Somit finden sich viele Übereinstimmungen bei formal unterschiedlicher Aufgabenstellung. Denn grundgesetzlich ist festgelegt, daß der Bund die ausschließliche Gesetzgebung über Fragen des Zivilschutzes hat und die Länder für den Katastrophenschutz verantwortlich sind. Das Gesundheitssicherstellungsgesetz gehört in den Bereich des Zivilschutzes, es gilt für den Kriegsfall, die Katastrophenschutzgesetze der Länder gelten für alle übrigen Katastrophen. Es ist erklärtes Ziel der Bundesregierung, diese Trennung zu verwischen bzw. aufzuheben. Durch Katastrophenschutzplanung soll der Apparat geschaffen werden, der im Falle eines Krieges nahtlos übernommen werden kann. Dadurch wird jeder Katastrophenschutzplan zum Zivilschutzplan, jede Katastrophenschutzübung zur Zivilschutzübung. Ministerialrat Jelen aus dem Bundesministerium für JFG beschreibt die Absicht in der Zeitschrift „Arzt und Krankenhaus“ folgendermaßen:

„Der Ausgangspunkt für das Gesundheitssicherstellungsgesetz liegt in der Vorbereitung des Gesundheitswesens auf Aufgaben der Katastrophenbewältigung. Das Ziel des Gesundheitssicherstellungsgesetzes muß es sein, in Ergänzung zu vorhandenen Bestimmungen für eine Erweiterung der Aufgabenwahrnehmung unter den Erschwernissen eines Verteidigungsfalles zu sorgen und dazu die erforderlichen Hilfen zu geben. Das kann nur gelingen, wenn im Gesundheitswesen Aufgaben der Normalversorgung und der Versorgung im Katastrophen- und im Verteidigungsfall nicht scharf voneinander getrennt werden, sondern – auch bei unterschiedlichen Zuständigkeiten für deren stufenweise Fortentwicklung gesorgt wird. Maßnahmen aller Versorgungssituationen müssen sich aufeinander abstimmt und aufeinander aufbauend entwickeln. Schon bei der Planung der Normalversorgung müssen die Weichen für die Bedürfnisse einer Versorgung unter extremen Bedingungen gestellt werden.“

Landesgesetz über den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz (Brand- und Katastrophen- schutzgesetz – LBKG –) Vom 2. November 1981

§ 1

Zweck und Anwendungsbereich

(1) Zweck dieses Gesetzes ist die Gewährleistung vorbeugender und abwehrender Maßnahmen

1. gegen Brandgefahren (Brandschutz),
2. gegen andere Gefahren (Allgemeine Hilfe) und
3. gegen Gefahren größerer Umfangs (Katastrophenschutz).

(2) Dieses Gesetz gilt nicht, soweit vorbeugende und abwehrende Maßnahmen nach Absatz 1 aufgrund anderer Rechtsvorschriften gewährleistet sind.

(3) Auf Anlagen und Einrichtungen der Deutschen Bundesbahn, der Deutschen Bundespost, der Bundeswehr, der Wasser- und Schifffahrtsverwaltung des Bundes und des Bundesgrenzschutzes finden die §§ 15 und 34 keine Anwendung.

(4) Der Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und der Katastrophenschutz sollen die Selbsthilfe der Bevölkerung durch im öffentlichen Interesse gebotenen behördlichen Maßnahmen ergänzen.

§ 2

Aufgabenträger

(1) Aufgabenträger sind:

1. die Gemeinden für den Brandschutz und die Allgemeine Hilfe,
2. die Landkreise für den überörtlichen Brandschutz und die überörtliche Allgemeine Hilfe,
3. die Landkreise und kreisfreien Städte für den Katastrophenschutz und
4. das Land für die zentralen Aufgaben des Brandschutzes, der Allgemeinen Hilfe und des Katastrophenschutzes sowie für die Aufgaben des vorbeugenden Gefahrenschutzes nach diesem Gesetz.

§ 4

Aufgaben der kreisfreien Städte im Katastrophenschutz

(1) Die kreisfreien Städte haben zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Katastrophenschutz (§ 1 Abs. 1 Nr. 3, § 2 Abs. 1 Nr. 3)

1. dafür zu sorgen, daß Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes, deren Aufgaben über den Aufgabenbereich der Feuerwehr hinausgehen, bereitstehen und über die erforderlichen baulichen Anlagen sowie die erforderliche Ausrüstung verfügen,
2. Stäbe zur Vorbereitung und Durchführung von Maßnahmen zu bilden, die für den Katastrophenschutz notwendig sind, und die erforderlichen Räume sowie die erforderliche Ausstattung bereitzuhalten,

3. für die Aus- und Fortbildung der Angehörigen des Katastrophenschutzes einschließlich des Stabspersonals zu sorgen,

4. Alarm- und Einsatzpläne für den Katastrophenschutz aufzustellen und fortzuschreiben,
5. sonstige, zur wirksamen Verhütung und Bekämpfung von Gefahren größerer Umfangs notwendige Maßnahmen zu treffen, insbesondere Übungen durchzuführen.

(2) Soweit zur Erfüllung der Aufgaben die nach Absatz 1 Nr. 1 bereitzustellenden Einheiten und Einrichtungen nicht durch öffentliche oder private Hilfsorganisationen gestellt werden können, stellt die kreisfreie Stadt die notwendigen Einheiten und Einrichtungen auf.

(3) § 3 Abs. 2 gilt, auch im Verhältnis zu den Landkreisen, entsprechend.

§ 5

Aufgaben der Landkreise im Brand- schutz, in der Allgemeinen Hilfe und im Katastrophenschutz

(1) Die Landkreise haben zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Brandschutz, in der Allgemeinen Hilfe und im Katastrophenschutz (§ 1 Abs. 1, § 2 Abs. 1 Nr. 2 und 3)

1. bauliche Anlagen, Einrichtungen und Ausrüstungen des überörtlichen Brandschutzes und der überörtlichen Allgemeinen Hilfe bereitzuhalten sowie dafür zu sorgen, daß Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes bereitstehen und über die erforderlichen baulichen Anlagen sowie die erforderliche Ausrüstung verfügen,
2. Stäbe zur Vorbereitung und Durchführung von Maßnahmen zu bilden, die für den Katastrophenschutz notwendig sind, und die erforderlichen Räume sowie die erforderliche Ausstattung bereitzuhalten,
3. für die Aus- und Fortbildung der Angehörigen des Katastrophenschutzes einschließlich des Stabspersonals zu sorgen,
4. Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen und fortzuschreiben, die mit den Alarm- und Einsatzplänen der Gemeinden im Einklang stehen,
5. sonstige, zur wirksamen Verhütung und Bekämpfung von überörtlichen Gefahren und Gefahren größerer Umfangs notwendige Maßnahmen zu treffen, insbesondere Übungen durchzuführen.

§ 6

Aufgaben des Landes im Brandschutz, in der Allgemeinen Hilfe und im Katastrophenschutz

Das Land hat zur Erfüllung seiner Aufgaben im Brandschutz, in der Allgemeinen Hilfe und im Katastrophenschutz (§ 1 Abs. 1, § 2 Abs. 1 Nr. 4)

1. Alarm- und Einsatzpläne
 - a) für die Umgebung
 - aa) kerntechnischer Anlagen und
 - bb) von Anlagen im Sinne des Anhangs I zur Störfall-Verordnung vom 27. Juni 1980 (BGBl. I S. 772), von denen Gefahren für mehrere Landkreise und kreisfreie Städte ausgehen können,

b) für sonstige Anlagen und gefahrenbringende Ereignisse, die zentrale Abwehrmaßnahmen erfordern,

2. Stäbe zur Vorbereitung und Durchführung von Maßnahmen zu bilden, die für den Katastrophenschutz notwendig sind,
3. erforderlichenfalls den Einsatz der Feuerwehren und der anderen Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes anzuordnen,
4. die notwendigen und zentralen Ausbildungsstätten einzurichten und zu unterhalten,
5. die Gemeinden und Landkreise bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zu beraten und, soweit es dies für zweckmäßig hält, bei der Beschaffung von Ausrüstung zu unterstützen,
6. für den Katastrophenschutz zusätzliche Ausrüstung stützpunktartig bereitzuhalten, soweit dies über die Aufgaben der Landkreise und kreisfreien Städte hinausgeht.

§ 7

Landesbeirat für Brandschutz, Allgemeine Hilfe und Katastrophenschutz

Zur Beratung des Ministeriums des Inneren und für Sport in Fragen des Brandschutzes, der Allgemeinen Hilfe und des Katastrophenschutzes wird ein Landesbeirat gebildet, dem Vertreter der kommunalen Spitzenverbände, der Hilfsorganisationen, der Kammer der Heilberufe, der Berufsverbände sowie der Krankenhäuser angehören.

§ 17

Mitwirkung und Aufgaben der anderen Hilfsorganisationen

(1) Die kommunalen Aufgabenträger setzen zur Erfüllung ihrer Aufgaben in der Allgemeinen Hilfe neben der Feuerwehr, soweit sie es für erforderlich halten, andere öffentliche und private Hilfsorganisationen, insbesondere den Arbeiter-Samariter-Bund, die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft, das Deutsche Rote Kreuz, die Johanniter-Unfall-Hilfe, den Malteser-Hilfsdienst und das Technische Hilfswerk ein, wenn sich die Organisationen allgemein zur Mitwirkung bereit erklärt haben.

(2) Die Aufgaben der anderen Hilfsorganisationen bei der Mitwirkung in der Allgemeinen Hilfe richten sich nach den jeweiligen organisationseigenen Regelungen.

§ 19

Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes, Fachdienste

(1) Die Landkreise und kreisfreien Städte setzen zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Katastrophenschutz und in erster Linie die in der Regel in Fachdienste eingeteilten öffentlichen und privaten Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes ein.

(2) Öffentliche Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes werden durch juristische Personen des öffentlichen Rechts gestellt. Private Einheiten und

Einrichtungen des Katastrophenschutzes werden durch die privaten Hilfsorganisationen gestellt, die sich allgemein zur Mitwirkung bereit erklärt haben und vom Ministerium des Inneren und für Sport anerkannt sind.

(3) Fachdienste sind insbesondere:

1. der Brandschutzdienst,
2. der Technische Dienst,
3. der Bergungsdienst,
4. der Instandsetzungsdienst,
5. der Sanitätsdienst,
6. der ABC-Dienst,
7. der Betreuungsdienst,
8. der Veterinärdienst,
9. der Fernmeldedienst,
10. der Versorgungsdienst

§ 20

Helfer im Katastrophenschutz

Helfer im Katastrophenschutz sind Personen, die in Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutztätig sind. Sie verpflichten sich gegenüber der Hilfsorganisation, bei Einheiten nach § 4 Abs. 2 gegenüber dem Aufgabenträger, zur Mitwirkung im Katastrophenschutz, soweit sich ihre Mitwirkungspflicht nicht bereits aus der Zugehörigkeit zu der Hilfsorganisation ergibt.

§ 22

Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich

(1) Die Aufgabenträger arbeiten mit den Sanitätsorganisationen, Krankenhäusern, Apotheken und berufständischen Vertretungen der Angehörigen der Gesundheitsberufe aus ihrem Gebiet zusammen.

(2) In die Alarm- und Einsatzpläne nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, § 4 Abs. 1 Nr. 4, § 5 Abs. 1 Nr. 4 und § 6 Nr. 1 sind diese Personen und Stellen, soweit erforderlich, einzubeziehen.

(3) Die Landkreise und kreisfreien Städte stellen eine ausreichende Versorgung mit Sanitätsmaterial für Gefahren größerer Umfangs sicher. Sie bedienen sich hierbei einer zentralen Beschaffungsstelle, die bei einer Kreisverwaltung gebildet wird. Der Minister für Soziales, Gesundheit und Umwelt bestimmt die Kreisverwaltung sowie in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer, der Landeszahnärztekammer, der Landestierärztekammer, der Landesapothekerkammer und den kommunalen Spitzenverbänden Art und Umfang des benötigten Sanitätsmaterials.

§ 23

Mitwirkung der Krankenhäuser

(1) Die Träger der Krankenhäuser sind verpflichtet, zur Mitwirkung im Brandschutz, in der Allgemeinen Hilfe und im Katastrophenschutz für ihre Krankenhäuser Alarm- und Einsatzpläne aufzustellen und fortzuschreiben, die mit den Alarm- und Einsatzplänen der Gemeinden und Landkreise im Einklang stehen sowie Übungen durchzuführen. Benachbarte Krankenhäuser haben sich gegenseitig zu unterstützen und ihre Alarm- und Einsatzpläne aufeinander abzustimmen.

(2) In den Alarm- und Einsatzplänen der Krankenhäuser sind auch die Unterstützungsmöglichkeiten durch die niedergelassenen Ärzte und die Hilfsorganisationen zu berücksichtigen.

Besonders deutlich zeigen die Empfehlungen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, die wir abdrucken, die Verkettung von Katastrophenschutz und Zivilschutz.

Mit Hilfe der einzelnen Maßnahmen zum Katastrophenschutz wird ein Apparat aufgebaut, der im Kriegsfall seine Funktion ohne Einschränkung weiterführen kann. Die leitende und planende Aufgabe des Amtsarztes, die Einrichtung der Leitstelle, die Erstellung von Einsatz- und Alarmplänen der Krankenhäuser, die Schaffung einer Krankenhouseinsatzleitung, die Festlegung von Einsatzstufen – all dies sind im Kriegsfall verwendbare organisatorische Grundstrukturen, die keiner Änderung bedürfen.

Die Verwischung der Unterschiede zwischen Katastrophen- und Zivilschutz zeigen auch die mögliche Verwendung der sog. Hilfskrankenhäuser sowie die Genehmigung, auf die Materialbestände des Zivilschutzes zurückgreifen zu dürfen. Das Gesundheits sicherstellungsgesetz soll nur noch die Aufgabe haben, diesen Rückgriff auf Strukturen des Katastrophenschutzes im Kriegsfall zu legitimieren.

Auch bezüglich der Katastrophenmedizin wird nicht differenziert. Bei zivilen Katastrophen sollen die Verletzten der Triage unterworfen werden – die Selektion gilt bisher nur für die Wehrmedizin. So ist Katastrophenmedizin nur ein anderes Wort für Wehrmedizin.

MAGS NW

Empfehlungen an die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zu Vorsorgeplanungen für Unglücks- und Katastrophenfälle

1. Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung

1. Allgemein

Im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge ist auch in Krisensituationen, in denen durch Unglücks- oder

(3) Die Alarm- und Einsatzpläne der Krankenhäuser enthalten auch Maßnahmen zur Ausweitung der Bettenkapazität innerhalb des Krankenhausbereichs.

(4) Das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Umwelt kann die Krankenhaussträger und sonstige geeignete Stellen verpflichten, Hilfskrankenhäuser oder solche Einrichtungen, in denen mindestens eine pflegerische Versorgung von Patienten ermöglicht werden kann, in ihre Alarm- und Einsatzplanung einzubeziehen.

§ 24

Besondere Pflichten von Angehörigen der Gesundheitsberufe

(1) In ihrem Beruf tätige Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker und Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe sowie das ärztliche und tierärztliche Hilfspersonal sind im Rahmen der Allgemeinen Hilfe und des Katastrophenschutzes verpflichtet, sich hierzu für die besonderen Anforderungen fortzubilden sowie an angeordneten oder genehmigten Einsätzen, Übungen, Lehrgängen oder sonstigen Ausbildungsveranstaltungen teilzunehmen und den dort ergangenen Weisungen nachzukommen.

(2) Die Landesärztekammer, Landeszahnärztekammer, Landestierärztekammer und Landesapothekerkammer sowie berufsständische Vertretungen erfassten die in Absatz 1 genannten Personen, sorgen für deren Fortbildung und erteilen den Behörden die Auskünfte, die diese zur Durchführung dieses Gesetzes benötigen.

(3) Nicht mehr in ihrem Beruf tätige Personen, die in einem Beruf des Gesundheits- oder Veterinärwesens ausgebildet sind, werden nur erfaßt. Sie können sich gegenüber dem Aufgabenträger freiwillig zur Mitarbeit in der Allgemeinen Hilfe und dem Katastrophenschutz bereiterklären; für die gilt bis zur Vollendung des 80. Lebensjahres Absatz 1 entsprechend.

(4) Die Bestimmungen des Siebenten Abschnittes bleiben unberührt.

§ 25

Einsatzleitung

(1) Die Einsatzleitung hat

1. der Bürgermeister,
2. der Landrat, wenn innerhalb eines Kreisgebiets mehrere Gemeinden betroffen sind oder bei Gefahren größerer Umfangs,
3. der Regierungspräsident bei Gefahren im Sinne von § 6 Nr. 1 oder bei sonstigen Gefahren, von denen mehrere Landkreise und kreisfreie Städte betroffen sind,

oder ein Beauftragter.

§ 26

Befugnisse der Einsatzleitung

(1) Der Einsatzleiter veranlaßt nach pflichtgemäßem Ermessen die zur Gefahrenabwehr notwendigen Maßnahmen. Hierbei sind die von den in ihrem Aufgabenbereich berührten Fachbehörden für erforderlich gehaltenen Maßnahmen zu berücksichtigen. Der Einsatzleiter führt die erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen

durch, soweit diese nicht von der Polizei oder anderen zuständigen Stellen getroffen werden. Er hat die Befugnisse eines Vollstreckungsbeamten nach dem III. Abschnitt des Ersten Teiles des Verwaltungsvollstreckungsgesetzes für Rheinland-Pfalz.

(2) Sicherungsmaßnahmen der Polizei oder anderer zuständigen Stellen sollen im Einvernehmen mit dem Einsatzleiter angeordnet werden.

(3) Angehörige der Hilfsorganisationen haben die Befugnisse nach Absatz 1, wenn der Einsatzleiter die notwendigen Maßnahmen nicht selbst veranlassen kann.

§ 28

Hilfeleistungspflichten

(1) Jede über 18 Jahre alte Person ist auf Anordnung des Einsatzleiters im Rahmen ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten zur Hilfeleistung verpflichtet, um von dem einzelnen oder der Allgemeinheit unmittelbare Gefahren abzuwenden oder um erhebliche Schäden zu beseitigen. Die Hilfeleistung kann nur verweigern, wer durch sie eine erhebliche eigene Gefahr befürchten oder andere wichtige Pflichten verletzen müßte.

(3) Auf Anordnung des Einsatzleiters sind dringend benötigte Geräte, Materialien, bauliche Anlagen oder Einrichtungen sowie sonstige Sach- und Werkleistungen von jedermann zur Verfügung zu stellen.

§ 29

Duldungspflichten der Grundstückseigentümer und -besitzer

(1) Eigentümer, Besitzer oder sonstige Nutzungsbe rechtigte von Grundstücken, baulichen Anlagen oder Schiffen an oder in der Nähe der Einsatzstelle sind verpflichtet, den Einsatzkräften zur Abwehr oder Beseitigung von Gefahren den Zutritt zu ihren Grundstücken, baulichen Anlagen oder Schiffen zu gestatten. Sie haben die vom Einsatzleiter angeordneten Maßnahmen, insbesondere die Räumung des Grundstückes oder die Beseitigung von Gebäuden, Gebäudeteilen, Anlagen, Lagergut, Einfriedungen und Pflanzen, zu dulden.

(2) Eigentümer, Besitzer oder sonstige Nutzungsbe rechtigte von Grundstücken, baulichen Anlagen oder Schiffen sind verpflichtet, die Anbringung von Alarmin einrichtungen und Hinweisschildern für Zwecke des Brandschutzes, der Allgemeinen Hilfe und des Katastrophenschutzes entschädigunglos zu dulden.

§ 40

Einschränkung von Grundrechten

Durch Maßnahmen in Vollzug dieses Gesetzes können die Grundrechte auf

1. körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes),
2. Freiheit der Person (Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 des Grundgesetzes),
3. Freizügigkeit (Artikel 11 des Grundgesetzes),
4. Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes),
5. Gewährleistung des Eigentums (Artikel 14 des Grundgesetzes)

eingeschränkt werden.

gewichen werden muß, ist so bald wie möglich zu ihnen zurückzukehren.

1.2 Aufgabe der Behörden

Die Gefahr einer ernsthaften Störung der gesundheitlichen Versorgung durch einen Massenunfall von Verletzten und Erkrankten haben die Ordnungs- und Gesundheitsbehörden mit Mitteln des

- Gesetzes über Aufbau und Befugnisse der Ordnungsbehörden
- Ordnungsbehördengesetz (OBG) – in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 1980 (GV.NW S. 528/SGV. NW 2060) sowie

bei Schadenfeuer, Unglücksfällen und bei solchen öffentlichen Notständen, die durch **Naturereignisse, Explosion oder ähnliche Vorkommnisse** verursacht werden, nach dem

- Gesetz über den Feuerschutz und die Hilfeleistung bei Unglücksfällen und öffentlichen Notständen (FSHG) vom 25. Februar 1975 (GV. NW S. 182/SGV. NW 213)

und in Katastrophenfällen nach dem

- Katastrophenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen (KatSG NW) vom 20. Dezember 1977 (GV. NW S. 492/SGV. NW 215)

abzuwehren und zu beseitigen.

1.2.1 Aufgabe des Amtsarztes/Gesundheitsamtes

Der Amtsarzt ist als Leiter des Gesundheitsamtes verantwortlich für die Funktionserhaltung der verschiedenen Teilbereiche des Gesundheitswesens. Er hat mit seinem Amt in enger Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern und anderen Stellen und Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie mit anderen Fachämtern der zuständigen Behörde für die Krankenhausversorgung die bei einem Massenanfall von Verletzten und Erkrankten notwendigen Maßnahmen zu planen, vorzubereiten und für die entsprechende Aufnahme in den Katastrophenschutzplan oder in sonstige Einsatzpläne zu sorgen. In einem Einsatzfall hat er darauf hinzuwirken, daß die Verletzten oder Erkrankten vom Schadensort möglichst unmittelbar dem nach der Verletzungsart fachlich geeigneten Krankenhäusern zugewiesen werden (Dislozierung).

1.2.2 Leitstelle für den Rettungsdienst und für Feuerschutz- und Katastrophenschutzaufgaben

Nach § 6 des Gesetzes über den Rettungsdienst (RettG) vom 26. November 1974 (GV. NW S. 1481) lenkt die Leitstelle die Einsätze des Rettungsdienstes; sie führt den Zentralen Krankenbettennachweis.

Im Feuerschutz und bei Hilfeleistungen nach dem FSHG sowie im Katastrophenfall ist die Leitstelle Führungsmittel der zuständigen Behörde. Sie ist zugleich Alarmierungs-, Informations- und Nachrichtenübermittlungsstelle.

Bei einem Massenanfall von Verletzten/Erkrankten ist die Leitstelle Verbindungsstelle zwischen den Krankenhäusern und der Einsatzleitung der Feuerwehr oder der Katastrophenschutzleitung.

1.3 Aufgabe der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser sind nach § 3 Abs. 1 des Krankenhausgesetzes des Landes NW (KHG NW) vom 27. Februar 1975 (GV. NW S. 210/SGV. NW 2128) verpflichtet, die für die Akutversorgung von Notfallpatienten erforderlichen Einrichtungen vorzuhalten und solche Patienten vorrangig zu versorgen. Sie müssen mithin auch für Personen, die durch Unglücksfälle, öffentliche Notstände oder Katastrophenereignisse erkrankt oder verletzt sind, jederzeit aufnahmefähig sein. Diese Aufnahmefähigkeit setzt beim Anfall einer größeren Zahl von Notfallpatienten Maßnahmen zur Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten durch einen entsprechenden Einsatz- und Alarmplan voraus.

2. Einsatz- und Alarmpläne für Krankenhäuser

2.1 Zweck des Planes

Der Einsatz- und Alarmplan regelt

- die Umstellung des Krankenhausbetriebes auf die Aufnahme einer größeren Zahl von Notfallpatienten sowie
- Maßnahmen zum Schutz der Patienten und des Personals bei Bränden, Explosionen oder sonstigen Schadensereignissen innerhalb des Krankenhauses und bei Gefahren, die dem Krankenhaus von außen drohen.

Der Plan muß mit den Planungen der für den Rettungsdienst, die Feuerwehr und den Katastrophenschutz zuständigen Behörden abgestimmt sein.

2.2 Aufgabe der Betriebsleitung

Die Betriebsleitung (§ 17 KHG NW) veranlaßt die Aufstellung des Einsatz- und Alarmplanes, genehmigt ihn und überwacht seine Fortschreibung. Sie bestimmt ferner die Krankenhausseinsatzleitung.

2.3 Anordnung des Katastropheneinsatzes

Die Anordnung zur Auslösung der nach dem Einsatz- und Alarmplan vorgesehenen Maßnahmen, nachfolgend als Katastropheneinsatz bezeichnet, trifft der Leitende Arzt; in Falle seiner Verhinderung sein Vertreter. Sind diese bei einem Schadensereignis außerhalb der Dienstzeit nicht anwesend, trifft der diensthabende Arzt der chirurgischen Abteilung bis zum Eintreffen der Mitglieder der Krankenhausseinsatzleitung die nach dem Einsatz- und Alarmplan notwendigen Anordnungen.

3. Krankenhausseinsatzleitung

3.1 Aufgaben

Die Krankenhausseinsatzleitung tritt nach Anordnung des Katastropheneinsatzes zusammen. Sie entscheidet, welche Maßnahmen nach dem Einsatz- und Alarmplan auszuführen sind. Für die Dauer des Katastropheneinsatzes ist sie gegenüber dem gesamten im Krankenhaus tätigen Personal weisungsbefugt.

3.2 Zusammensetzung

Zur Einsatzleitung sollten gehören der Leitende Arzt oder sein Vertreter, der Leiter des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes oder sein Vertreter und die Leitende Pflegekraft oder deren Vertreter. Alternative:

3.3 Einsatzzentrale

Als Einsatzzentrale für die Krankenhausseinsatzleitung sind ein oder mehrere zentral gelegene Räume festzulegen, in denen die notwendigen – mindestens zwei – Telefonanschlüsse und sonstige technische Einrichtungen (z. B. Radio, Diktier- und Wiedergabegeräte, Schreibmaschinen) vorhanden sind. Zur Leitstelle für den Rettungsdienst und für Feuerschutz- und Katastrophenaufgaben sollte eine unmittelbare Verbindung bestehen.

4. Katastropheneinsatz

4.1 Allgemein

Beim Anfall einer größeren Zahl von Notfallpatienten durch Unglücks- oder Katastrophenfälle ist im Rahmen des Einsatzes des Rettungsdienstes oder des Sanitätsdienstes des Katastrophenschutzes über die Leitstelle für den Rettungsdienst und für Feuerschutz- und Katastrophenschutzaufgaben dafür zu sorgen, daß die Patienten vom Schadensort einem nach Art und Schwere der Verletzung/Erkrankung geeigneten Krankenhaus möglichst unmittelbar zugeleitet werden. Hierbei ist unter Nutzung aller verfügbaren Transportmittel eine Dislozierung auf möglichst viele nach Leistungsangebot und Behandlungskapazität in Betracht kommende Krankenhäuser anzustreben. Katastropheneinsatz für ein Krankenhaus ist anzuordnen, wenn infolge eines Schadensereignisses mehr Notfallpatienten aufzunehmen sind, als mit dem im Krankenhaus vorhandenen Personal ohne Verzug fachgerecht versorgt werden können.

4.2 Einsatzstufen

Die Maßnahmen für den Katastropheneinsatz sind nach der Zahl der aufzunehmenden Notfallpatienten in drei Einsatzstufen zu gliedern.

4.2.1 Einsatzstufe 1

Mit den Maßnahmen zu dieser Einsatzstufe ist die volle Arbeitsbereitschaft der für die Versorgung der Notfallpatienten nach Schadensart zuständigen Abteilung mit voller Personalstärke herzustellen.

Das Krankenhaus legt unter Berücksichtigung seiner Aufgabenstellung nach dem Krankenhausbedarfplan und seiner Behandlungskapazität Richtzahlen für die zu dieser Einsatzstufe aufzunehmenden Notfallpatienten im Benehmen mit der zuständigen Behörde fest, und zwar unterteilt für die Aufnahme von

- chirurgischen zu versorgenden Patienten,
- internistisch zu behandelnden Patienten,
- Brandverletzten und
- Strahlengeschädigten.

4.2.2 Einsatzstufe 2

Mit den Maßnahmen zu dieser Einsatzstufe ist die volle Betriebsbereitschaft des gesamten Krankenhauses herzustellen.

Die Richtzahlen für die zu dieser Einsatzstufe aufzunehmenden Notfallpatienten sind in entsprechender

Anwendung des Hinweises zur Einsatzstufe 1 festzusetzen.

4.2.3 Einsatzstufe 3

Mit den Maßnahmen zu dieser Alarmstufe wird ergänzend zur Einsatzstufe 2 die Behandlungs- und Bettencapazität des Krankenhauses durch materielle und personelle Hilfe der Katastrophenschutzbehörde erweitert.

Die Zahl der zur Kapazitätserweiterung aufzustellenden Notbetten und Operationstische wird im Benehmen mit der Katastrophenschutzbehörde festgelegt.

5. Alarmierungsverfahren

5.1 Alarmierung des Krankenhauses

Das Krankenhaus wird über ein Schadensereignis, bei dem mit dem Anfall einer größeren Zahl von Notfallpatienten zu rechnen ist, über die Leitstelle für den Rettungsdienst und für Feuerschutz- und Katastrophenschutzaufgaben so früh wie möglich unterrichtet. Die Leitstelle teilt zugleich Zeitpunkt, Ort, Art und Umfang des Schadensereignisses und die Zahl der voraussichtlich betroffenen Personen mit.

Sie übermittelt außerdem die Empfehlung der Einsatzleitung der Feuerwehr oder der Katastrophenschutzleitung zur Auslösung einer bestimmten Einsatzstufe.

5.2 Alarmierung innerhalb des Krankenhauses während der Dienstzeit

Die Mitteilung der Leitstelle über das Schadensereignis wird in der Regel von der Telefonzentrale des Krankenhauses entgegengenommen. Die Telefonzentrale notiert die Angaben der Leitstelle über das Schadensereignis und leitet die Notiz unverzüglich

- während der Dienstzeit an den Leitenden Arzt oder seinen Vertreter,
- außerhalb der Dienstzeit an den diensthabenden Arzt der chirurgischen Abteilung weiter.

Das weitere Alarmierungsverfahren richtet sich nach den im Krankenhaus gegebenen fernmeldetechnischen Möglichkeiten. Hierbei ist insbesondere darauf zu achten, daß die Fernmeldeverbindungen des Krankenhauses nach außen nicht blockiert werden.

6. Maßnahmenkatalog

6.1 Allgemein

Maßnahmen für die Aufnahme von Notfallpatienten bei einem Katastropheneinsatz sind so vorzubereiten, daß sie bei Aufruf der einzelnen Einsatzstufen ohne Verzug durchgeführt werden können.

6.2 Maßnahmen für alle Einsatzstufen

6.2.1 Alarmierungslisten

Das Krankenhaus führt Alarmierungslisten für das Personal mit Namen, Funktion, Anschrift und privater Telefonnummer in zweifacher Ausfertigung. Die Listen sind nach Abteilungen (Kliniken) und Funktionsbereichen sowie nach allgemeiner Verwaltung und technischer Verwaltung zu trennen.

Eine Ausfertigung der Listen ist für die Krankenhausseinsatzleitung, die weitere Ausfertigung für die Abteilung oder die Verwaltung bestimmt.

6.2.2 Verkehrsregelung

Für die Rettungsfahrzeuge ist eine reibungslose An- und Abfahrt sicherzustellen. Vorzusehen sind u. a.

- Einbahnstraßensystem auf dem Krankenhausgelände
- Trennung von Krankentransport und Versorgungs-transport
- Verkehrsregelungen außerhalb des Krankenhausgeländes durch die Polizei.

6.2.3 Aufnahme

6.2.3.1 Eingänge/Aufnahmeraum

Im Krankenhaus ist eine schnellstmögliche Aufnahme der Patienten vorzubereiten. Dazu sind

- für die Pateintenaufnahme ein Eingang (höchstens zwei Eingänge) festzulegen
- für das Personal ein besonderer Eingang zu bestimmen
- alle anderen Nebeneingänge zu verschließen
- der Besucherbetrieb zu begrenzen oder einzustellen
- ein oder mehrere Aufnahmeräume (Eingangshalle) für die Sichtung der Patienten zu bestimmen
- Transportmittel für die Weiterleitung der Patienten sowie Untersuchungsliegen und Verbandwagen bereitzustellen

6.2.3.2 Aufnahme von kontaminierten Verletzten

- Durch Kontaktgute oder radioaktive Stoffe kontami-

nierte Verletzte sind vor der Aufnahme zu dekontaminieren.

- In Krankenhäusern, in denen eine feste Dekontaminierungseinrichtung nicht vorhanden ist, sollte eine behelfsmäßige Dekontaminationsmöglichkeit in der Bäderabteilung oder in einer sonstigen Wasch- und Duscheinrichtung des Krankenhauses vorgesehen werden.
- Für Kontaminierte mit äußeren Verletzungen ist ein Raum für die chirurgische Vorbehandlung vorzusehen.
- Kontaminierte Bekleidung ist zu entfernen und an abgeschlossener Stelle aufzubewahren.
- Für das mit der Dekontamination beauftragte Personal sind Einmal-Schutanzüge vorrätig zu halten.
- Der Bereich für die Aufnahme und Behandlung Kontaminiert ist so weitgehend wie möglich von dem übrigen Krankenhaus abzugrenzen.

6.2.4 Sichtung der Verletzten/Erkrankten (Triage)

Zweck der Sichtung (Triage) ist die Festlegung der Behandlungsdringlichkeit und die Anordnung unbedingt notwendiger therapeutischer Maßnahmen.

Triage ist ein fortlaufender Prozeß; sie ist unabhängig von der ersten Sitzung am Schadensort im Krankenhaus erneut durchzuführen.

Für die Triage ist ein Team aus Ärzten und Pflegekräften unter Leitung eines besonders erfahrenen Arztes zu bilden.

6.2.5 Dokumentation

Für die Registrierung und die Behandlung der Notfallpatienten ist eine das übliche Aufnahmeverfahren ergänzende Dokumentation vorzubereiten. Hierzu sind

- Patientenbegleitkarten (Durchschreibeverfahren) und Plastikbeutel für persönliche Gegenstände der Patienten bereitzuhalten und
- zur Durchführung der Dokumentation geeignetes Verwaltungspersonal zu bestimmen.
- Bei der Aufnahme ist eine mit einer fortlaufenden Identifikationsnummer versehene Patientenbegleitkarte auszufüllen; eine Ausfertigung verbleibt bei dem Patienten, eine weitere Ausfertigung ist für die Registrierung zu verwenden.
- Zusätzlich kann am Arm oder Bein des Patienten ein Identifikationsbändchen mit der Identifikationsnummer angebracht werden.
- Ausweise und andere persönliche Gegenstände des Patienten sind in einem mit der Identifikationsnummer versehenen Plastikbeutel aufzubewahren.
- Alle ärztlichen Entscheidungen, Medikamentengaben, Röntgen- und Laborbefunde und sonstige Meßwerte sind in die Patientenbegleitkarte einzutragen.

6.3 Maßnahmen zur Einsatzstufe 1

Zu den Maßnahmen zur Herstellung der vollen Arbeitsbereitschaft der Abteilung gehört

- die Alarmierung und Einberufung des dienstfreien Personals,
- die Anordnung der zeitlich unbegrenzten Dienstbereitschaft für die im Krankenhaus befindlichen Mitarbeiter der Abteilung,
- die Einstellung des Routinebetriebes in den OP-Räumen und auf den Stationen,
- die Herstellung der Betriebsbereitschaft der OP-Räume,
- die Inanspruchnahme von OP-Räumen anderer Fachabteilungen und
- das Freimachen von Betten, soweit die Zahl der aufzunehmenden Notfallpatienten dies erfordert.

6.4 Maßnahmen zur Einsatzstufe 2

Zu den Maßnahmen zur Herstellung der vollen Betriebsbereitschaft des Krankenhauses gehört

- die Alarmierung und Einberufung des gesamten dienstfreien Krankenhauspersonals,
- die Anordnung der zeitlich unbegrenzten Dienstbereitschaft für die im Krankenhaus befindlichen Mitarbeiter,
- die Einstellung des Routinebetriebes in den OP-Räumen und auf den Stationen,
- das Herstellen der Betriebsbereitschaft aller OP-Räume des Krankenhauses,
- die Bildung zusätzlicher OP-Teams unter Assistenz von Ärzten aus anderen Abteilungen,
- der Einsatz des Personals aus anderen Abteilungen in der/den für die Versorgung der Notfallpatienten fachlich zuständigen Abteilung/Abteilungen,
- das Belegen freier Betten in anderen Abteilungen,
- das Freimachen von Betten durch Entlassung gehfähiger Patienten, soweit die Zahl der aufzunehmenden

den Notfallpatienten dies erfordert. Patienten sollten nach ärztlicher Entscheidung entlassen werden, wenn bei ihnen keine nachhaltige Schädigung des Gesundheitszustandes durch die Entlassung zu befürchten ist und die weitere Behandlung ambulant durchgeführt werden kann.

6.5 Maßnahmen zur Einsatzstufe 3

Die ergänzend zur Einsatzstufe 2 zur weiteren Erhöhung der Behandlungskapazität des Krankenhauses notwendigen Maßnahmen werden auf Veranlassung der Katastrophenschutzbehörde durchgeführt.

6.5.1 Erhöhung der Behandlungs- und Bettenkapazität

Die Behandlungs- und Bettenkapazität kann durch Aufstellen von Notbetten und durch zusätzliche Behandlungseinrichtungen erweitert werden.

- Für das Aufstellen von Notbetten kommen die vorhandenen Krankenzimmer (Engerbelegung) sowie Aufenthaltsräume, Mehrzweckräume, Wartezimmer, Besuchszimmer und größere abteilbare Nischen und Flure in Betracht.
- Als Notbetten sind im Krankenhaus vorhandene zusätzliche Betten zu verwenden. Weitere Notbetten werden aus Beständen des Zivilschutzes bereitgestellt; verfügbar sind Krankenbetten mit den Maßen 208x75 cm, Spezialkrankenbetten mit den Maßen 213x93 cm und Kinderbetten mit den Maßen 145x70 cm.

Notoperationsräume können mit Operationstischen und sonstigem ärztlichen Gerät aus Beständen des Zivilschutzes eingerichtet werden. Dafür eignen sich Räume von etwa 20 qm (je Operationstisch) mit wasserfestem Bodenbelag (möglichst Bodenentwässerung), Beleuchtung und 3 bis 4 Schuko-Steckdosen.

Die Möglichkeiten der Kapazitätserweiterung sind vorher mit der Katastrophenschutzbehörde festzulegen. Die Zahl der zusätzlich aufzustellenden Betten wird durch das Raumangebot und die einsatzbaren Notbetten bestimmt. Soweit Material aus Beständen des Zivilschutzes bereitzustellen ist, veranlaßt die Katastrophenschutzbehörde den Transport zum Krankenhaus.

6.5.2 Inbetriebnahme von Hilfskrankenhäusern

Eine Inbetriebnahme von Hilfskrankenhäusern kommt in Katastrophenfällen nur bei ganz außergewöhnlichen Situationen in Betracht. Die Inbetriebnahme der für den Zivilschutz baulich vorbereiteten Hilfskrankenhäuser oder die Inanspruchnahme der als Hilfskrankenhäuser vorgesehenen sonstigen Objekte (Kuranstalten, Sanatorien, Jugendherbergen, Erholungsheime, größere Hotels und Pensionen) bestimmt die Katastrophenschutzbehörde.

Das als Stammkrankenhaus vorgesehene Krankenhaus stellt das Schlüsselpersonal für das Hilfskrankenhaus.

Die Bereitstellung des darüber hinaus notwendigen Personals und des Sanitätsmaterials wird von der Katastrophenschutzbehörde veranlaßt.

6.6 Materialbereitstellung

6.6.1 Arzneimittel

Zur Deckung des Bedarfs an Medikamenten, Blutkonserven, Infusions- und Blutersatzlösungen, Verbandstoffen und sonstigem Verbrauchsmaterial sind vorzusehen:

- die Bereitstellung des Arzneimittelbestandes des Krankenhauses an den Behandlungsschwerpunkten im Krankenhaus,
- die Ergänzungslieferungen durch den Handel und durch Blutbanken,
- die Anforderung von Arzneimitteln und Verbandstoffen aus ZS-Sanitätslagern bei der Katastrophenschutzbehörde, wenn zu befürchten ist, daß die notwendigen Arzneimittel und Verbandstoffe nicht oder nicht rechtzeitig bereitgestellt werden können.

6.6.2 Sonstiges Material

Die Nachlieferung des sonstigen für die Krankenbehandlung erforderlichen Materials (z. B. Einmalwäsche und andere Einmalartikel) ist rechtzeitig zu veranlassen.

6.6.3 Verpflegung

Die Krankenhausküche hat Vorbereitungen für die Verpflegung einer größeren Patientenzahl zu treffen.

7. Materielle und personelle Hilfe durch die Katastrophenschutzbehörde

Die Katastrophenschutzbehörde leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten dem Krankenhaus bei einem Massenanfall von Notfallpatienten materielle und personelle Hilfe. Art und Umfang der Hilfe sind vorher zwischen der Katastrophenschutzbehörde und dem Krankenhaus abzusprechen. Vorzusehen sind

- die Bereitstellung von Sanitätsmaterial für Maßnahmen der Einsatzstufe 3,
- die Bereitstellung von Sanitätsmaterial, insbesondere von Arzneimitteln und Verbandstoffen, falls die Materialsreserven des Krankenhauses nicht oder nicht rechtzeitig ergänzt werden können,
- personelle Hilfe durch Einsatz von Ärzten, Pflegekräften und Hilfskräften aus nichtbetroffenen Krankenhäusern, anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens (u. a. niedergelassene Ärzte) oder aus den Hilfsorganisationen. Art und Umfang der personellen Hilfe sollten im Rahmen der Katastrophenschutzplanung mit den Stellen und Einrichtungen des Gesundheitswesens (Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung und andere) abgestimmt werden. Die Befugnis zur Inanspruchnahme von Personen für die Katastrophenhilfe ergibt sich aus § 13 KatSG NW in Verbindung mit § 19 des Ordnungsbürogesetzes.

8. Maßnahmen zum Schutz der Patienten und des Personals bei Bränden, Explosionen und sonstigen Gefahren

Die Krankenhäuser haben die zum Schutz der Patienten und des Personals bei Bränden, Explosionen und sonstigen Schadensereignissen notwendigen Maßnahmen auf der Grundlage

- des Gesetzes über den Feuerschutz und die Hilfeleistung bei Unglücksfällen und öffentlichen Notständen (s. 1.2),
- der Verordnung über Organisation und Durchführung der Brandschau vom 6. April 1959 (GV. NW S. 79/SGV. NW 2020) und
- der Verordnung über den Bau und Betrieb von Krankenhäusern
- Krankenhausbauverordnung – (KhBauVO) – vom 21. Februar 1978 (GV.NW S. 154/SGV. NW 232) im Einvernehmen mit den zuständigen Behörden zu treffen.

In der Brandschutzordnung (§ 36 Abs. 3 KhBauVO) sind insbesondere vorzusehen:

- die Einteilung des Krankenhauses in Brandabschnitte,
- die Bestimmung und Kennzeichnung der Rettungswege,
- Feuerlöschgeräte, Feuerlösch-, Feuermelde- und Alarmanlagen.
- Maßnahmen zur Schadensbekämpfung durch betriebsseigene Kräfte bis zum Eintreffen der Feuerwehr,
- Regelungen für eine Evakuierung (Teilevakuierung) der Patienten und des Personals.

Für den Fall der Räumung des Krankenhauses ist mit der zuständigen Behörde ein in der Nähe gelegenes geeignetes Gebäude (Schwesternwohnheim, Schule oder ähnliches) für die erste Aufnahme der evakuierten Patienten zu bestimmen. Soweit Patienten nicht in ambulante ärztliche Behandlung entlassen werden können, sind sie in Krankenhäusern der näheren Umgebung zu verlegen.

Bis zum Eintreffen der Feuerwehr veranlaßt die Krankenhausseinsatzleitung die notwendigen Maßnahmen. Das Personal ist entsprechend der Empfehlung zu Nr. 5 zu alarmieren.

9. Fortbildung des Personals

Ärzte und Pflegekräfte sollen verstärkt an Fortbildungsveranstaltungen über Notfall- und Katastrophenschutzmedizin teilnehmen. Die Ärztekammern führen hierzu Veranstaltungen in ihren Fortbildungsakademien durch. Verwaltungskräfte und sonstiges Personal der Krankenhäuser sollten an Informationsveranstaltungen der Katastrophenschutzbehörde teilnehmen.

10. Übungen

Die Funktionsfähigkeit des Einsatz- und Alarmplanes ist in angemessenen Zeitabständen durch krankenhausinterne Übungen zu überprüfen und zu erproben. In die Übungen der Katastrophenschutzbehörden sollen die Krankenhäuser verstärkt einbezogen werden.

In Bedburg ausgelernt



Raupp 82

Michaela D.* war von September 1980 bis März 1982 Lernschwester in der Rheinischen Landesklinik Bedburg-Hau. Als sie die Überdosis Schlafmittelnahm, war sie noch Angestellte dieses Hauses. Auch ihr Freund hatte dort gearbeitet, ihr Vater arbeitet immer noch dort. Sie kannten sich aus, sie kennen die Institution Landeskrankenhaus – sollte man denken. Als Betroffener sieht dann doch alles ganz anders aus.

Durchaus nicht einmalig ist, daß eine LKH-Angestellte selbst psychiatrisch behandelt werden muß. Auch von Zwangseinweisungen in die eigene Arbeitsstelle habe ich gehört. Absolut nicht einmalig sind sicherlich auch nicht die Bedingungen, unter denen Michaela eingewiesen wurde, und was mit ihr geschah ist keine Ausnahme. Das Besondere ist, daß trotz all dieser Umstände die Angestellte und „Patientin“ Michaela den Mut gefunden hat, zu veröffentlichen, was sich hinter den Psychiatriemauern abspielte.

Ich habe da auch 2 Jahre gearbeitet. Ich habe auch gedacht, ich kenne

mich etwas aus. Michaelas Freund hat mich während der vier Tage von Michaelas Aufenthalt in Bedburg fast täglich angerufen. Ich habe versucht, ihm besonders bezüglich seiner und Manuela's rechtlicher Situation zu helfen. Zuletzt blieb ohnmächtige Wut. Zu dritt haben wir später deren Bericht besprochen und verfaßt. Er soll aufrütteln, Anregung sein für andere und Mut machen.

Ulli Raupp

* Der Name ist geändert.

Am 11. 3. mittags kann ich nicht mehr. Irgendwie sehe ich kein Ende und keinen Ausweg. Ich nehme 30 Adumbran. Ein Glück, daß mich kurz darauf ein lieber Bekannter besucht. Ich bin noch halbwegs klar – und eigentlich will ich ja leben, nur anders. Ich erzähle ihm, er alarmiert den Notarzt, ich komme ins Krankenhaus – Innere Abteilung. Salzwasser hilft nicht mehr, die Tabletten sind schon aus dem Magen. Wegen Bettenmangel werde ich auf die Entbindungsstation verlegt. Der Arzt meint jedoch, meinen Aufenthalt über

Nacht dort nicht verantworten zu können. Ich soll nach Bedburg-Hau.

Freiwilliger Zwang

Ich registrierte alles nur noch unter sehr viel Mühe – ich willigte ein. Als „Patientin“ wurde ich jetzt in das LKH gefahren, in dem ich als Krankenschwester ausgebildet werde. Was ich in den nächsten Tagen erleben sollte, konnte mir kein Unterricht vermitteln: Der Krankenwagenfahrer überredet mich, eine Freiwilligkeitserklärung zu unterschreiben – dies sei besser als die Zwangseinweisung.

In halb bewußtlosem Zustand unterschreibe ich mehrere Zettel: die Einwilligung in die Unterbringung und Behandlung im LKH, Einwilligung in die Information des Gesundheitsamtes, Entbindung von der Schweigepflicht, Tragen der Kleidung auf eigene Verantwortung. Obwohl ich zu diesem Zeitpunkt nicht einmal mehr in der Lage bin, meine Unterschrift wie immer zu schreiben, werden die „Erklärungen“ als rechterheblich behandelt. Erst viel später werde ich darüber aufgeklärt – und nicht von diesen Ärzten – was meine Unterschriften für mich bedeuten.

Erniedrigung

Mit 7 Frauen in einem Schlafsaal auf der Frauenunruhe – eine geschlossene Station mit verwirrten, psychotischen, z.T. aggressiven Frauen zusammen. (Aber ich war doch „freiwillig“ hier, ich wollte Ruhe, Nachdenken, mit jemandem sprechen, der mich versteht, der mir weiterhelfen kann.) Geschlossene Frauen-Unruhe – wie leicht sich so was sagt, wenn man – wie ich sonst – auf der anderen Seite der verschlossenen Türen ist. Die „unruhigen Frauen“ sind sehr nett zu mir. Wir stehen, sitzen zusammen, alleine herum. Keiner kümmert sich um uns. Dann sollen wir duschen, zu 5–6 in einem Baderaum, ohne Vorhänge, ohne Trennwände, selbst die Toiletten sind immer offen. Ich geniere mich – mehr unter den Blicken meiner „Kollegin“.

Meine persönlichen Sachen haben sie mir abgenommen – Geld, Personalausweis, Zahnbürste – alles unter Verschluß. (Ich bin doch freiwillig hier?) Ich bekomme einen Trainingsanzug und Schuhe. Je klarer ich werde, desto hilfloser fühle ich mich, ausgeliefert, erniedrigt.

Ich will nach Hause! Ein erstes Gespräch mit dem Oberarzt, dem Stationsarzt und einem Diplom-Psychologen findet statt. Als erstes muß ich meine Unterschrift unter die Freiwilligkeitserklärung vervollständigen (ganz krakelig hatte ich am Vorabend nur meinen Vornamen und eine – falsche – Initiale geschrieben ... rechtserheblich!!!). Ich darf nicht nach Hause.

Mein Freund ist gekommen. Ihm wird eröffnet, daß eine Zwangsunterbringung nach dem Psychiatrischen Krankengesetz (PsychKG) beantragt wird – d. h. sie können mich bis zu 2 Monaten festhalten. (Warum sagte man mir das nicht auch?!)

Abgestempelt

Ich bekomme jetzt Medikamente: Beruhigungsmittel und Antidepressiva mit sedierender Wirkung. Danach sollte ich wieder zum Stationsarzt und zum Psychologen. Ich mußte einen psychologischen Test machen (trotz Medikamente!). Mir wird gesagt, daß mein Freund eröffnet habe, er wolle nichts mehr von mir wissen, außerdem habe er erzählt, daß ich alle 2 Tage 1 Gramm Haschisch rauchen würde und regelmäßig Beruhigungstabletten nähme. Immer wieder sagte ich mir: es stimmt nicht, so was kann er nicht gesagt haben, in diese Ecke will ich mich nicht drängen lassen. Das einzige, was stimmt, die Beruhigungsmittel. Aber die hat mir doch mein Arzt verschrieben. Die Ungewißheit war mit das Schlimmste. Und: ich konnte ihn nicht fragen ... Besuchsverbot! (aber ich bin doch freiwillig ...) Wie ich später aus der Krankengeschichte erfahre, war dieses Besuchsverbot, daß mit meinem

„Krankheitszustand“ begründet wurde, vom Stationsarzt, Abteilungsarzt und Klinikdirektor abgesprochen und abgesegnet.

Ich will nach Hause. Obwohl das PsychKG bereits beantragt ist, sagt mir das keiner. Im Gegenteil, ich werde noch damit erpreßt: „Wenn Sie sich nicht bis zum Nachmittag gedulden, wird eine Zwangsunterbringung beantragt!“

Das Ergebnis des „Tests“: ich bin „psychopathisch“ und „neurotisch“ veranlagt und habe einen hohen „Lügenindex“. Am Mittag bekomme ich wieder Medikamente, aber keinen Besuch; auch Telefonieren ist verboten! Am Nachmittag eröffnet mir der Stationsarzt, daß er zu dem Entschluß gekommen sei, ein PsychKG zu beantragen, da er nicht verantworten wolle, mich hinaus zu lassen. Entscheidend dafür sei auch das Testergebnis vom Vormittag. Ich bekomme Panik. Ich will sofort raus. Er soll meinen Hausarzt anrufen, der kennt meine Situation besser. Wie ein Schulmädchen werde ich vor die Tür gesetzt.

Abgehört

Mein Freund hat inzwischen das SSK (Sozialistisches Selbsthilfe Komitee) in Köln informiert. Die versprechen, am nächsten Tag mit einem Rechtsanwalt zu kommen. Ich darf telefonieren. Mein Freund erzählt mir, daß er das SSK benachrichtigt hätte. Ohne mein Wissen wird dieses Telefongespräch mitgehört und in Minutenprotokollen in meine Krankenakte eingetragen. (Wie ich später aus der Krankenakteinsicht erfuhr, wurde überhaupt alles minutiös in die Krankenakte eingetragen – nur nicht, daß ich die Vermutung geäußert hatte, schwanger zu sein, was ich mehrmals betonte, da ich Schmerzen hatte und mir häufig übel war.) Ich bekomme trotzdem weiter Beruhigungsmittel und Antidepressiva – drei verschiedene Sorten.

Am nächsten Morgen darf mein Freund mich besuchen – immer beaufsichtigt, immer protokolliert. Trotzdem schafft er es, mir einen Schlüssel für die Stationstür, einen sogenannten „Durchgänger“, zuzustecken. (Für Eingeweihte ist es nicht schwierig, an so ein Ding heranzukommen.) Der Gedanke, daß ich in einem unbeobachteten Augenblick weg könnte, gibt mir neue Kraft. Aber ich will nicht weg, ich will durchhalten.

Schweigepflicht gebrochen

An diesem Tag kommen auch meine Eltern. Sie sind vom Arzt informiert worden. Er liest Ihnen – ohne mein Beisein – aus meiner Krankenakte vor. Außerdem erzählt er Ihnen Dinge über mich, die nicht der Wahrheit entsprachen. Meine Eltern glauben dem Arzt und distanzierten sich von mir. Das zieht mich wieder voll runter.

Am späten Nachmittag ist der Gerichtsbeschuß über meine Zwangsunterbringung da. Auch ist der Arzt über den Kontakt zum SSK voll informiert. Ich bekomme wieder Besuchsverbot, angeblich, um die Ruhe auf der Station zu gewährleisten. Ich wollte die Arznei verweigern. Mir wird gedroht, daß man sie mir gewaltsam spritzen würde!

Kuhhandel

Am gleichen Abend werde ich wieder zum Arzt gerufen. Er macht mir den Vorschlag, die Medikamente abzusetzen. Gleichzeitig bemerkt er, daß es wohl besser für mich sei, wenn SSK und andere Medien nicht benachrichtigt würden. Wenn ich zustimmen würde, könne ich auch in das LKH nach Viersen verlegt werden. Der Besuch bleibt für mich weiter gesperrt, aber telefonieren darf ich am nächsten Tag.

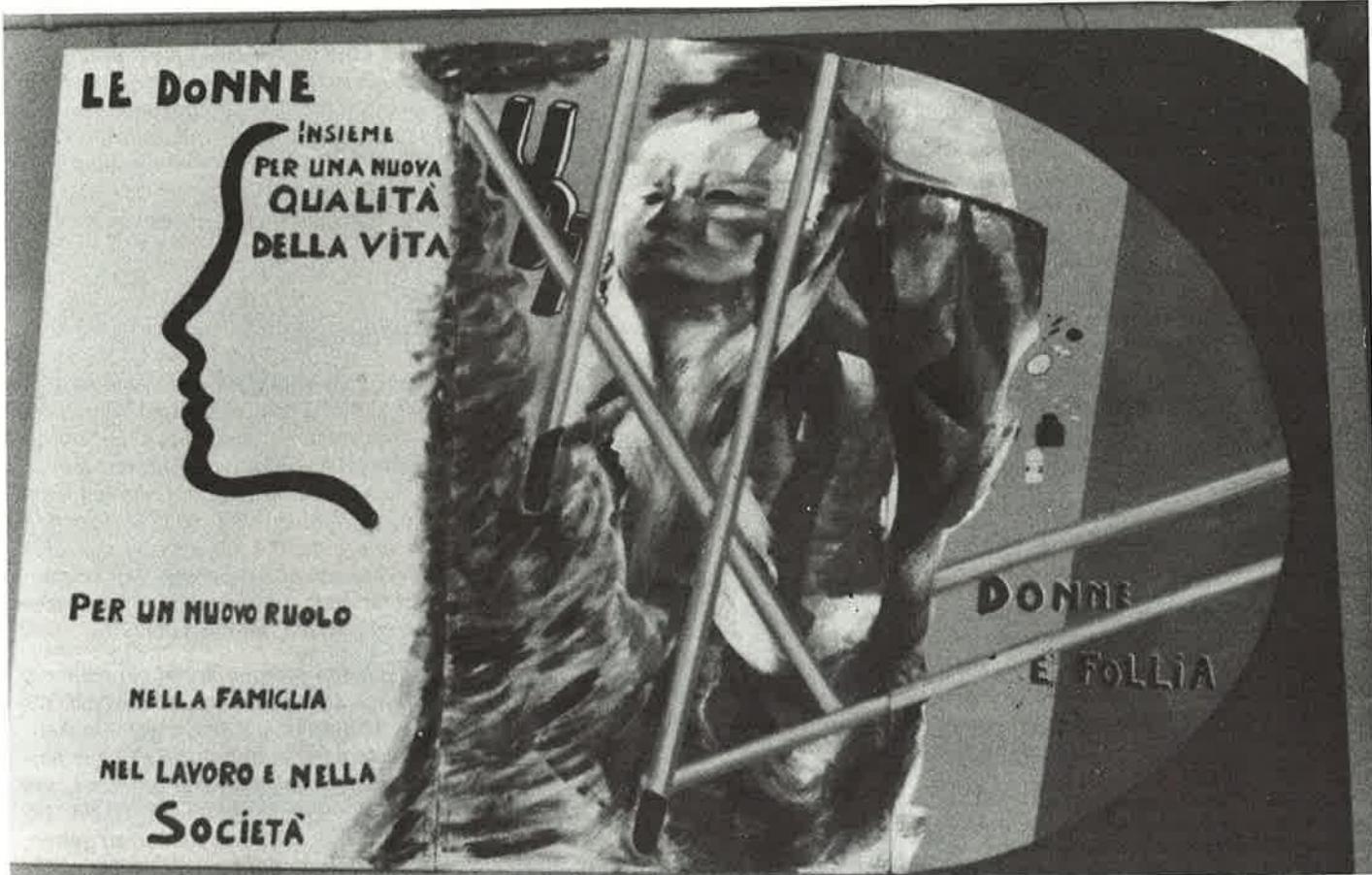
Am nächsten Morgen findet ein weiteres Gespräch statt. Mein Freund darf mit. Wir sehen uns dem Arzt und zwei Krankenschwestern (Zeugenproporz?) gegenüber. Der Arzt beklagte sich zunächst, daß soviel „Aufhebens“ gemacht würde. Ob ich jetzt bereit sei, nach Viersen zu gehen, wo die Unterbringung wohl nicht mehr lange andauern würde. Warum ich nicht bleiben könne, wenn's nicht mehr lange dauert? Keine Erklärung! Er persönlich sehe keine akute Selbstmordgefahr mehr. Warum ich dann nicht gehen könne? Keine Begründung! (Oder doch: in der Überweisung stand nämlich, daß ich doch noch akut suizidal sei!) Ich erhielt, entgegen dem Versprechen am Vorabend, noch den ganzen Tag die Medikamente. Besuche und Telefon gestattet, aber nur unter Aufsicht und immer protokolliert.

Nächster Tag: Arznei abgesetzt (wieso jetzt?!). Mittags werde ich mit dem Taxi nach Viersen gebracht. Auf der Fahrt gebe ich der begleitenden Schwester aus Bedburg meinen „Durchgänger“ – ich hatte die Kraft, durchzuhalten! Der Stationsarzt in Viersen unterhielt sich sofort mit mir. Er sieht keinen Grund, mich weiter mit Medikamenten zu „behandeln“. Ich habe Ausgang, kann meine persönlichen Sachen behalten und werde nicht ständig bewacht. Die Duschen haben Vorhänge und die Schwestern sind sehr aufgeschlossen. Ich darf meine Krankenakte einsehen. Jeden Tag redete der Arzt mit mir, ich fühlte mich verstanden. Auch versucht er, meine Eltern objektiv zu informieren. Zwei Tage später werde ich entlassen.

Geheilt?

Sechs Tage Psychiatrie liegen hinter mir. Ich fühle mich wie ein nervliches Wrack, übernervös, verstört. Noch jetzt habe ich Alpträume und Angstzustände, wenn ich mich freiwillig oder im Traum erinnere.

Michaela D.



Die Frauen zusammen für eine neue Lebensqualität, für eine neue Rolle in der Familie, in der Arbeit und in der Gesellschaft.

Zur gegenwärtigen Situation in der italienischen Psychiatrie

Teil I

von Karsten Toemmler

Nach meiner nunmehr zweijährigen – wenn auch nicht regelmäßigen – Teilnahme an einem italienischen Psychiatrieprojekt möchte ich mit dem vorliegenden Bericht darstellen, auf welche Weise es gegenwärtig eine Equipe in Bologna versucht, ehemalige Langzeitpatienten eines psychiatrischen Krankenhauses in die Gesellschaft wiedereinzugliedern. Um diese Projektarbeit richtig verstehen bzw. richtig einordnen zu können, erscheint es mir notwendig, zunächst auf die allgemeine Rechtslage und eine sich abzuzeichnende Problemlage der italienischen Psychiatrie einzugehen.

Die gegenwärtigen Verhältnisse in der italienischen Psychiatrie werden durch nichts anderes so stark bestimmt wie durch das neue Psychiatriegesetz Nr. 180 und den damit verbundenen Widersprüchen seiner Realisierung.

Dieses Psychiatriegesetz, welches das alte Gesetz von 1904 aufhebt, und seinerseits nur Bestandteil eines viel umfassenderen Gesetzeswerkes zur Sanierung des gesamten Gesundheitswesens ist, verpflichtet die Regionen Italiens dazu, ihre psychiatrischen Krankenhäuser (manicomi) aufzulösen und dabei gleichzeitig stadtteilbezogene Versorgungsdienste bzw. Gesundheitseinheiten, Usl (Unità sanitaria locale), einzurichten.

Da dieses Gesetz im Hinblick auf seine Realisierung mehr oder minder konkrete Ausführungen macht, möchte ich seine wichtigsten Abschnitte erläutern – vor allem aber aufzeigen, an welcher Stelle sich praktische Schwierigkeiten ergeben.

1. Der bedeutendste Abschnitt des Psychiatriegesetzes ist zweifelsohne der, in dem der sukzessive Abbau aller psychiatrischen Krankenhäuser gefordert wird.

Das Gesetz führt aus, daß die Auflösung der Irrenanstalten einerseits durch eine Blockierung von Neuaufnahmen und andererseits durch eine baldmögliche Entlassung der Psychiatriepatienten zu erreichen ist. Und genau an diesem Punkt entzündet sich eine Vielfalt von Problemen, die in Zukunft die Psychiatriereform wieder gefährden könnte.

So wirft das Problem der Blockierung von Neuaufnahmen unweigerlich die Frage auf, was künftig mit denjenigen Menschen geschehen soll, die in eine akute Krise geraten. Generell hat sich hierbei das Gesetz für eine Hilfemaßnahme „vor Ort“ entschieden. Das sieht dann so aus, daß der sozialpsychiatrische Dienst, der sich in einer Usl befindet, den in Not geratenden Bürger aufsucht, ihm hilft und gegebenenfalls im unmittelbaren Umkreis (territorio) interveniert. Dort, wo aber eine solche Krisenintervention nicht ausreicht, weil der Zustand der betreffenden Person andere und länger dauernde Bemühungen erforderlich werden läßt, kann eine Einweisung in das nächste allgemeine Krankenhaus vorgenommen werden. Dazu muß man sagen, daß die allgemeinen Krankenhäuser nach der

Psychiatriereform die Pflicht haben, Spezialabteilungen einzurichten. Damit ist natürlich das Problem einer zukünftigen Medizinisierung „psychiatrischer“ Fälle nicht von der Hand zu weisen, auch dann nicht, wenn das Gesetz die Größe solcher Abteilungen durch vorgeschriebene Bettenzahlen zu begrenzen versucht. (Für ganz Italien sollen übrigens nur 6000 Bettenplätze eingerichtet werden.)

Trotz alledem muß man aber gerade wegen der vorrangigen Stellung der stadtteilorientierten und damit bürgernahen psychiatrischen Versorgung durch die Usl sagen, daß die Gefahren einer neuen „Psychiatrie im Krankenhaus“ gering ist.

Die Widersprüche, die mit der neuen Psychiatriereform verbunden sind, zeigen sich dagegen auf einer ganz anderen Ebene. Dazu muß man wissen, daß diese Reform keineswegs das Vertrauen aller Italiener genießt, sondern im Gegenteil von einer breiten Schicht berufsengagierter Psychiater und empörter Bürger energetisch bekämpft wird. Dieser Kampf, der sich bereits in der „Diapsigra“ (Difesa ammalati psichici gravi), einem Verband zur Verteidigung von schweren psychischen Krankheiten, organisiert hat und in einer Stadt wie Rom alleine schon 7000 Anhänger zählt, versucht mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln, die neue Psychiatrie zum Scheitern zu führen. Eines ihrer begehrtesten Mittel ist die Propaganda in den Zeitungsmedien. So kann man fast allwöchentlich von ir-

gendweichen Skandalfällen in der Psychiatrie lesen. Kürzlich las ich im italienischen „Panorama“, daß in Rom alleine 1500 „Verrückte auf freiem Fuße“ herumlaufen, ohne daß für sie in irgendeiner Form gesorgt würde.

Tatsache ist aber auch, und das muß man mit Nachdruck betonen, daß sich insbesondere in den „schwarzen“ Regionen Italiens die Anstaltsdirektoren und Verantwortlichen schwer tun, den stadtteilbezogenen psychiatrischen Dienst innerhalb der Usl funktionstüchtig aufzubauen. Oft sind noch nicht einmal die diesem Dienstbetrieb übergeordneten Gesundheitseinheiten (Usl) eingerichtet – und damit ist dann auch klar, daß allen möglichen Skandalen Vorschub geleistet wird.

Der tatsächliche Mangel an Usl führt uns so gleich auf ein anderes Problem, nämlich die Entlassung der Patienten, die noch immer in den Anstalten leben. Entsprechend dem Gesetz werden die Direktoren der noch bestehenden psychiatrischen Krankenhäuser aufgefordert, Patienten nur dann zu entlassen, wenn eine genügende Nachsorge durch die Usl gegeben ist. Da aber das Gesetz an dieser Stelle keine detaillierteren Ausführungen macht – und meines Erachtens auch schlecht machen kann – bleibt die Art und Weise der medizinischen, psychologischen oder sozialen Betreuung ganz dem Einfallssreichtum der Usl überlassen.

Leider kommt es in Italien immer wieder vor, daß Patienten entlassen werden, ohne daß man sich nach ihrer Entlassung weiter um sie kümmert. So schreibt der „Panorama“ in einer seiner letzten Ausgaben, daß in Puglia seit Inkrafttreten der Psychiatriereform mehr als 1000 Patienten entlassen worden sind und weder Geld, Arbeit noch Unterkunft haben. Sie lungern in den Dörfern herum, verunsichern die Bevölkerung, klauen und schlafen des nachts in abgestellten Eisenbahnwaggons. Einige von ihnen sollen



Anlässlich eines Festes stellen die Ospiti ihre in dem Keramikkurs hergestellten Töpfe und Gläser aus.

sich sogar aus lauter Not und Verzweiflung heraus das Leben genommen haben.

Es liegt nun auf der Hand, daß diese und ähnliche Beispiele genug Beweismaterial hergeben, um einen Feldzug gegen die Psychiatriereform zu führen. Eine solche Bewegung könnte z. B. in einer einfachen Unterschriftensammlung für ein „Gegengesetz“ (Referendum) ihren Anfang nehmen. Gemäß der italienischen Verfassung reichen 500 000 gesammelte Unterschriften aus, um einen Volksentscheid zu beantragen.

Um einer solchen voraussehbaren Entwicklung entgegenzuwirken, versuchen es vor allem die

linksverwalteten Provinzen Italiens, die Wiedereingliederung von Patienten in die Gesellschaft mit viel Mühe und Sorgfalt vorzubereiten und dann durchzuführen. Ich werde daher gleich auf ein Modell zu sprechen kommen, das gegenwärtig in Bologna erprobt wird.

Trotz aller rehabilitativer und resozialisierender Maßnahmen dürfte es der neuen Psychiatrie in Italien wohl kaum gelingen, die alten und bettlägerigen Patienten in die Gesellschaft zu integrieren. Davon hat Italien aber genug – ganz im Gegensatz zu den Verhältnissen in der deutschen Psychiatrie, wo ja gerade während des Nationalsozialismus Tausende von Psychiatriepatienten vergast worden sind. Etwa die Hälfte der in den italienischen Anstalten lebenden Patienten hat das fünfzigste Lebensjahr überschritten und es ist abzusehen, daß ein großer Teil dieser Klientel in Altersheime oder Pflegeanstalten überwiesen wird.

2. Ein zweiter wichtiger Abschnitt des Psychiatriegesetzes bezieht sich auf den Aufbau der Usl und ihre Aufgabengebiete innerhalb der psychiatrischen Versorgung.

Bei der Konzeptionierung der Usl legten die Italiener ihrer Vorstellung über die gesundheitliche Versorgung einen völlig neuen Krankheitsbegriff zugrunde. So gehen sie von dem Gedanken aus, daß sich eine Krankheit zwar im Organismus manifestiere, im wesentlichen aber durch das soziale Umfeld, d. h. durch die Familie, Arbeit, Wohnung und den Stadtteil mit bedingt wird.

Aus dieser Überlegung folgt dann die Konsequenz, daß eine Hilfe bzw. eine Intervention nicht nur die betreffende Person, sondern eben auch das soziale Umfeld zum Gegenstand haben muß. Dieser Leitgedanke findet sich dann auch in der Krankheitsbekämpfung wieder, die von den einzelnen Usl stets auf drei Ebenen geführt wird:

- Prävention (Öffentlichkeitsarbeit im Stadtteil)
- Behandlung (Versorgung des Kranken oder territoriale Intervention, z. B. bei Gefahrenquellen im Stadtteil)
- Rehabilitation/Resozialisation (Wiedereingliederung von Patienten in das Stadtteilleben bzw. in das Arbeitsleben)



Hier eine Krankenschwester mit einem Ospiti beim Tanz.

Wie vorhin schon kurz angedeutet, handelt es sich bei den Usl um stadtteilbezogene Gesundheitseinheiten, wobei jeweils eine Einheit für ein Versorgungsgebiet von etwa 200 000 Bürgern gedacht ist. Jede Usl bietet nun dem Bürger eine Reihe medizinischer und psychiatrischer Dienste an, auf die ich hier im einzelnen nicht eingehen werde.

Wichtig scheint mir nun der Gedanke, daß der psychiatrische Dienst der Usl im wahrsten Sinne des Wortes gemeindenah wirksam ist; d. h. er funktioniert auf der Basis von Equipes – eine Gruppe von Ärzten, Psychiatern, Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeitern –. Ihr Aufgabengebiet ist der Stadtbezirk selbst, in dem sie wie Gesundheitspolizisten herumstreifen und von einem in Not geratenden Bürger jederzeit gerufen werden können.

Außer der Soforthilfe am Bürger hat der psychiatrische Dienst noch die Aufgabe, die gesamte psychosoziale Versorgung im Stadtteil sicherzustellen, einschließlich der Betreuung von ehemaligen Langzeitpatienten der Psychiatrie.

Es leuchtet nun ein, daß die Funktionstüchtigkeit des psychiatrischen Dienstes der unmittelbare Garant für die neue Psychiatrie ist. Jede Verweigerung oder Verzögerung, den psychiatrischen Dienst einzurichten, bedeutet in Wirklichkeit einen Schlag gegen die Psychiatriereform.

Der enorme Widerstand, den die südlichen Regionen Italiens im Hinblick auf die Verwirklichung der Psychiatriereform ausdrücken, ist in Wahrheit wesentlich tiefer begründet als nur im Unwillen einiger Psychiater oder in einer ideologischen Verschiedenartigkeit.

Das Gesetz unterstellt zunächst einmal die psychiatrische Einweisung grundsätzlich dem Prinzip der Freiwilligkeit. Nur in Ausnahmefällen, d. h. bei Selbst- oder Fremdgefährdung kann eine Person gegen ihren Willen in das Krankenhaus eingewiesen werden. Allerdings wird dann dieses obligatorische Einweisungsverfahren bürokratisch erschwert, um einen eventuellen Mißbrauch von vornherein auszuschalten. Die Einweisungsprozedur sieht danach so aus:

Vor jeder Einweisung muß dem Bürgermeister der zuständigen Gemeinde ein vom Arzt begründeter Antrag vorliegen. Der Bürgermeister überprüft den Antrag, gibt eine Stellungnahme innerhalb von 48 Stunden ab und schickt diese dann dem nächsten Vormundschaftsrichter zu, der quasi als letzte Instanz über die Einweisung entscheidet. Die Aufnahme in das allgemeine Krankenhaus erfolgt aber nur für einen Zeitraum von 6 Tagen; danach wiederholt sich das gesamte Einweisungsverfahren – oder es erübrigts sich eben.

Eine eingewiesene Person behält grundsätzlich ihre bürgerlichen Rechte, wird also nicht entmündigt, und kann jederzeit ein Überprüfungsverfahren der Einweisung beantragen und außerdem den behandelnden Arzt oder die zur Anwendung kommende Behandlungsmethode ablehnen.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß das psychiatrische Einweisungsverfahren über die Instanz des Bürgermeisters, als den gewählten Gemeindevertreter, zweitens durch das Recht der eingewiesenen Person auf Überprüfung und drittens durch die Beibehaltung der bürgerlichen Rechte, überhaupt erst einmal demokratisiert wurde. Es gibt in Europa kein vergleichbares Psychiatriegesetz, das die Demokratisierung in der Psychiatrie derartig in den Mittelpunkt stellt.

So konnte das italienische Monatsmagazin „Sapere“ erst kürzlich nachweisen, daß eine enorme Privatisierung und eine damit verbundene Spekulation auf dem Gesundheitsmarkt das Funktionieren einer staatlich über die Usl gesteuerten gesundheitlichen Versorgung unmöglich macht. Durch den Mangel an öffentlichen Gesundheitsstellen werden die Südalpen immer noch gezwungen, sich entweder privat behandeln zu lassen, oder aber den weiten Weg in den italienischen Norden und die damit verbundenen Reise- und Hotelkosten auf sich zu nehmen.

Und in der Tat zeigt die Statistik, daß die private psychiatrische Behandlung seit der Psychiatriereform im steten Wachsen begriffen ist; denn in dem neuen Psychiatriegesetz ist an keiner Stelle davon die Rede, daß auch die „Edelpsychiatrie“ abgeschafft werden müsse.

3. Kommen wir schließlich auf einen dritten und letzten Abschnitt des Psychiatriegesetzes zu sprechen, nämlich das Problem der psychiatrischen Einweisung.

Die Krankenbehandlung umfaßte Methoden, die entweder den gesamten Körper zum Gegenstand hatten, wie etwa die physischen Zwangsmittel, oder aber auf das Nervensystem gerichtet waren, wie z. B. der Elektroschock oder die psychopharmakologischen Injektionen, kurz, es waren Methoden der Gewalt und der Kontrolle und weniger Mittel der Heilung.

Nach dieser mehr oder minder langausgeführten Problematisierung über die gegenwärtige Situation in der italienischen Psychiatrie möchte ich nun auf das Beispiel in Bologna eingehen.

Die Stadt Bologna liegt mit ihren etwa 500 000 Einwohnern in der Emilia Romagna, eine Region, die zu den reichsten Regionen Italiens gehört und von einer kommunistisch-sozialistischen Mehrheit regiert wird.

Das psychiatrische Krankenhaus „F. Roncati“, von dem ich hier berichten möchte, blickt auf eine 100jährige Geschichte zurück. Ursprünglich dienten seine Gemäuer dem Zwecke eines Klosters. Erst nachdem das große städtische Krankenhaus „St. Orsola“ dem enormen Ansturm von Kranken, Gebrechlichen, Habenichtsen und Vagabunden, den die aufkommende Industrialisierung produzierte, nicht mehr gewachsen war, wurde das Kloster im Jahre 1870 von der Region aufgekauft und in ein psychiatrisches Krankenhaus verwandelt. Seitdem werden dort Patienten mit überwiegend psychiatrischen Auffälligkeiten aufbewahrt.

Entlang der eigenen Geschichte dieses Krankenhauses läßt sich die Art und Weise der Aufbewahrung und Behandlung von Kranken sehr gut studieren. So wurden die Patienten, von denen bis heute noch keine vollständigen Krankenakten vorliegen, zumeist in 20–30 bettenfassende Räume untergebracht; ihr Tagesablauf war einer strikten, fast militärischen Ordnung unterstellt, ansonsten stumpfsinnig, d. h. auf wenige Aktivitäten beschränkt. Die Patienten durften die Anstalt niemals verlassen, in Ausnahmefällen durften sie sich in dem zum Anstaltsgebäude gehörenden Park, der von der Außenwelt durch eine große Mauer abgegrenzt ist, aufhalten.

Bis in die sechziger Jahre hinein änderte sich an diesem Zustand der Psychiatrie nur wenig. Erst seit dem Vorliegen der ersten Reformversuche von Gorizia, Colorno, Trieste etc. und der sich daran anschließenden Reform des alten Psychiatriegesetzes waren auch in Bologna die Zeichen auf Veränderung gestellt. Dank des dortigen Anstaltsdirektor Prof. Giacanelli und seinen Mitarbeitern, welche übrigens in der Mehrzahl die gegenwärtige Psychiatriereform aktiv unterstützen, kann das psychiatrische Krankenhaus in Bologna in seiner jüngsten Geschichte auf eine Reihe von Aktivitäten und Erfolgen im Hinblick auf die Wiedereingliederung von Langzeitpatienten in die Gesellschaft verweisen. Seit 1979 sind von den ehemals 470 Patienten immerhin gut 200 Patienten resozialisiert worden.

Ein Teil dieser Patienten wurde durch das Modell „Area Autogestita“, welches in ganz Italien einzigartig ist, resozialisiert.

Es handelt sich hierbei um einen Wohnbereich für ehemalige Langzeitpatienten, der von einer Equipe und den „Ospiti“ (das sind Expatienten mit dem Status eines Gastbewohners) verwaltet wird.

Da dieses Modell für alle die in der Psychiatrie tätigen aber auch die an ihr interessierte Personen für sich genommen schon ein gutes Beispiel gibt, ferner einen guten Eindruck in die konkrete Arbeit der Neuen Psychiatrie liefert, möchte ich nun näher darauf eingehen.



Prof. Giacanelli (mitte), der Direktor des psychiatrischen Krankenhauses in Bologna, erläutert den Patienten die neue Psychiatriereform.

Teil 2 im nächsten DG

C₂H₅OH**H₂SO₃**

Legalon gegen Umwelt schmutz?

Immer noch ist Alkohol die häufigste Leberoxo, als vermeintlich belebend-entlastende Droge zudem leicht verfügbar. Jeder Nicht-Abstinente ist im Grunde gefährdet. Wer mehr als ca. 60 Gramm pro Tag konsumiert, riskiert eine Leberzirrhose. ■

von Harald Kamps

Ein Platz auf der Bestsellerliste der 100 meistverkauften Medikamente mit mehr als 15 Millionen Mark Umsatz genügte den Madaus-Strategen nicht mehr. Für das ins Kreuzfeuer der Kritik geratene Präparat Legalon mußte was Neues gefunden werden. Mehrten sich doch die Zweifel an der Wirksamkeit des Medikamentes bei den Hauptindikationen Leberentzündung und Leberzirrhose. Mit einer zweiseitigen Anzeige im Deutschen Ärzteplatt wurde dann der Clou für die „Lebertherapie der achtziger Jahre“ gelandet. Fazit des wenigen Zeilen umfassenden Werbetextes: Das Gift aus der Flasche ist gefährlich, dagegen hilft Abstinenz. Die Umweltvergiftung aus den Fabrikschloten ist genauso gefährlich. Dagegen hilft – Legalon. Und das Tollste: die Umweltverschmutzung nimmt zu, das verspricht stetig wachsenden Umsatz, da lacht doch die Krämerseele.

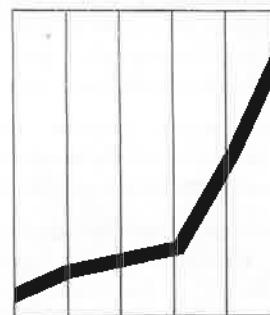
Man nehme: bei dreckiger Luft (im Fachjargon: „toxisch-metabolische Leberschäden“) oder in der Nähe eines Kernkraftwerkes („bei Strahlenschäden“) 3 mal 1 Dragee täglich, macht tausendundfünfundneunzig (1095) pro Jahr. Da sollte man sich schon 3 Packungen mit 400 Dragees zulegen (wer wird sich bei solchen Mengen eine Kleinpackung mit nur 80 Leberschutzpillen kaufen wollen). Der vollständige Umwelt(leber)schutz kostet dann auch nur 451,36 DM pro Jahr. „In schweren Fällen“ – im Ruhrgebiet z. B. – muß allerdings die doppelte Dosis empfohlen werden. Aber keine Angst vor so viel Tablatten. Folgt man dem Anzeigentext, so gibt es weder Nebenwirkungen noch Gegebenanzeichen. Das ideale Medikament für die achtziger Jahre. Und würde man nur

jeden 10. Bundesbürger von der Wichtigkeit des individuellen Umweltschutzes überzeugen, der Umsatz wäre mit einem Schlag verhundertfacht. Dafür greift man schon mal in die Trickkiste der Massenverführung (sprich: Werbung).

Und solche Tricks hat das Medikament, gewonnen aus der Frucht der Mariendistel auch bitter nötig. Die Arzneimittelkommission befand bereits 1973 in einer Stellungnahme:

„Die Mehrzahl der vorliegenden klinischen Untersuchungen entspricht nicht den heutigen Anforderungen an eine kontrollierte Überprüfung, so daß sie keine hinreichend gesicherten Ergebnisse bringen. In den kontrollierten Prüfungen konnte die therapeutische Wirkung nicht nachgewiesen werden ...“

NEGATIV



Der Verlauf einer akuten Virushepatitis spiegelt sich in den Transaminaserwerten stimmig genau wider: Initial kommt es zu einem dramatischen Anstieg, dessen Maximum im allgemeinen 5 Tage nach Ausbruch des Erkältens erreicht ist. ■ Danach folgt unter Besserung des klinischen Bildes

Verfolgt man Veröffentlichungen zu Legalon der letzten Jahre, so fällt auf: Die meisten wissenschaftlichen Arbeiten sind von höchst zweifelhaftem statistischen Wert; selten werden mehr als 100 Fälle untersucht. Kontrollgruppen fehlen häufig. In welchem Umfang der Wirkstoff überhaupt aus dem Darm aufgenommen wird, ist un-

Immer mehr toxische Leberschäden jedoch beruhen auf Umweltnoxen. Dagegen hilft keine Abstinenz.

Legalon-Literatur anfordern, wenn Sie mehr darüber wissen wollen. ■

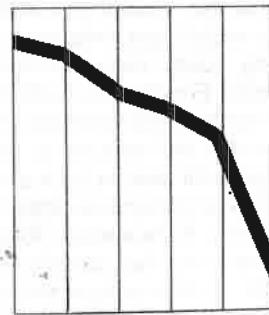
LEGALON 70

Das Leberheilmittel der achtziger Jahre

erforscht. Renommierte gastroenterologisch orientierte Kliniken sind kaum an Legalon-Studien beteiligt, und tun sie es einmal doch wie die Marburger Klinik 1977, so fanden sie, daß eine günstige Wirkung von Legalon auf den Verlauf der akuten Virushepatitis unter den Bedingungen einer kontrollierten Studie nicht bestätigt werden kann (zitiert nach arznei-telegogramm 5/77).

Werbefachleute haben es da einfacher. In einer Nachfolgeanzeige reduziert sich die Aussage über die Wirksamkeit von Legalon auf Negativ-Positiv. Und wer's nicht glaubt, der braucht sich doch nur den Verlauf der Leberenzyme auf den beiden Anzeigenseiten anzuschauen. Die böse Hepatitis macht einen steilen Anstieg, das gute Legalon sorgt für eine baldige Heilung. Bleibt zu hoffen, daß dem Höhenflug

POSITIV



ein einmaliges Abfall der Werte bis zur Normalisierung. Die Dauer dieser Heilungsphase wird durch Legalon deutlich verkürzt.

Legalon-Literatur anfordern, wenn Sie mehr darüber wissen wollen. ■

LEGALON 70

Das Leberheilmittel der achtziger Jahre

der Madaus-Kaufleute der baldige Abstieg folgt. Und so lange sich die Krankenkassen nicht weigern, die Beiträge für Medikamente ohne erwiesene Wirksamkeit auszugeben, sollten wir uns weigern, Legalon zu schlucken oder zu verordnen. Der Lebertherapie der achtziger Jahre ist ein frühzeitiges Ende zu wünschen.

Profitinteressen contra Arzneimittelsicherheit

von Ingeborg Simon

In Sachen „Novalgin und andere“ sind die Würfel gefallen. Ein „Sachverständigenausschuß für Verschreibungspflicht“ lehnte am 25. 2. 1982 die vom Bundesgesundheitsamt (BGA) vorgeschlagene Verschreibungspflicht für Pyrazolonhaltige Arzneimittel ab. Dieses Votum ist der letzte Akt in einem Stück, dessen Vorgeschichte offiziell im Juni 1981 mit einem vom BGA veranstalteten öffentlichen Hearing zur Nutzen/Risiko-Abschätzung Pyrazolonhaltiger Arzneimittel begann (vgl. DG 4/81). Niemand der damals geladenen Sachverständigen bestritt die vom BGA dargelegten schwerwiegenden Risiken Agranulocytose und Schock. Allerdings bestanden zwischen den Vertretern der Industrie auf der einen und dem BGA auf der anderen Seite erhebliche Meinungsverschiedenheiten über das Ausmaß der Risiken, das bei der Nutzen/Risiko-Abwägung von entscheidender Bedeutung ist. Es dauerte Monate, bis der BGA-Präsident die Vorschläge und Absichten seiner Behörde endlich bekanntgeben konnte. Kern des im Dezember 1981 vorgestellten Maßnahmekatalogs war der Vorschlag, Pyrazolon-haltige Arzneimittel (mit Ausnahme von Phenazon) der Rezeptpflicht zu unterstellen. Damit wollte das BGA dem therapeutischen Nutzen der Pyrazolone Rechnung tragen und gleichzeitig die als gravierend eingeschätzten Risiken durch die Unterstellung unter die Rezeptpflicht und spezielle Verordnungshinweise für die Ärzte einschränken. Da das BGA in Sachen Verschreibungspflicht nur ein Vorschlagsrecht hat, liegt die letzte Entscheidung darüber bei einem aus 13 Sachverständigen bestehenden Ausschuß, dem Vertreter der Heilberufe, der Wissenschaft und der Industrie angehören. Dieser stimmte im Februar 1982 ohne Gegenstimme für die Beibehaltung der Rezeptfreiheit für alle Pyrazolone (Ausnahme: die injizierbaren Zubereitungen, die ohnehin schon immer nur verordnet wurden). Mit dieser nun endgültigen Entscheidung (die Zustimmung des Gesundheitsministeriums ist reine Formsache) bleibt bei den Pyrazolon-haltigen Arzneimitteln also alles beim alten! Mit der Ablehnung der Verschreibungspflicht werden auch alle anderen vom BGA vorgesehenen Maßnahmen und Pläne, wie z. B. neugefaßte Packungs-informationen mit Verordnungsauflagen für die Ärzte, Indikationsbeschränkungen oder die Festlegung der Packungsgröße (bei Metamizol) hinfällig, da sie von der Voraussetzung der Rezeptpflicht ausgingen. So erübrigen sich jetzt z. B. konkrete Entscheidungshilfen an die Adresse des Arztes, weil der Patient Novalgin in jeder Apotheke selbst kaufen kann, und die Beschränkung der Packungsgröße verliert ihren Sinn, nachdem den Pyrazolonen vom Sachverständigenausschuß Unbedenklichkeit bescheinigt wurde.

Wie war eine solche Entscheidung überhaupt möglich?

Diese Frage drängt sich um so mehr auf, als die Pyrazolone mit der Einführung der Rezeptpflicht weiter zur Verfügung gestanden hätten und die Einschränkung ihrer Anwendung keinen therapeutischen Notstand bedeutet hätte (die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hatte bereits mit Paracetamol und Acetylsalicylsäure und Codein bei starken Schmerzen mögliche Alternativen genannt, s. Deutsches Ärzteblatt 50/81).

Die Antwort ist einfach! Der Hoechst-Konzern fürchtete um sein Millionengeschäft mit Novalgin, dessen Unterstellung unter die Rezeptpflicht massive Umsatzeinbußen gebracht hätte. Darum erzwang der Konzern mit Hilfe des „Sachverständigenausschusses für Verschreibungspflicht“, in dem wohl kaum zufällig 2 wichtige Funktionäre der Industrie sitzen, eine ihm genehme **politische Entscheidung**.

Die Industrie bestreitet das natürlich, wie sie grundsätzlich den politischen Charakter wissenschaftlicher Werturteile leugnet. Als im Mai 1980 der damalige BGA-Präsident Fülgaff vor Industrievertretern bei

Im bga-pressedient vom 6. April 1982 liest sich das Ganze so: „Originalton“

Pyrazolonhaltige Monopräparate. BGA schränkt die Anwendung für zahlreiche Schmerz- und Fiebermittel ein

Für pyrazolonhaltige Monopräparate hat das Bundesgesundheitsamt Beschränkungen der Anwendungsgebiete verfügt. Sie dürfen ab 1. Juli 1982 nur noch mit einer neu abgefaßten Packungsbeilage abgegeben werden, in der ebenso wie auf der äußeren Umhüllung auf die Risiken hingewiesen wird. Das Bundesgesundheitsamt setzte damit das im Dezember 1981 angekündigte Maßnahmenbündel in seinem ersten Teil dem Terminplan entsprechend in Kraft, allerdings mit einigen Änderungen. Dabei berücksichtigte es die bis zur Entscheidung eingegangenen Stellungnahmen der pharmazeutischen Unternehmer. Mit einer entsprechenden Entscheidung für die über 1000 pyrazolonhaltigen Kombinationspräparate ist in den nächsten drei bis vier Monaten zu rechnen.

Von den jetzt beschlossenen Maßnahmen sind 70 Hersteller und 162 Arzneimittel betroffen. Ihre Wirkstoffe unterliegen dem begründeten Verdacht, in relativ seltenen und in ihrer Häufigkeit umstrittenen Fällen Blutbildschädigungen (Agranulozytose) und Schockzustände auslösen zu können. Für drei Arzneimittel wird die Zulassung widersehen, da sich die bisher von ihm in Anspruch genommenen Anwendungsgebiete nicht mehr mit den vom Bundesgesundheitsamt anerkannten Indikationen in Einklang bringen lassen. Gegen die angeordneten Maßnahmen können die Hersteller binnen Monatsfrist Widerspruch beim Bundesgesundheitsamt einlegen. Auf die Zulassung von 278 pyrazolonhaltigen Arzneimitteln – überwiegend Kombinationspräparate – haben pharmazeutische Unternehmer bisher verzichtet.

Metamizolhaltige Arzneimittel können künftig weiter vertrieben werden zur kurzfristigen Behandlung von schweren Schmerz- und Fieberzuständen. Dazu zählen:

- kolikartige Schmerzen, insbesondere Gallen- und Nierensteinkoliken,
- akute starke Schmerzen, z. B. nach operativen Eingriffen, Verletzungen oder bei nicht entzündlichen arthrotischen Gelenkveränderungen,
- Tumorschmerzen und vergleichbare schwere Schmerzzustände,
- schwere Fieberzustände, die auf andere ärztliche Maßnahmen nicht ansprechen.

Andere Anwendungsgebiete werden ausgeschlossen. Bei Auftreten von Überempfindlichkeitsreaktionen, fehlender Fiebersenkung und Schockzeichen soll das Präparat sofort abgesetzt und ein Arzt aufgesucht werden.

Metamizolhaltige Injektionslösungen (parenterale Anwendung) sollen darüber hinaus vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit der Rezeptpflicht unterstellt werden. Tabletten und andere orale Darreichungsformen dieses Wirkstoffes (enterale Anwendung) bleiben entsprechend der Empfehlung des Sachverständigen-Ausschusses für die Verschreibungspflicht voraussichtlich rezeptfrei.

Arzneimittel, die Propyphenazon oder Phenazon als Monosubstanz enthalten, werden in ihren Anwendungsgebieten nicht eingeschränkt. Gegenanzeigen, Angaben von Nebenwirkungen und Warnhinweise werden detailliert vorgeschrieben.

Das Bundesgesundheitsamt beabsichtigt, auch andere sogenannte „kleine Schmerzmittel“ unter Risiko-Nutzen-Gesichtspunkten zu bearbeiten, um eine mögliche Risikoverschiebung von den pyrazolonhaltigen Wirkstoffen zu anderen Substanzen, die ebenfalls unerwünschte Wirkungen besitzen, zu begrenzen.

dem Problem der Nutzen/Risiko-Abschätzung u. a. darauf verwies, daß sich „bei der Bewertung und Entscheidung auch die Wissenschaftler im kontroversen Feld des Normativen bewegen, eingebunden in persönliche und politische Wertvorstellungen“, reagierten die Hofjuristen des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie heftig. Als „unerträglich“ bezeichneten sie die Politisierung wissenschaftlicher Entscheidungen. Unerträglich allein ist daran diese zur Schau gestellte scheinbare politische Abstinenz der Pharmahersteller, die in Sachen Pyrazolone alle Register ihrer politischen Möglichkeiten zogen. Da wurden die der Industrie freundlich gesonnenen Journalisten am Vorabend des Hearings vom Juni 1981 in geheimer Pressekonferenz auf die Positionen der Industrie eingestimmt, da wurden renommierte Wissenschaftler geködert, Fernsehredakteure, die Kritisches zu den Pyrazolonen bringen wollten, mit der Androhung von Schadensersatzprozessen in Millionenhöhe eingeschüchtert. Man führte vertrauliche Gespräche mit dem neuen BGA-Präsidenten Überla, der – ganz im Gegensatz zu seinem Amtsvorgänger – in Fragen der Arzneimittelsicherheit eher etwas abenteuerliche Versionen bevorzugt (nach dem Motto: wer nicht wagt, der nicht gewinnt!). Wie man sieht, scheute der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie keine Mühen, um eine politische Entscheidung zu seinen Gunsten zu erzwingen, zumal er wußte, daß mit der Entscheidung über die Pyrazolone einiges mehr auf dem Spiel stand, so z. B. die Fragen: Schafft es

das BGA mit Hilfe der Möglichkeiten des Arzneimittelgesetzes (AMG), arzneimittelpolitisch notwendige Maßnahmen gegen die Pharmakonzerne durchzusetzen, unzwar auch dann, wenn dabei ein Milliardengeschäft auf dem Spiel steht? Reichen die derzeitigen Instrumente der Risikoberwachung aus, um bedenkliche Arzneimittel, die vor dem 2. AMG schon auf dem Markt waren, zu verbieten oder zu mindest ihren Umsatz stark einzuschränken? Nein! Das BGA setzte sich mit seinen Mindestforderungen, die ohnehin beschieden und schon ganz auf Kompromiß orientiert waren (vgl. DG 1/82), nicht durch. Darüber können auch die verbliebenen kosmetischen Mätzchen, wie z. B. an den Packungsinformationen, nicht hinwegtäuschen. Hier wurde gegen die Patienten zugunsten der pharmazeutischen Industrie entschieden. Als das BGA auf der Pressekonferenz im Dezember 1981 seine Vorschläge zu den Pyrazolonen veröffentlichte, sagte der BGA-Präsident an die Adresse der Verbraucher, sie seien in einer ganz „beschissen Situation“ und fuhr dann fort: „Wir müssen den Verbraucher dazu bringen, mit dieser Unsicherheit zu leben“ und manchmal auch zu sterben, vergaß er hinzuzufügen. Es ist deprimierend und empörend, daß die Realisierung der im § 48 AMG festgeschriebenen Forderung nach Verschreibungspflicht solcher Arzneimittel, die die Gesundheit auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch gefährden können, durch ein politisch auf Industriekurs eingeschworenes Gremium sog. Sachverständiger verhindert werden kann.

Dennoch sollte man nicht resignieren (wem nützt es?), sondern in seiner eigenen Berufspraxis und auf politischen Ebenen aktiv gegen die breite Anwendung der Pyrazolone auftreten!

- Streicht die Pyrazolone aus den Verordnungskatalogen der Kliniken und Arztpraxen
- Nutzt alle Formen der Aufklärung der Patienten über die Pyrazolone
- Verweist auf die Länder, in denen Metamizol verboten ist (s. DG 3/81)
- Erläutert den Standpunkt des BGA
- Ratet in den Apotheken von der Selbstmedikation mit Pyrazolonen ab
- Verstärkt die Überwachung unerwünschter Wirkungen und meldet sie den zuständigen Arzneimittelkommissionen

Den Gesetzgeber fordern wir auf, ausschließlich dem BGA die Entscheidung über die Verschreibungspflicht gemäß § 48 AMG zu überlassen. Es ist nicht einzusehen, daß das BGA zwar das Recht hat, ein Arzneimittel zu verbieten, aber nicht das Recht, den Umsatz bedenklicher Arzneimittel durch die Rezeptpflicht zu beschränken.

Wir fordern die Berufung von Vertretern der Verbraucherorganisationen in alle Gremien, die in Fragen der Arzneimittelsicherheit mitbestimmen, um endlich auch den Verbraucher, den man so gern den „mündigen“ nennt, aus seiner „beschissen Situation“ (Überla) herauszuholen.

Aufstellung der pyrazolohaltigen Monopräparate und deren Hersteller Stand: 5. 4. 1982

1. Metamizolhaltige Monopräparate

Aci-Pyrin Tropfen: Ahorn-Apotheke, Valenciennes Str. 112, 5160 Düren-Gürzenich – Novaminsulfon, Flüssigkeit, Tropfen, Tabletten: Albiphar, Rathausplatz 12, 4540 Lengerich 1 – Nova-Tropfen: Allgemeines Krankenhaus, Altona, Apotheke, Paul-Ehrlich-Str. 1, 2000 Hamburg 50 – Novaminsulfon-Tropfen: Allgemeines Krankenhaus, Barmbeck, Apotheke, Rübenkamp 148, 2000 Hamburg 60 – Novaminsulfon-Zäpfchen 0,1 g, 0,5 g, Kinderzäpfchen 0,3 g: Allgemeines Krankenhaus, Harburg, Apotheke, Eisend, Pferdeweg 52, 2100 Hamburg 90 – Novaminsulfon Tabletten 0,5 g; „Metamizol“, Tabletten: Novaminsulfon Tropflösung: Allgemeines Krankenhaus, Heilberg, Apotheke, Tangstedter Landstr. 400, 2000 Hamburg 22 Supp. Metamizol 0,5 g, 1,0 g Zäpfchen: Allgemeines Krankenhaus St. Georg, Apotheke, Lohmühlenstr. 5, 2000 Hamburg 1 – Novaminsulfon-Tropfen 50 ml, Flüssigkeit: Kliniken der Seestadt Bremerhaven, Apotheke, Postbrookstr., 2850 Bremerhaven 1 – Dipryon, Injektionslösung, Tabletten: Novaminsulfon, Tropfen: Astraphil, Pharmazeutische Präparate, Karlstr. 1, 6555 Sprendlingen – Novaminsulfon-Tropfen: Auguste-Victoria-Krankenhaus – Metamizol Supp. f. Erwachsene, I. Kinder: Krankenhaus Nordwest, Apotheke, Steinbacher Hohl 2 – 26, 6000 Frankfurt 90 – Metamizol Tropfen: Krankenhaus III, Orden Nymphenburg, Apotheke, Menzinger Str. 48, 8000 München 90 – Metamizol, Tabletten: Kur-Apotheke, Westerwaldstr. 81, 5455 Rengsdorf – Metamizole, Injektionslösung: Julius Lachmann, Avion Pharma KG, Schulterblatt 58, 2000 Hamburg 6 – Novalgin Tropfen: Landklinikum, Apotheke, Ketschendorfer Str. 33, 8630 Coburg – Elipsasma, Tablettens, Injektionslösung: Hans-E. Lemcke, Spargelkoppel 7, 2000 Norderstedt 3 – Novaminsulfon, Tabletten, Zäpfchen, 50 %, Injektionslösung, Tropfen: Lichtenstein Pharmaceutica GmbH & Co. KG, Hohenheim 87 – 89, 5420 Lahnstein – Metamizol-Tabletten, Zäpfchen f. Kinder, I. Erwachsene, Tropfen: Loens-Apotheke, 2110 Buchholz – Febrion, Flüssigkeit: Löwen-Apotheke, Pfanzlalstr. 32, 7500 Karlsruhe-Durlach – Narium-Novaminsulfon-Dragees, 50 mg, Dragees: Lomapharm, Rudolf Lohmann GmbH KG, Langes Feld 5, 3254 Emmerthal 1 – Metamizol Tropfen 50 %, Lösung: Medizinische Hochschule Lübeck, Apotheke, Kronstädter Allee 71 – 73, 2400 Lübeck – Lologan, Tabletten*, Dragees*, Injektionslösung: Avlon-Pharma, Julius Lachmann, Schulterblatt 58, 2000 Hamburg 6 – Novaminsulfon, Zäpfchen, Tabletten, Injektionslösung: Azupharma GmbH & Co, Dieselstr. 5, 7016 Gerlingen – Eavent, Tabletten: Bahnhof-Apotheke, Münchener Str. 79, 8070 Ingolstadt – Baldo-Schmerz-Zäpfchen, Tabletten: Baldenau-Apotheke, Bahnhofstr. 10, 5552 Morbach – Novaminsulfon Ampullen 2 ml, Injektionslösung, Tabletten 0,5 g, Ampullen 5 ml, Injektionslösung, Suppositorien, Tropfen, Lösung: Karl-Max-Besch, Pharmazeutika, Auguste-Victoria-Str. 55 a, 1000 Berlin 33 – Novaminsulfon Injection 2 ml 50 %, 2 ml 25 %, 5 ml 50 %, Sodium Dragees, Drops 20 ml 50 %: Gerhard Buchmann KG, Ehrenbergstr. 34, 7200 Tuttlingen – Metamizol 500 mg, Tabletten; Suprapyrin, Zäpfchen, Tabletten: Metamizol, Zäpfchen, Injektionslösung, Dragees; Suprapyrin, Tropfen: E. Denk OHG, Pharmazeutika, Prinzregentenstr. 79, 8000 München 80 – Supp. Metamizol 500 mg, Zäpfchen; Metamizol 1000 mg: 2 ml, 2500 mg: 5 ml: Deutsches Roten Kreuz- und Freimaurer-Krankenhaus, Suurheide 20, 2000 Hamburg 56 – Novaminsulfon 0,3 g, Tabletten, Novaminsulfon 50 % Injektionslösung, 0,5 g Tabletten, 0,1 g Tabletten: Drobena Arzneimittel GmbH, Seler Weg 43 – 45, 1000 Berlin 41 – Metamizol 50 %, Tropfen: Freie Hansestadt Bremen, Zentralkrankenhaus, Apotheke, St.-Jürgen-Str., 2800 Bremen – Novalnit Lösung 50 %, Lösung: Freie Universität Berlin, Universitätsklinikum, Steglitz, Hindenburgdamm 30, 1000 Berlin 45 – Hostalgyn injection 2 ml 50 %, 5 ml 50 %: Gertex GmbH, Postfach 1, 7200 Tuttlingen 1 – Novalnit Tropfen: Gisela-Apotheke, Leopoldstr. 52, 8000 München 40 – Novalgin, Injektionslösung, Zäpfchen, Tropfen, Sirup, Filmtabletten: Hoechst AG, Brüningstr. 45, 6230 Frankfurt 80 – Solutio-Metamizol 50 %, Lösung: Kliniken der Landeshauptstadt Düsseldorf, Apotheke, Gräulicher Str. 120, 4000 Düsseldorf 12 – Metamizol-Tropfen, Tropfen: Metamizol für Kinder, Zäpfchen; Metamizol für Erwachsene, Zäpfchen: Kliniken der Landeshauptstadt, Apotheke, Schwalbacher Str. 62, 6200 Wiesbaden – Metamizol-Zäpfchen: Klinikum Rechts der Isar, Apotheke, Ismaninger Str. 22, 8000 München 80 – Metamizol-Zäpfchen 1,0, Zäpfchen 0,3, Tropfen 50 % G/V: Klinische Universitätsanstalten, Apotheke, Pettenkofer Str. 8 a, 8000 München 2 – Morapyrin, Tabletten: Mohren-Apotheke, Königstr. 32, 8500 Nürnberg – Novaminsulfon, Tabletten, Tropfen: Pharma Hameln, Kerstein GmbH KG, Langes Feld 30 – 38, 3250 Hameln 1 – Dolo-Nero-Cur, Injektionslösung: Pharma-Selz GmbH & Co. KG, Am Marktplatz, 6601 Wörstadt – Novaminsulfon, Tabletten: Pharma-Selz GmbH & Co. KG, Breite Str. 41, 2214 Hohenlockstedt – Novaminsulfon-Ratiopharm, Tabletten, Zäpfchen: Novaminsulfon, Injektionslösung: Ratiopharm GmbH, Arzneimittel, Im Gehrn, 7902 Blaubeuren – Novaminsulfon, Tabletten: Walter Ritter KG, Chilehaus a, IV, 2000 Hamburg 1 – Novaminsulfon 50 % 2 ml Amp, Injektionslösung, 50 % 5 ml Amp, 50 % 25 ml Amp.: Rotexmedica GmbH, Bunsenstr. 4, 2077 Trittau – Diprone 500 mg, Tabletten: Chemische Fabrik, Rottendorf, Ostenfelder Str. 51 – 61, 4722 Einlingen – Novaminsulfon-Ampullen, Injektionslösung: Novaminsulfon-Lösung 50 %: Sanitätsamt der Bundeswehr, Platanenweg 29, 5300 Bonn 3 – Pacipyrrin, Tabletten: Siemsguess und Sohn, Heldenkampsweg 74, 2000 Hamburg 1 – Metamizol, Tabletten, 50 % Injektionslösung: Schi-Wa Arzneimittelwerk GmbH, 4518 Bad Laer / Glandorf – Prileunert, Kapseln: Dr. Lutz Schneider, Heinrich-Feuchter-Weg 12, 3600 Wuppertal 2 – Lutalgin-Tropfen 50 %, Zäpfchen, Lösung 50 %: Städtische Krankenanstalten, Apotheke, Bremerstr. 79, 6700 Ludwigshafen – Novasulf Lösung 50 %, Tropfen: Städtisches Krankenhaus, Apotheke, Celler Str. 38, 3300 Braunschweig – Novaminsulfon-Suppositorien: Städtisches Krankenhaus, Apotheke, Röntgenstr. 2, 7990 Friedrichshafen – Novaminsulfon 1,0 g, Zäpfchen, Tropfen: Städtisches Krankenhaus, Hannover-Nordstadt, Apotheke, Hallenhofstr. 41, 3000 Hannover 10 – Dinalgin, Tabletten: Stadt-Apotheke, Hauptstr. 51, 7590 Achern – Novaminsulfon-Tropfen: Städtisches Krankenhaus, Apotheke, Lastr. 30, 3590 Bad Wildungen – Metamizol Novalgin-Tropfen 50 %: Universitätskliniken, Robert-Koch-Str. 40, 3400 Göttingen – Novaminsulfon-Tabletten 0,5 g, -Zäpfchen 250 mg, -Zäpfchen 500 mg, -Zäpfchen 100 mg: Universität Hamburg, Krankenhaus Eppendorf, Apotheke, Martinstr. 52, 2000 Hamburg 20 – Novaminsulfon Tabletten 500 mg, 300 mg, Tropfen, Injektionslösung: Weber & Co., Arzneimittel, Neue Mainzer Str. 26, 6000 Frankfurt – Pharmalidine-Dragees; Novaminsulfon „Mernagin“, Injektionslösung, Tropfen, Tabletten 500 mg, Tabletten 300 mg: Pharmalidine, Injektionslösung: Waldemar Weimer, Chem.-pharm. Fabrik, Schlackenwerther Str. 8, 7550 Rastatt

2. Phenazonhaltige Monopräparate

Grippezäpfchen Ottermann: Bahnhof-Apotheke, Mainzer Str. 212, 6580 Idar-Oberstein – Dichloralphenazone Tabletten: Holsten-Chemie, Kirchenallee 57, 2000 Hamburg 1

3. Propyphenazonhaltige Monopräparate

Prypophenazon 0,2 g f. Kinder Zäpfchen, 0,5 g Zäpfchen: Karl-Max-Besch-Pharmaz., Auguste-Victoria-Str. 55, 1000 Berlin 33 – Isopropylantipyrin 300 mg Tabletten: E. Denk OHG, Pharmazeutika, Prinzregentenstr. 79, 8000 München 80 – Propyphenazon-Supp. 0,3 g für Erwachsene, 0,1 g für Kinder: Krankenhaus Nordwest, Apotheke, Steinbacher Hohl 2 – 26, 6000 Frankfurt 90 – Propyphenazon, Zäpfchen: Lichtenstein, Pharmazeutica GmbH & Co. KG, Hohenheim 87 – 89, 5420 Lahnstein – Propyphenazon für Erwachsene, Zäpfchen: Kliniken der Landeshauptstadt, Apotheke, Schwalbacher Str. 62, 6200 Wiesbaden

Zulassung widerrufen

Versicherungs-

Agenten

von Ulli Raupp

Die alltägliche Anmache

Das graue Jackett kontrastierte hervorragend zur dunklen Hose, zu Fliege und Streifenhemd. Der Schnurrbart exakt gestutzt, mit leichter Verbeugung und einer Höflichkeit, die ich immer schon als eine Spur zu schleimig empfinde: Ein Vertreter. Meinen Satz über die Notwendigkeit unabhängiger Arzneimittelinformation brachte ich nicht zu Ende – er winkte ab: „Colonia Versicherungen – ähem – Ärzteversicherung, haben Sie schon eine Lebensversicherung, Herr Doktor.“ – „Nein?“ – „Haben Sie nur einen Augenblick Zeit?“ Ich wußte, daß ich keine wollte, aber da mich Vertreterpraktiken immer wieder aufs Neue faszinierten, hatte ich Zeit.

Es würde mich gar nichts kosten, da ich ja an einem kirchlichen Haus arbeiten würde und die Beträge für die kirchliche Zusatzversicherung problemlos – nach Antrag – auf die Lebensversicherung einzahlen könnte. Ich könnte dabei nur gewinnen. (Und die Versicherung?) Ich hatte Zweifel.

„Wissen Sie, wenn Sie bei mir abschließen, hat das auch noch andere Vorteile. Wissen Sie, bei mir haben hier in der Ecke fast alle eine Versicherung abgeschlossen; ich kenne die Chefs und die Personalchefs. Wenn Sie mal 'ne andere Stelle suchen: die zahlen für 'nen deutschen Assistenten schon mal gerne eine gute Lebensversicherungsprämie zusätzlich anstatt daß sie nur 'nen Türken kriegen, der kaum Deutsch kann!“

Jetzt hatte ich wirklich keine Zeit mehr! Beim Frühstück berichtete ich das meinen Kollegen – es sind viele Ausländer dabei. Einer kam neulich zu mir – er hatte bereits diese Versicherung abgeschlossen – und fragte, wie er da wieder raus käme. Ein anderer Kollege erzählte mir, ihm habe der gleiche Versicherungs-Agent folgendes Angebot gemacht: Versicherungslaufzeit ab 1.10., Bescheinigung für die Krankenhaus-Zusatzversicherung, daß er bereits ab 1.7. versichert sei. Die zwischenzeitlich vom Krankenhaus geleisteten Beträge

Die nicht-alltägliche Anmache

Daß er sich nicht profilieren wollte, wird ihm kaum ein Kollege nachsagen können. Er ist Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein und Vorsitzender des Marburger Bundes: Dr. Jörg Dietrich Hoppe – wer kennt ihn nicht? Als ich, wie viele andere meiner Kollegen im Bezirk auch, einen Brief von ihm bekam, stach mir zunächst dieser Briefkopf mit seinen schlagzeilengroßen Lettern ins Auge. Mein Vizepräsident schreibt mir persönlich! Das hat er doch noch nie getan, nicht wegen unsozialer Kostendämpfungserlasse, nicht wegen großer Sorge um Umweltgifte oder Atomgefahren?

Ich habe meine Vorteile, lese ich, nicht genutzt. Ich habe noch keine Lebensversicherung, keine Gruppenversicherung bei der Colonia-Lebensversicherungs-AG. Obwohl das Rheinische Ärzteblatt in Heft 5/82 in einem ausführlichen Artikel nochmal ausdrücklich darauf hingewiesen hat. Das läßt ihm keine Ruhe, das raubt ihm den Nachschlaf, meinem Vizepräsidenten!

Deutsche Ärzteversicherung, Zweigniederlassung der Colonia Lebensversicherung
Aktiengesellschaft

Sitz der Gesellschaft Köln · Handelsregister Köln (HRB Nr. 271) · Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Nikolaus Graf Strasoldo · Vorstand: Dipl.-Kfm. Dieter Wendestadt, Vorsitzender; Dr. Axel Blagoš, Karl Göbelmann, Dipl.-Math. Manfred Heibig, Dr. Hans Jäger, Dr. Franz Kratz, Artur Suhr, Walter Trambow, Dr. Jürgen Zech, ordentl. Vorstandsmitglieder, Friedrich K. Rauch, stellv. Vorstandsmitglied.

Sitz der Zweigniederlassung: Berlin · Handelsregister Berlin (92 HRB 176). Leiter der Zweigniederlassung: Karl Göbelmann · Beirat der Zweigniederlassung: Prof. Dr. med. Walter Kreienberg, Kaiserslautern, Vorsitzer · Dr. med. dent. Karl Winter, Düsseldorf, stellv. Vorsitzer · Dr. med. Gunter Albus, Köln · Dr. med. Wilhelm Baldus, Münster · Dr. med. Wolfgang Bechtold, Neuenhain · Dr. med. Klaus Dehler, Nürnberg · Dr. med. Eckart Fiedler, Köln · Prof. Dr. med. Wilhelm Heim, Berlin · Dr. med. Jörg D. Hoppe, Düren · Dr. med. Klaus-Dieter Kossov, Achim Uesen · Dr. med. Arnold Rimpau, Hamburg · Prof. Dr. med. Josef Stockhausen, Köln · Dr. med. Karsten Vilmar, Bremen · Dr. med. dent. Helmut Zedelmaier, Schongau.

Deutsche Ärzteversicherung, Auf dem Hunnenrücken 7, 5000 Köln 1, Telefon 02 21/1 657201

„Nein, nein – natürlich beruht das auf gegenseitigem Vorteil, aber sehen Sie, die Rendite ist bei keiner Lebensversicherung so hoch!“ (Warum wohl?) „Übrigens, Sie sind doch bestimmt Mitglied im Marburger Bund oder Hartmann Bund?“ „Nein, warum?“ „Da hätte ich Ihnen noch einen besonders guten Tarif geben können, einen Gruppenversicherungstarif – möchten Sie nicht Mitglied werden?“ „Nein, wissen Sie . . .“ „Gut, gut, ich kann Ihnen den Tarif auch so, na ja, einfach so geben.“ Aber hören Sie, wenn ich da Schwierigkeiten kriege, mit den Vereinen, wenn die das nachprüfen . . .“ „Das machen die nicht! Und wenn, das sage ich Ihnen hier zu, dann zahle ich für Sie ein Jahr den Mitgliedsbeitrag ein, dann geht das schon, und danach lassen wir das wieder auslaufen.“ „Nein, wirklich, das möchte ich nicht . . .“

Könne er einstecken – immerhin einige hundert Mark. Was ihm der Agent nicht gesagt hatte: daß längst nicht mehr alle kirchlichen Krankenhäuser die Beiträge für die Zusatzversicherung auf die Lebensversicherung umschreiben lassen und daß das im kommunalen oder öffentlichen Dienst überhaupt nicht geht!

Kollegen! Schreibt doch mal Eure Erfahrungen mit Versicherungsagenten, Angebote, Kungeleien, auf und sendet sie an: U. Raupp, Spyckstr. 61, 4190 Kleve. Ich glaube, da gibt es noch einen ganz dicken Sumpf zu entwässern. Helft mit!

Darum hat er jetzt gehandelt: Die Versicherungsmathematiker, so schreibt das Rheinische Ärzteblatt (RÄB) haben ein Computerprogramm entwickelt, „daß es ermöglicht, die definitive Beitragserspartis für jedes Kammermitglied exakt zu errechnen und darüber hinaus die individuellen Beitragssätze zu ermitteln“ (RÄB 5/82). Er bringt es jetzt unter die Leute, persönlich natürlich, mit der Empfehlung: „Zögern Sie nicht . . .“ (siehe nebenstehenden Brief).

Ich war erstaunt, befremdet: daß Kollegen Pharma-Vertreter werden, daran bin ich gewöhnt, aber Versicherungsvertreter? Und noch einige Ungereimtheiten: ein persönlicher Brief mit profilträchtigem Kopf, aber frankiert von der Frankieranlage der Ärztekammer? Und: Wer hat wie meine

Dr. med. Jörg D. Hoppe

Herrn
Ulrich Raupp
Spyckstr. 61
4190 Kleve

Sehr geehrter Herr Raupp,

daß die Beiträge für eine Gruppenversicherung im Vergleich zu einer Einzelversicherung niedriger sind, ist Ihnen sicher bekannt. Trotzdem wird es Sie überraschen, wie groß diese Ersparnis tatsächlich ist. Ich hatte die Möglichkeit, die Differenz zwischen dem Betrag für eine Einzel-Lebensversicherung und der Gruppen-Lebensversicherung anhand meiner Daten zu errechnen.

In meinem Fall (Alter 41) beträgt die reine Beitragsersparnis bei einer Versicherungssumme von 100.000 DM genau 4.224,— DM. Gut angelegt, würde sich dieser Betrag während der Versicherungslaufzeit, selbst bei bewußt niedrig angesetzter Verzinsung, mit Sicherheit mehr als verdoppeln.

Da ich überzeugt davon bin, daß diese Rechnung bei Ihnen ein ähnlich positiver oder sogar noch günstigeres Resultat haben wird, freue ich mich, Ihnen mitteilen zu können, daß derzeit die Beitragsersparnis für jedes Kammermitglied individuell errechnet wird. Sobald diese Berechnungen vom Computer fertiggestellt sind, werden sie von der Deutschen Ärzteversicherung ein persönliches Angebot erhalten.

Dieses Angebot wird Ihnen zeigen, wieviel günstiger die Gruppenversicherung für Sie im Vergleich zu einer Einzelversicherung ist und welche Vorteile sie Ihnen zusätzlich bietet.

Lassen Sie mich noch anmerken, daß diese ebenso preisgünstige wie universelle Gruppen-Lebensversicherung exklusiv für Sie als Mitglied der Ärztekammer Nordrhein gemeinsam mit der Deutschen Ärzteversicherung erarbeitet worden ist.

Da das Angebot auf Ihr derzeitiges Eintrittsalter abgestellt und daher der ausgedruckte Beitrag zeitlich limitiert sein wird, hielte ich es für richtig, Sie schon heute darauf aufmerksam zu machen. Denn nach Ablauf dieser Frist werden Sie wegen des dann höheren Eintrittalters auch einen höheren Beitrag zu zahlen haben.

Meine Empfehlung an Sie: stellen Sie sicher, daß Ihnen das Angebot der Deutschen Ärzteversicherung sofort vorgelegt wird. Sie erhalten es – wie schon erwähnt – innerhalb der nächsten Tage zugeschickt, sobald Ihre persönliche Beitragsersparnis errechnet worden ist.

Nehmen Sie sich dann bitte einen Augenblick Zeit, um die Unterlagen in Ruhe zu lesen. Und zögern Sie nicht, dieses Angebot wahrzunehmen. Es ist wirklich eine günstige Versicherungsmöglichkeit und ich bitte Sie, meine Empfehlung genau zu prüfen und zu Ihrem Vorteil zu nutzen.

Ich bin sicher, Sie werden meine Empfehlung aufgreifen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Jörg D. Hoppe
Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein

Daten an einen Versicherungskonzern weitergeleitet, oder sollte etwa der Computer der Ärztekammer für die Versicherung eingesprungen sein? Wer bezahlt das alles, Porto, Computerbenutzung, Briefumschläge, Arbeitszeit der Sekretäre(innen) für Erstellung und Versand von sicherlich mehreren tausend Briefen. Und wer hat den Vorteil von dieser Aktion. Für mich weiß ich genau: Ich nicht! Die Erklärung des Verwaltungsdirektors der Ärztekammer reicht mir da durchaus nicht – es ist nicht alles Geld, was glänzt! (siehe nebeneinstehenden Brief)

Ich war offenbar nicht allein in meinem Erstaunen. Ich war so wenig allein, daß sich meine Ärztekammer gefordert sah, Stellung zu nehmen (mit Bild meines Vizepräsidenten – versteht sich). In einem herausgehobenen Kommentar an herausgehobener Stelle bereits 2 Ausgaben später: Die „wohlgemeinte Aktion“ wäre zu einem „Mißverständnis“ geraten. Er habe „lediglich einen Brief unterzeichnet“, für „Gotteslohn“. Eine „Information also, die dem strapazierten Geldbeutel vieler Ärzte zugute kommen soll“. „Nicht mal Spesen sind gewesen.“ (RÄB 7/82).

Eigentlich wollte ich meinem Vizepräsidenten ob seiner hervorragenden Qualifikation empfehlen, dem Beirat der Deutschen Ärzteversicherung beizutreten. In meinem Formular vom Dezember 1981 stand da noch Dr. F. W. Koch zwischen Prof. Dr. W. Heim und Dr. K. D. Kossow. Was meinen Sie, wer jetzt im neuen Formular von 1982 da steht: Dr. Jörg D. Hoppe! Na so was!

Ulrich Raupp
~ Arzt ~
Spyckstr. 61
4190 Kleve, den 22.3.82

An Herrn
Dr. med. Jörg D. Hoppe
Tersteegenstr. 31
4000 Düsseldorf 30

Betr.: Ihr Schreiben vom 9.3.82 – Gruppenversicherung
Werter Kollege Hoppe,

Mit Verwunderung habe ich Ihr Schreiben erhalten, mit dem Sie unmissverständlich für die „Deutsche Ärzteversicherung“, bekanntlich ja eine Zweigstelle der „Colonia-Lebensversicherungen AG“, werben. In diesem Schreiben haben Sie mir angekündigt, daß ich von der o. a. Versicherungsgesellschaft ein Angebot erhalten werde, das „individuell errechnet wird“, „exklusiv für (mich) als Mitglied der Ärztekammer Nordrhein“ und auf mein „derzeitiges Eintrittsalter abgestellt“. Abgesehen davon, daß ich Ihr Angebot bzw. das der Versicherung bis zum heutigen Datum noch nicht erhalten habe – viele Kollegen erhalten dies bereits 3 Tage nach Ihrem Schreiben – sind mir bezüglich Ihres Schreibens und der Offerte doch einige Fragen offen geblieben, die ich Sie freundlich, aber auch dringend bitten möchte, mir zu beantworten.

Aus der Art des Schreibens ist für mich nicht ersichtlich, wer der Absender ist. Sind Sie es persönlich – dafür würde Ihr sehr auffallend ausgedruckter Namenszug sprechen, oder ist es die Ärztekammer Nordrhein, in deren Auftrag Sie handeln – dafür würde die Benutzung der Adresse der Ärztekammer sprechen? Unabhängig davon, wer das Schreiben versandt und damit wohl auch die Druck- und Portokosten übernommen hat, geht aus dem Inhalt nicht hervor, wer „die Beitragsersparnis für jedes Kammermitglied individuell errechnet“, und wo der Computer steht, der dies macht. Unmittelbar daran knüpft sich für mich die Frage, wer meine individuellen, persönlichen und exclusiven Daten, die zur Ausarbeitung eines solchen Angebotes notwendig sind, an ein kommerzielles Versicherungsunternehmen weiterleitet und in wessen Auftrag.

Darüber hinaus bitte ich um Aufklärung darüber, ob diese Aktion aus Kammerbeiträgen (mit-)finanziert wird, von dem Versicherungsunternehmen selbst oder aus Mitteln Dritter.

In der Hoffnung, eine baldige, klare Antwort zu erhalten, verbleibe ich mit freundlichen und kollegialen Grüßen

U. Raupp

**ÄRZTEKAMMER
NORDRHEIN**

Herrn
Ulrich Raupp – Arzt –
Spyckstr. 61

4190 Kleve

Betr.: Gruppenlebensversicherungsvertrag zwischen der Colonia und der Ärztekammer Nordrhein

Sehr geehrter Herr Raupp,

Ihr obiges, an unseren Vizepräsidenten, Herrn Dr. Hoppe, gerichtetes Schreiben ist dem Unterzeichner übergeben worden, weil das Versicherungswesen innerhalb der Kammer in sein Ressort fällt.

Als Anlage überreichen wir Ihnen einen Auszug aus dem Rheinischen Ärzteblatt, Heft 5/1982. Erklärend zu den hier erschienenen Artikel über die Änderungen des Gruppenvertrages zwischen der Colonia und der Ärztekammer Nordrhein hat unser Vizepräsident als Vertreter eines der Vertragspartner versucht, in einem direkten Schreiben an die in Frage kommenden Ärzte diesen eine Information zu geben mit dem Ziel, darüber aufzuklären, daß bei Abschluß einer evtl. beabsichtigten Lebensversicherung hier ein von der Ärztekammer Nordrhein überprüftes Angebot besteht. Keine weitere Absicht stand dahinter.

Im Namen von Herrn Dr. Hoppe dürfen wir Ihnen ausdrücklich versichern, daß bei dieser Aktion weder der Datenschutz verletzt wurde, noch uns irgendwelche Kosten entstanden sind, geschweige denn Herrn Dr. Hoppe oder der Ärztekammer geldliche Zuwendungen zuflossen.

Wir hoffen, daß unsere Ausführungen dazu beigetragen haben, Ihr Verständnis für die Handlung von Herrn Dr. Hoppe zu bestätigen.

Mit freundlichen Grüßen
I. A.
Behrends
Verwaltungsdirektor

Die außergewöhnliche Schimpfe

Da hat es doch tatsächlich ein Arzt gewagt, eine Kollegenfrau (KOLLEGENFRAU!) vor der Behandlung unterschreiben zu lassen, daß sie eine Liquidation des Arzthonorares über die Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung hinaus – wie es bei „Privat-Versicherten“ üblich ist – akzeptieren würde. Dies hat den Präsidenten der Rheinischen Ärztekammer und Vorsitzenden des Hartmann-Bundes, Prof. Dr. Horst Bourmer, nicht nur erbost, sondern auch veranlaßt, den Titelkommentar für die 6. Ausgabe des Rheinischen Ärzteblattes unter das Thema „Kollegialität“ zu stellen.

„Natürlich“, räumt er ein, „ist das formal alles in Ordnung.“ „Die Vertragsfreiheit . . . die wir um jeden Preis erhalten wissen wollen, erlaubt es . . .“ Allerdings: „muß die Honorarforderung ‚angemessen‘ sein.“ Und: „Die Forderung nach einer maßvollen Liquidation für ärztliche Leistungen muß erst recht für die Behandlung von Kollegen und ihrer nächsten Angehörigen gelten.“ Noch war mir nicht klar, warum? Verdienen meine Kollegen so schlecht? Die meisten Leute, die ich kenne, hätten eher maßvolle Rechnungen verdient!



Nur für
Gotteslohn...

...im Beirat
der Colonia

Dr. Jörg Dietrich Hoppe

„Eine Überschreitung der Höchstsätze der Gebührenordnung bei Behandlung von Berufskollegen halte ich schlicht für unkolligial“, ereifert sich Prof. Bourmer weiter, wohl wissend, wie schwer dieser Vorwurf in Standeskreisen liegt.

Beim letzten Abschnitt hab ich's dann auch kapiert: „Das ungerührte Ausnutzen aller Gebührenordnungsmöglichkeiten im Verhältnis der Ärzte untereinander zerstört im übrigen auf Dauer unsere Gruppenversicherungsverträge. Die dort vorgesehenen günstigen Prämien für Ärzte beruhen doch gerade darauf, daß die Leistungen der Versicherung wegen der kollegialen Zurückhaltung bei der Rechnungsstellung niedriger sind.“

Endlich: Ein Männeswort meines Präsidenten für die kostengünstigen Gruppenversicherungstarife der privaten Ärzteversicherungen. Wehe dem, der Böses darüber denkt!

Oh diese Weiber

Von Eise Beckers, Ulla Imke und Unni Kristiansen-Kamps

Frauen sind schreckliche Patienten! Sie sind ungeduldig, leidend, weinlich; sie können keinen Schmerz ertragen; sie meckern und beklagen sich dauernd. Sie klingeln immer, haben immer einen neuen Wunsch; sie sind mit allem, was ihnen gegeben wird, unzufrieden. Haben sie Kaffee bekommen, wollen sie Tee; kommt der Tee, wollen sie lieber Vollmilch, nee, Buttermilch, oh, liebe Schwester, doch lieber Wasser! (Gleich wird Ihnen das Wasser ins Gesicht geworfen.) Da ist ein ordentlicher Mann als Patient doch was anderes!

Die meisten von uns, wenn nicht alle, haben mehr oder weniger etwas von dieser Haltung der Patienten gegenüber in uns. Wir gehen davon aus, daß Frauen und Männer als Patienten unterschiedliche Probleme haben und daß darin die Ursachen für das jeweilige Verhalten der Frau bzw. des Mannes zu finden sind. Wir wollen mit unseren Thesen ein Verständnis für die sozialen Schwierigkeiten der Patienten wecken, da wir es für wichtig erachten, daß die Beschäftigten im Krankenhaus auf diese Probleme eingehen.

- **Frauen** kommen in der Regel spät ins Krankenhaus, weil sie Schwierigkeiten haben, den häuslichen Ablauf während ihrer Abwesenheit zu organisieren.
- **Frauen** verlassen das Krankenhaus zu früh, weil sie sich zu Hause unabkömmlich und unersetztlich fühlen („Mutter ist die Beste.“)
- **Frauen** sind im Krankenhaus unruhig, weil sie sich um das Wohlergehen von Mann und Kindern sorgen.
- **Frauen** sind gegenüber dem Pflegepersonal kritische Patienten, weil sie Pflegearbeiten, Sauberkeit, Ordnung grundsätzlich als ihre Domäne ansehen und sich bei diesen Verrichtungen auch als „Fachfrau“ fühlen.
- **Männer** kommen in der Regel spät ins Krankenhaus, da sie gelernt haben, Schmerzen „männlich“ zu ignorieren. („Ein Indianer kennt keinen Schmerz.“)
- **Männer** verlassen das Krankenhaus zu früh, aus Sorge um ihren Arbeitsplatz.
- **Männer** sind im Krankenhaus gelassen, weil ihre Versorgung und die der Familie auch hier durch ihre Frau gewährleistet ist.
- **Männer** sind gegenüber dem Pflegepersonal geduldige Patienten, weil sie Pflegearbeiten, Ordnung und Sauberkeit grundsätzlich als Domäne der Frau (hier der Schwester bzw. des Pflegers) ansehen und die Annahme passiver Versorgung für sie selbstverständlich ist.

Eine besondere Situation besteht für berufstätige Hausfrauen und Mütter auch oder gerade, wenn sie ins Krankenhaus müssen. Die – bis heute noch alltägliche – Doppelbelastung durch Familie und Beruf führt auch zu doppeltem Stress bei einem Krankenhausaufenthalt.

Zu den Problemen, die sie mit der ausschließlich im Haushalt tätigen Frau und Mutter gemeinsam hat, kommt zusätzlich noch die Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes.

Zur kritischen Auseinandersetzung mit unseren und ggf. Untermauerung unserer Thesen haben wir nachfolgend einige Fragen. Wir bitten euch, uns diese Fragen zahlreich zu beantworten. In einer der nächsten DG-Nummern werden wir ausführlicher auf das Thema „Soziale Probleme von Patienten und Patientinnen im Krankenhaus“ zurückkommen.

- 1. Gibt es deiner Meinung nach unterschiedliche soziale Probleme bei männlichen/weiblichen Patienten während eines Krankhausaufenthalts, wenn ja, welche?**
- 2. Wie wirken sich diese oder andere Sorgen auf die Geduld oder Ungeduld während des Krankhausaufenthalts aus?**
- 3. Werden derartige Probleme vom Pflegepersonal bzw. von Ärzten, Psychologen . . . berücksichtigt oder ignoriert?**
- 4. Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede beim Verständnis/Unverständnis für solche Sorgen der Patienten? (z.B. Erkennen Schwestern und Ärztinnen familiäre/soziale Probleme eher an und gehen darauf ein als Pfleger und Ärzte?)**
- 5. Vertrauen sich Patienten und Patientinnen mit sozialen/familiären Problemen eher männlichen oder weiblichen Personen an?**

Bitte bei der Antwort Beruf und Geschlecht (Vorname!) angeben. Danke!

Den Fragebogen schickt bitte an: 4190 Kleve 1

Unni Kristiansen-Kamps und Ulla Funke
Spyckstraße 61

Krankenschreiben – aber wie?

und wie Unternehmer versuchen den Krankenstand zu senken

von Gregor Weinrich

Nicht zufällig seit Beginn der wirtschaftlichen Talfahrt in der BRD ist der Krankenstand Ziel besonderer Aktivitäten der Unternehmerverbände. Mit gezielten Maßnahmen werden nicht nur die Arbeitnehmer, sondern auch die behandelnden Ärzte unter Druck gesetzt. Einer von vielen, Dr. Reinhard Janzen, Praktischer Arzt in Euskirchen, geriet durch seine Krankschreibungen in das Rampenlicht der Öffentlichkeit.

Bei meinem Besuch, etwa vier Monate nach den ersten Presseveröffentlichungen sieht die Lage für Dr. Janzen schon etwas freundlicher aus: „Zielscheibe für die Unternehmer des Ortes sind inzwischen die drei Kollegen, die sich nach hier niedergelassen haben.“ Dr. Janzen ist, wie viele der mittelständischen Unternehmer der Stadt Euskirchen, aktives Mitglied der CDU. Da eine stolze Anzahl von Krankschreibungen von ihm kamen, wurde er von seinen Parteifreunden „sanft“ unter Druck gesetzt. Man diskutierte mit ihm, und bat ihn, doch wenigstens die Diagnosen so abzuändern, daß die Lohnfortzahlungen von den Krankenkassen übernommen werden müssen.

Nachdem persönliche Einflußnahme keine Wirkung zeigte, trafen bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Beschwerden über Krankschreibungen ein. In einem Falle versuchte ein Unternehmer sogar, ihm die Lohnfortzahlung von drei Krankentagen anzulasten.

Solche Aktionen hatten für Dr. Janzen kein weiteres Nachspiel. Er ging dazu über, seine Patienten schon frühzeitig an den Vertrauensärztlichen Dienst der Krankenkassen zu verweisen.

In den folgenden Presseveröffentlichungen spielten die Gründe für die Krankschreibungen keine Rolle. So hat Dr. Janzen eine der größten Praxen am Ort. Zudem betreut er sehr viele Arbeiter in den mittelständischen Fabriken, insbesondere viele ausländische Arbeitnehmer. Die fremde Umwelt und die meist schwere körperliche Arbeit erklärt u. a. die höhere Krankheitsanfälligkeit der Ausländer.

Mit einer besonderen Dreistheit reagierte der Geschäftsführer der örtlichen McDonalds-Filiale auf Krankschreibungen von Dr. Jansen. Eines Tages hing ein Zettel am schwarzen Brett mit der Aufschrift: „Krankschreibungen von Dr. Jansen werden bei uns nicht akzeptiert.“

Zwei Textilarbeiterinnen, die sich bei der alteingesessenen Strumpffabrik Wilmes um einen Arbeitsplatz bewarben, wurden nach ihrem „behandelnden Arzt“ gefragt. Als sie wahrheitsgetreu den Namen Janzen nannten, war das Gespräch beendet.

ment und Warnsignal sei.“ Das individuelle Schuldprinzip tritt hier an die Stelle eines umfassenden Krankheitsbegriffs.

Dagegen appellierte der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Dr. Horst Bourmer, an seine Kollegen, sie mögen „sich weder von den Politikern noch von der Wirtschaft unter Druck setzen lassen“, wenn ihnen vorgeworfen werde, sie stellten unbedenklich Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen aus.

In der Märzausgabe des Rheinischen Ärzteblattes attestiert dann der nordrheinische KV-Vorsitzende seinen Niedergelassenen Ärzten „Gesundheitspolitisches Verantwortungsbewußtsein“. Durch ein „verbesertes Informationssystem seien die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage im Februar um 3% rückläufig gewesen. Reinhard Jansen wird sich in seinen Auseinandersetzungen mit den Unternehmern andere Bundesgenossen als die Standesorganisationen suchen müssen.

Eine zentrale Bedeutung für die Arbeitgeberverbände hat die Lohnfortzahlung im Krankheitsfalle. Diese Regelung, die die Gewerkschaften vor 25 Jahren erkämpft



Bei den öffentlichen Diskussionen um den Krankenstand schwanken die Stellungnahmen der ärztlichen Standesorganisationen zwischen Scharfmacherei und vorsichtiger Abwehr.

Nach Meinung des Präsidenten des Bundesverbandes Deutscher Internisten, H. J. Frank-Schmidt, schreiben die Ärzte zu schnell und zu lange krank. 25 Arbeitstage im Jahr – das sind 7 Tage mehr, als das Institut der Deutschen Wirtschaft für 1981 errechnete – fehle ein Arbeitnehmer im Jahr wegen Krankheit. Der Internistenverband kritisiert nicht nur das „zu weit gespannte Netz der sozialen Sicherung“, zur Diskussion steht auch eine Neubewertung des Krankheitsbegriffs. „Zu schnell werde heute vergessen, daß Krankheit nicht nur einfach behandelt werden müsse, sondern im Ursprung auch ein erzieherisches Mo-

haben, kostet die Betriebe jährlich 35 Milliarden Mark. In einer Denkschrift wurden jetzt vom Präsidium der Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände unter anderem die Einführung von Karenztagen, die zeitliche Staffelung der Leistungshöhe und unabhängig davon eine Überprüfung der Bemessungsgrundlage des Krankenlohns angeregt.“

Gleichzeitig prüft eine Kommission der Bundesregierung, ob die Lohnfortzahlung durch Wiedereinführung von Karenztagen oder durch einen 20prozentigen Abschlag vom Gehalt während der ersten zwei Krankheitswochen gekürzt werden kann. Trotz eines unübersehbaren Stillhaltens gegenüber der bisherigen Regierungspolitik ist jedoch nicht anzunehmen, daß die Gewerkschaften solche einschneidenden Maßnahmen tolerieren werden. ■

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

von Christiane Tollgreve

Von der Bundesregierung und den Gewerkschaften wird die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAG) als Instrument einer wirksamen Kostendämpfung gepriesen. Tatsächlich aber funktioniert die KAG im Sinne der eigentlichen Nutznießer unseres Gesundheitswesens, sprich Pharmaindustrie, niedergelassenen Ärzte etc.

„... die an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten ...“

Seit dem März 1978 wird zweimal jährlich die KAG einberufen. Diese entstand als Kompromiß im Vermittlungsausschuß des Krankenversicherungskostendämpfungsge setzes (KVKG). Den Frühjahrsverhandlungen entspringen Orientierungsdaten für die Arzt- und Zahnarzhonorare und für die Arzneimittelhöchstbeträge, die in den Verträgen zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen und -zahnärztlichen Vereinigungen berücksichtigt werden sollen. Diesen Daten liegt der erwartete Anstieg der Löhne zu Grunde. In den Herbstsitzungen werden überwiegend „Strukturfragen“ des Gesundheitswesens behandelt.

Beteiligt sind an dieser Runde Vertreter der:

Ärzte (8), Zahnärzte (3), Pharmaindustrie (3), Apotheker (1), Krankenhaussträger (3), Kommunale Spitzenverbände (3), Bundesländer (10), RVO-Kassen (11), DGB (4), BDA (6), Ersatzkassen (3), DAG (1), Private Krankenversicherungen (2), Beamtenbund (1) und der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit.

Als Einladender entscheidet der Minister für Arbeit und Sozialordnung die Zusammensetzung. Ihm bleibt dabei ein großer Spielraum, denn das Gesetz spricht nur von den „... an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Beteiligten ...“, legt sich also weder hinsichtlich der konkreten Teilnehmer noch der Anzahl fest.

„Erfolgskriterien“

Von 1977 (und zwar schon vor dem KVKG aufgrund „freiwilliger“ Zurückhaltung der Kassenärztlichen und -zahnärztlichen Vereinigungen, um gesetzliche Maßnahmen abzuwehren) bis 1979 sind die Beiträge nominal zu den Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) konstant geblieben.

1981 haben die Ausgabenzuwächse von 1980 einen bundesdurchschnittlichen Anstieg von 0,3% der Beitragssätze bewirkt. Real gab es schon mit dem KVKG durch

Leistungsreduzierung (erhöhte Rezeptgebühr, Begrenzung der Medikamente auf einem Rezept, Fahrtkostenbeteiligung etc.) eine Beitragssteigerung.

„Strukturfragen“ des Gesundheitssystems bedeuten in dieser Verhandlungsrunde: Beseitigung der „Ärzteschwemme“, Apothekerinflation und Probleme der Pharmaforschung. Das heißt, zentrale, wirkliche Strukturfragen – wie ambulante Versorgung in Krankenhäusern, flächendeckende Verteilung der Ärzte und Zahnärzte

fahren. So wurden z. B. die Apotheker vor künftigen Apothekern durch eine Änderung des Gesetzes geschützt, das ein zweijähriges Praktikum bei eben einem Apotheker vorsieht.

Zusammengenommen wurde der Verzicht der Kassenärzte ihre mächtige Stellung (zentralisierte Kassenärztliche und -zahnärztliche Verbände) gegenüber den zerstreuteten und untereinander konkurrierenden Kassen nicht auszuspielen, durch oben erwähnte good-will-Geschenke belohnt.



usw. – werden erst gar nicht thematisiert. Stattdessen werden Probleme der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und der pharmazeutischen Industrie zu „Strukturfragen“ des Gesundheitssystems erklärt, und – wo es geht – „geholfen“.

Die KAG macht z. B. das ökonomische Problem der Kassenärzte (Konkurrenz durch „Ärzteschwemme“) zum Problem von Ausbildungsmängeln. Die Bundesregierung bemühte sich kraft ihrer Autorität um Veränderung der Zulassungsbedingungen, höhere Prüfungsanforderungen und eine Abkappung von 30 000 Bewerbern auf der Warteliste. Neuestes Geschenk an das „Entgegenkommen“ der Ärzte in diesen Verhandlungen ist die dramatische Erhöhung der Praktikumszeit für Medizinstudenten. Neben dem Abschreckungseffekt ist den niedergelassenen Ärzten durch die Steuerung der Praktikumsstellen damit ein Instrumentarium zur Regelung ihrer Konkurrenz selbst in die Hand gegeben.

Bei anderen „Strukturproblemen“ der Produzenten im Gesundheitswesen wird von Seiten der Bundesregierung ähnlich ver-

Gewinne auf dem Rücken der Versicherten

Von 1980 an übersteigen die Ausgaben für sämtliche einzelne Bereiche der GKVen die Empfehlungen der KAG. Die Arzneimittelausgaben waren 1980 um 9% angestiegen, während die Vereinbarungen nur maximal 5,9% vorsahen. Ähnlich bei den Ausgaben für Zahnersatz: sie nahmen um 12,2% zu.

Trotz dieses offenkundigen Mißlingens (vom Standpunkt des Patienten und Versicherten) und dadurch notwendigen Beitragserhöhungen sollen weitere Bereiche wie Pflegesätze und Heil- und Hilfsmittel in die KAG einbezogen werden.

Daran wird deutlich, wie diese Runde „funktioniert“ und warum es konsequent ist, wenn der Minister vom „Erfolg“ der KAG spricht. Ein Erfolg im Sinne weiter bestehender überdurchschnittlicher Einkommen und Gewinne der Anbieter im Gesundheitswesen; ein Erfolg zudem durch das Fernhalten der eigentlich Betroffenen, der Versicherten selber. ■



Gibt es noch Hilfe für Susanne?

Aus der Subkultur der Arzt-Romane von H. Copak
Teil 3

Kind tot – Ehe gerettet! So könnte man den Inhalt dieses Markenromans aus der Notärztin-Serie (Nr. 124) sarkastisch zusammenfassen. Warum muß denn auch dieser rundherum erfolgreiche Innenarchitekt nach zehn Jahren Ehe und Kind auf diese männerfressende Bikinifrau abfahren? Für den gewöhnlichen Ehebruch gibt es im profanen Leben die saubere Lösung: Scheidung. Im Roman aber, wo die alten, historisch längst überlebten Moralvorstellungen hochgehalten werden, muß die Vernunft zurückstecken. Um die auseinandergebrochene Ehe wieder zusammenzuschweißen, hat man sich in diesem Roman eine reichlich unappetitliche, ja, geradezu kannibalische Lösung ausgedacht:

Damit das heilige Sakrament der Ehe überleben kann, muß das einzige Kind aus dieser Ehe geopfert werden! Manche kapieren eben schwer, und da helfen die himmlischen Mächte in Gestalt von Unfall oder Krankheit etwas nach. In unserem Fall findet der erste Fehlritt des Sünders schon unter einem düsteren Vorzeichen statt. Während die verführerische Frau auf dem Balkon ihres Penthouses „zärtlich an seinem Ohrläppchen knabbert“, schlägt zuhause das Schicksal erstmalig zu. Töchterchen Susanne hat aus Versehen von den Schlaftabletten und den Antidepressiva (!) ihrer Mutter genascht. Das Notarzteam bringt Susanne mit Blaulicht ins Krankenhaus. Aber noch will man den pflichtvergessenen Vater nur warnen. Natürlich wird Susanne von den tüchtigen Experten der Landauklinik gerettet. Schon im Notarztwagen hebt man ihr den Magen aus. Und nach ein paar zusätzlichen Un-

tersuchungen (EKG, Urinprobe usw.) ist Susanne wieder fit.

Diese überaus deutliche Warnung des Himmels übersieht der Ehebrecher. Und nun kommt es wie es kommen muß: Bisher hat er seinen Seitensprung verheimlichen können. Jetzt wird seine Ehefrau unruhig. Sie schöpft Verdacht, stellt ihn zur Rede, er leugnet. Sie spioniert ihm nach. Und während es im lauschigen Forsthaus der Geliebten zum peinlichen Zusammentreffen der drei Erwachsenen kommt, ballt sich zuhause das echte Unheil zusammen. Die Tochter bekommt (wie von einem göttlichen Strafgericht, zeitlich mit dem Streit der Eltern synchronisiert!) schlimme, krampfartige Anfälle. In der Landauklinik diagnostiziert man eine schwere Meningitis.

Während nun die erschütterte Mutter nächtelang um das Leben ihrer Tochter bangt und sich mit Scheidungsgedanken quält, nimmt der Ehemann die Situation zunächst viel gelassener. Seine teuflische Freundin braucht nur zu flüstern: „Küß mich, . . . ich habe Sehnsucht nach dir. Komm küß mich, Darling, und vergiß wenigstens für ein paar Stunden deine Sorgen in meinen Armen“, schon murmelt er beflossen: „Ich liebe dich. Ich liebe und begehre dich wie nie eine Frau zuvor.“ Dann wird „gegurrt“, „gemurmelt“, aber auch „hysterisch gelacht“ und dann kommen auch mal kleine Skrupel. Aber dann glättet sich die Stirn des Mannes wieder, und sein Blick bleibt an ihren „tiefgrünen Augen“ hängen, die von „langen, gebogenen Wimpern überschattet“ werden. Wie schön du doch bist. . . Unter ihren

Küssen vergaß er die Sorgen um sein Töchterchen.

Wider Erwarten verschlechtert sich der Zustand von Susanne, und in den Armen ihrer Mutter stirbt das Kind.

Jetzt hat das Leben für die vom Schicksal gebeutelte Mutter keinen Sinn mehr, sie versucht, sich selbst mit Tabletten zu vergiften, wird aber noch gerettet. Das ist nicht nur zuviel für den einfühlsamen Leser, sondern auch für den eiskalten Vater. Er erwacht wieder aus seinem unmoralischen Dämmerzustand, sieht plötzlich klar, bricht mit der Freundin und bittet seine wieder genesende Frau in der Klinik am Krankenbett um Verzeihung.

Schlußscene im Krankenhaus:

„Ich . . . ich habe dir sehr viel abzubitten.“ Er nahm ihre Hände und zog sie an die Lippen. „Kannst du mir verzeihen? Ist deine Zuneigung stark genug, um einen neuen Anfang zu wagen?“

„Und die andere?“, fragte sie leise. „Wird es dich nicht wieder zu ihr ziehen? Wirst du ihr widerstehen können, wenn du sie wieder siehst?“

„Dafür kann ich meine Hand ins Feuer legen“, erwiderte er und schaute sie bittend an. „Sie ist eine schöne Blume, aber Blumen welken . . .“

Seine Lippen suchten ihren Mund, zärtlich und verlangend küßte er sie, und L. wußte nun, daß sie wieder lächelnd und froh in die Zukunft blicken konnte.



Die linke Tageszeitung

Links bewegt sich was.

Im Friedenskampf, bei Studenten und Jugendlichen, in Betrieben und Gewerkschaften. Täglich gibt es neue Entwicklungen.

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

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

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

**...tschüs bis zum
VOLKS
FEST'82**
**18.-20.Juni, Duisburg
Wettkampf-Stadion**

Zugegeben, die Krankheit der Tochter wäre auch ohne den Ehebruch gekommen. So abergläubisch wird wohl kaum ein Lesser sein. Aber die Komposition der Handlungsstränge in der Geschichte gibt der Krankheit und dem Tod einen nachträglichen Sinn. Das scheint allgemein für Trivialromane zu gelten: Sie fügen für jedenmann erfahrbare Elemente der Wirklichkeit zu einem System zusammen, in dem es für alles eine möglichst widerspruchsfreie Erklärung gibt. In ihrem Eifer, auch noch den grausamsten Krankheiten einen Sinn anzudichten, entwickeln die Romanfabrikanten eine unerschöpfliche Virtuosität. Der Verkaufserfolg der Romane könnte vielleicht ein Zeichen dafür sein, daß eben mehr als nur ein Bedürfnis nach Unterhaltung oder Ablenkung bei den Lesern da ist. Psychotherapieforscher haben erst kürzlich entdeckt, daß es bei einer erfolgreichen Therapie nicht nur auf theoriegeleitete, wissenschaftlich überprüfbare, perfekte Technik ankommt, sondern daß man dem Klienten einen glaubhaften Mythos von den Ursachen seiner psychischen Störungen vermittelt. Genau das versuchen auch solche Romanautoren – sicherlich nicht mit dem geschärften analytischen Instrumentarium eines Sigmund Freud!

Um z.B. dem Leser in dem vorliegenden Roman auf die geduldige Hinnahme des Todes des kleinen Mädchens einzustimmen, baut man ein perfekt funktionierendes Gesundheitssystem auf, an dem auch nicht der kleinste Zweifel aufkommen kann. Wir wissen alle, daß die moderne Medizin ihre Macken hat: „Zunächst ist die Misere der Krankenhäuser und die Knappheit der medizinischen Mittel zu beklagen. In England muß man manchmal drei Monate auf die Operation warten, und nicht selten ist der Tod schneller als der Chirurg. In Italien bringt man besser sein eigenes Laken mit, wenn man der Ansteckungsgefahr entgehen will... Mehr als jeder fünfte Patient ist seit 1965 in den amerikanischen Hospitälern einem Unfall zum Opfer gefallen... In Großbritannien sterben jedes Jahr 20 000 Patienten an den Zwischenfällen bei Operationen... In den Vereinigten Staaten führen Radiographien bei mindestens 13 500 Patienten zu ernsthaften Schäden und bei 7500 Menschen zum Krebstod. 20 000 Patienten ziehen sich jährlich als Folge einer Bluttransfusion eine Hepatitis zu... Eine anarchische Einnahme von Medikamenten befördert jedes Jahr 300 000 Amerikaner ins Hospital und tötet 150 000“¹⁾.

So sieht es in der Realität aus. Und im Roman:

Da ist zunächst die Titelheldin der Reihe, „Ich bin Doktor Meinhard“, stellte die hübsche junge Frau im weißen Kittel sich vor... „Ich bin Notärztin.“ Sie ist alleinstehend und lebt mit ihrer Haushälterin zusammen, die sie von vorne bis hinten bedient, darin ihre ganze Erfüllung sieht. Na-

türlich ist Frau Dr. Meinhard eine Superärztin. Sie beherrscht nicht nur die Medizin („Wir müssen Coffein und Akineton injizieren!“), sondern sie ist auch menschlich große Klasse. („Wenn Sie einmal nicht mehr ein noch aus wissen, dann rufen Sie mich an. Ich komme sofort, auch wenn es mitten in der Nacht sein sollte.“)

Und ihr Kollege, Dr. Kolberg: Die Zuverlässigkeit persönlich! Ruhig und sicher... jeder Handgriff Routine!

Einsame Spitze ist jedoch der Leiter der Kinderstation, Dr. Roskotten. „Er konnte mit seinem bisherigen Leben zufrieden sein. Er hatte einen Beruf, der ihn ganz ausfüllte, eine Frau, die er über alles liebte und drei Kinder, die sein Glück abrundeten.“ – Geradezu unerträglich ist die Idylle, die von dem Familienleben des gestreiften Arztes gezeichnet wird. Dr. Roskotten im eigenen Bungalow bei den Seinen. Es spricht seine Ehefrau: „Es ist schön, daß du heute einmal früher nach Hause kommst... Wir haben so wenig von dir.“ – „Böse?“, fragt er leise, und seine Lippen streifen ihr Haar.

„Wie könnte ich?“ Yvonne lehnte sich in seinen Arm zurück und schaute ihn lächelnd an. „Als ich deine Frau wurde, wußte ich doch, daß du ein vielbeschäftigter Arzt bist. Es war mir von vorneherein klar, daß du mehr Zeit in der Klinik als bei deiner Familie verbringen würdest.“

„Du bist eine wundervolle Frau“, murmelte er. „Ich bin glücklich, daß du soviel Verständnis für meinen Beruf hast. Jetzt kann ich dir auch sagen, daß ich nur zwei Stündchen bleiben kann. Ich muß noch einmal in die Klinik zurück. Wir haben einen sehr schwierigen Fall eingeliefert bekommen.“

Noch schnell ein Blick ins Wohnzimmer? „Dr. Roskotten und seine Frau saßen engumschlungen auf der Couch und schwiegen. Die Stehlampe spendete milde Licht, aus dem Radio erklang leise Klaviermusik, usw.“

Erfährt man dann noch, daß alle diese Edelmenschen prima mit ihrem Chef und Klinikbesitzer, Professor Dr. Felix Laudau, auskommen, dann beginnt man zu verstehen, daß die Mutter der sterbenden Susanne auch nicht eine Minute daran zweifelt hatte, daß man alles nur medizinisch mögliche für ihr Kind getan hatte. Nur so konnten die Eltern den Tod hinnehmen. Sie mußten sich versöhnen, um dem sinnlosen Tod einen Sinn zu geben, einen Sinn, den jeder versteht aber nicht auszusprechen wagt. Erst mußte das Leben des Kindes geopfert werden, damit die Eltern ihre beschissene Ehe weiterführen konnten.

Anmerkung:

- 1) Jacques Attali: Die kannibalistische Ordnung. Von der Magie zur Computermedizin. Frankfurt/New York 1981, S. 213/214.

buch Kritik buch

Medizinerwelten – Die Deformation des Arztes als berufliche Qualifikation

Heinrich Bollinger, Gudrun Brockhaus, Joachim Hohl, Hannelore Schwalger
Zeitzeichen Verlag München 1981, DM 19,80.

Wenn aus der herrschenden Medizin eine neue werden soll (ob Alternativmedizin oder Sozialmedizin oder beides), muß sich auch die Rolle des Arztes ändern. Das ist banal, aber gar nicht so einfach. Viele haben schon als frischgebackene Ärzte gemerkt, wie schwer es ist, sich nicht an das Rollenangebot der Institution Krankenhaus zu halten, den Patienten mehr Selbständigkeit zu lassen und am „Helfer-Syndrom“ vorbeizukommen.

Das liegt wohl weniger an dem offen zu Tage liegenden, sachlichen Teil der Arztrolle, mehr an den halb- und unbewußten Verhaltensweisen, die die Rolle in der Psyche der Beteiligten verankern. Das Buch „Medizinerwelten“ versucht zu beschreiben, was eigentlich den Arzt zum Arzt macht, wie von Studienbeginn an unterschiedlich die vom Medizinbetrieb geforderten Eigenschaften gelernt werden.

Der erste Aufsatz beschreibt, wie im Anatomiekurs zivilisatorische Schranken durchbrochen werden, wie die Studenten damit schon ansatzweise „ärztliches“ Verhalten einüben (Ekel überwinden, sich auf Körperteile konzentrieren, die Wahrnehmung als ganzen Menschen aufgeben, auf Verunsicherung mit entschlossenem Handeln reagieren).

Die Institution Krankenhaus macht dem Neuling spätestens klar, welche Rolle er einzunehmen hat. Der zweite Aufsatz beschreibt ein Praktikum in der Psychiatrie. Scheinbare Selbstverständlichkeiten wie die Arztvisite oder der weiße Kittel sind auch Rituale und Symbole, in denen sich der unbewußte Anteil an der Krankenhaustierarchie täglich erneuert.

Ein berufener Zeuge wird im dritten Aufsatz dazu befragt, was am Ende den „großen Arzt“ ausmacht. Anhand von Zitaten aus Ferdinand Sauerbruchs Autobiographie wird deutlich, wie deformiert einer sein muß, um qualifiziert zu sein. Es wird aber auch deutlich, daß ein Sauerbruch heute nicht mehr ins Bild paßt.

Hierauf geht – das Vorherige theoretisch zusammenfassend – der letzte Beitrag ein. Er beschreibt zwei Typen der ärztlichen Existenz: den „Professionellen“ und den „Berufstätigen“ (für mein Empfinden sehr unglückliche Begriffe).

Zum Thema gibt es bisher kaum Literatur. Die Autoren (Soziologen, Psychologen und Medizinstudenten) sind deshalb vorsichtig im Aufstellen großer Theorien. Zunächst beschreiben sie eigenes Erleben, daraus entwickeln sie Ansätze zu einer theoretischen Erklärung. Entsprechend ist die Sprache fast frei vom Soziologenchesisch. Das Buch ermuntert dazu, eigene Erfahrungen zu reflektieren und weiter die Klärung der Frage zu versuchen, was wir uns denn für Ärzte wünschen.

Achim Schwenk

Irrwege Ein Psychiatrie-Buch

Dieter Bongartz, Alexander Goeb. rororo panther 4867, Rowohlt Taschenbuchverlag, Reinbek/Hamburg 1981; 214 S. (mit Gedichten, Zeichnungen und Fotos!) 7,80 DM.

Am Schluß dieses sehr üppig ausgestatteten Taschenbuchs „Irrwege“ schreiben die beiden Journalisten Dieter Bongartz (30) und Alexander Goeb (42), warum sie dieses Buch gemacht haben: „... Ziel dieses Buches soll sein, die vorhandenen Vorurteile über psychisch leidende Menschen abzubauen.“ Beim Schreiben hätten sie allerdings gemerkt, daß das Thema etwas mit ihnen selbst zu tun habe und damit, daß sie versuchten sehr viel Irres von sich selbst zu verstecken, was sie eigentlich lieber herauslassen sollten. So sei am Ende ein Text herausgekommen, der viel mehr mit ihnen selbst zu tun habe, als sie bei Beginn des Projekts vermutet hätten.

Leider spürt man das im Text dann kaum. Da wird am Anfang von dieser zufälligen (?) Begegnung mit der „irren“ Sandra berichtet, und welche Widerstände diese Begegnung in den Köpfen der Autoren auslöste („das arme Heimkind“). Aber damit hat es sich schon. Was folgt sind reportageartige Falldarstellungen und Problemskizzen aus dem „Bauch“ der Psychiatrie im „Stories-in-weiß-Stil“, bei denen – um im Jargon zu bleiben – einem die Betroffenheit echt abgeht.

Gut finde ich, wie die historische Entwicklung (Irrweg) der Psychiatrie nachgezeichnet wird. Knapp aber treffend wird über die Gründe für das Verschieben der Psychiatriereform nachgedacht.

Bei ihren Streifzügen durch die Gruselgeschichte der Psychiatrie und bei ihren Untersuchungen der aktuellen Situation haben sich die Autoren vorwiegend auf die Arbeiten von Giovanni Jervis und Klaus Dörner gestützt. (Das kritische Handbuch der Psychiatrie und das Lehrbuch „Irren ist menschlich“ sollte man endlich mal ganz durchlesen. Die meisten haben diese Bücher sowieso schon in ihrem Regal stehen, oder?)

Es steckt sicher viel Arbeit in diesem Mini-Atlas der BRD-Psychiatrie. Als eine zugleich anspruchsvolle und gut lesbare Einführung in die aktuellen Debatten um die Reform der Psychiatrie ist es zum Glück trotzdem keins dieser Ratgeberbücher geworden, bei denen man sich immer fragt, warum eigentlich so viel an unserem Gesundheitssystem kritisiert wird. Trotzdem bleibt auch bei diesem kritischen Buch ein Problem: Wie kann man zum Nachdenken über die vielen Haupt- und Nebenwidersprüche in der Behandlung der Irren kommen, wenn man von den gutinformierten Autoren im Egon-Erwin-Kisch-Tempo durch die Buchstabenlandschaft gehetzt wird?

Angesichts der Renaissance des Aberglaubens (Astrologie usw.) kann man jedoch insgesamt über das Buch echt froh sein. Und 7,80 DM für über 200 Seiten. Wo findet man das noch?

Helmut Copak

Niederlassungsservice 13 Broschüren des „Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung“

Es sind nicht nur die konservativen Ärzte, die sich niederlassen, auch viele Linke dürfen sich überlegen, ob sie sich an der ambulanten Versorgung in Zukunft beteiligen. Was liefern also die Broschüren des Zentralinstituts dem „Niederlassungswilligen“ an Brauchbarem? Zunächst eines nicht: Sie verzichten auf eine Auseinandersetzung mit dem Für und Wider einer Niederlassung, sparen all die Fragen und Negativa aus, die eigentlich gegen die Niederlassung sprechen. Zugrunde gelegt wird der Niederlassungswillige, der sich bereits entschieden hat, wie auch immer diese Entscheidung zustande gekommen ist.

Bei den insgesamt 13 Heften handelt es sich größtenteils um Inhalte, die unabhängig von der Fachrichtung verwendbar sind, einzelne sind jedoch spezifisch auf die Niederlassung als Allgemeinarzt bzw. die beabsichtigte Einrichtung eines Labors ausgerichtet.

Der Eindruck beim Durchlesen ist zwiespältig. So handelt es sich teilweise um recht schmalbrüstige Kost, manchmal lediglich Allgemeinplätze, wie folgendem: „Wenn Sie 4, 5 Jahre oder mehr am Krankenhaus tätig gewesen sind, werden Sie ... u.U. mehr zufällig die Voraussetzungen für die Anerkennung als Allgemeinarzt oder für ein oder gar zwei Gebietsbezeichnungen erfüllen.“ Häufig finden sich in den einzelnen Broschüren Wiederholungen, teilweise ganze Absätze tauchen mit kleinen Abwandlungen wieder auf. Die KV traut den Ärzten wohl nicht zu, daß sie mehr als 2 bis 3 von diesen Broschüren lesen und dann die Wiederholungen merken könnten. Gerne wird bei diesen Wiederholungen noch etwas Gesundheitspolitik untergejubelt, so bezüglich „der anschwellenden Ärzteschwemme“ oder der Interpretation des Sicherstellungsauftrages, den man ausschließlich auf die KV'en übertragen sieht.

Geradezu penetrant wirken die Stellen, die den Aufgabenbereich der KV'en umschreiben, ein roter Faden, der sich durch alle 13 Bände zieht. Dies heißt man offensichtlich für besonders wichtig, denn nach eigenem Eingeständnis ist „anscheinend weitgehend unbekannt, daß die KV'en dem Niederlassungswilligen zur Hand gehen“. Man beklagt, daß viel eher die Dienste von privaten Firmen in Anspruch genommen werden, „die dabei natürlich möglichst viel an Sie verkaufen wollen.“ „Es kommt ein weiterer Informant hinzu, nämlich die Röntgenindustrie. Hier steht jedoch nicht das Bedürfnis nach ausreichender Sicherstellung der ärztlichen Versorgung im Vordergrund, sondern das Geschäft.“ Das sind natürlich berechtigte und durchaus lobenswerte Einsichten! Ob die KV'en aber mit den biedereren Broschüren diesen Herren das Wasser abgraben können, bleibt zweifelhaft. Im Gegenteil spielen die Heftchen der Industrie eher noch in die Hände, weil sie Berufsbilder der einzelnen Gebietsärzte zeichnen, die vor Apparatemedizin nur so strotzen. Natürlich

lich braucht – so die Broschüre „Empfehlungen zur rationellen Ausstattung der Arztpraxis“ – der Augenarzt eine Pleoptik-Orthoptik-Abteilung (Sehschule), der Chirurg einen aseptischen Operationsraum, der HNO-Arzt eine Röntgen-einrichtung und einen OP-Raum, der Radiologe eine Röntgen-Therapie-Einrichtung, eventuell auch ein Kobalt-Bestrahlungsgerät und eine – man höre und staune – „Hochleistungs-Angiographie-Einrichtung“. Daß die Praxis des Röntgenologen – alles zusammengekommen – gute 6 Millionen DM kosten würde, möge uns nicht weiter stören.

Den Vogel an ideologischer Verbrämtheit, Einseitigkeit und inhaltlicher Fragwürdigkeit schießt ohne Zweifel die Broschüre über die Allgemeinmedizin ab, mit der Kollegen für die Niederlassung als Allgemeinarzt gewonnen werden sollen. In dem Heft wird das Bild des nahezu omnipotenten Allgemeinarztes entworfen, eine Diskussion über das neue Selbstverständnis der Allgemeinmedizin, die Forderung der Abgrenzung der Allgemeinmedizin zu anderen Fachdisziplinen, der Entwicklung einer besonderen Weiterbildung werden nicht angesprochen. Einige Kostproben: „Da er genetische Faktoren, familiäre Dispositionen, allergische Reaktionsweisen und psychische Labilitäten bei jeder seiner Verordnungen berücksichtigt, kann er optimale Individualmedizin betreiben . . . Da er für alle gesundheitlichen Probleme offen ist, besitzt der Allgemeinarzt eine unbegrenzte horizontale Kompetenz“ . . . Zur Kompensation von Defektzuständen wendet er das Repertoire der sozialen Therapie an. . . Belastungstests braucht der Allgemeinarzt nicht mühsam zu simulieren, er erlebt selbst, wie nach besonderen Belastungen Organsysteme versagen. . . In langjähriger Zusammenarbeit mit den regionalen Fachärzten entwickelt sich im Idealfall eine Kooperation, die der in Gemeinschaftspraxen gleichkommt, auch wenn nicht unter einem Dach gearbeitet wird.“ Die Reihe ließe sich fortsetzen.

Auf der anderen Seite soll hier betont werden, daß in den Heften auch eine ganze Reihe brauchbarer Tips gegeben werden, die für den Niederlassungswilligen unentbehrlich sind und auf diese Weise billiger zu bekommen sein dürfen als bei privaten Niederlassungsberatungsfirmen.

Detlev Uhlenbrock

Jahrbuch für Psychopathologie und Psychotherapie I /1981

Herausgegeben von Georg Feuser und Wolfgang Jantzen
Pahl-Rugenstein Verlag, Köln 1981
DM 15,-

In diesem in dieser Form erstmalig vorgelegten Jahrbuch gehen die Herausgeber von einer Ablehnung der klassischen medizinischen Nosologie im Sinne des Begriffs der „Krankheitseinheit“ von Kraepelin aus, „da sie letztlich nichtssagend für das Begreifen menschlicher Tätigkeit ist und aus ihrer Position heraus dezidiert gegen die ärmsten Teile der Bevölkerung als Herrschaftswissenschaft gerichtet ist. Entsprechend gilt es, im Bereich der Therapie spezielle Ansätze im Sinne ihrer Reinterpretation immer in Relation zu einer entwicklungslogischen Sichtweise der Entfaltung der Tätigkeit zu bringen und sie weiterzuentwickeln.“ (S. 14)

In diesem Sinne soll in dem Jahrbuch (und in weiteren) zu folgenden Bereichen geschrieben werden:

- Historische Arbeiten sozial- und ideengeschichtlicher Art;
- Theoretische Arbeiten zur Reinterpretation von Syndromen;
- Arbeiten zur Weiterentwicklung der Theorie der Betreuung in der Medizin als allgemeine Therapie.

Bei all diesen Vorstellungen soll sich das Interesse im wesentlichen auf entwicklungsbezogene Arbeiten, alle Lebensbereiche umfassend, beziehen.

Um einen kurzen Überblick zu ermöglichen, kurz zu den Schwerpunkten des Jahrbuches. Als einzelne Beiträge sind erschienen:

- G. Feuser / W. Jantzen: Allgemeine Entwicklungstendenzen im Bereich Behindertenpädagogik / Rehabilitation
- L. Toresini: Psychiatrereform in Italien
- W. Jantzen: Entwurf einer materialistischen Perspektive der Epidemiologie von Behinderung und psychischer Krankheit
- U. Grüne: Die Nosologie der endogenen Psychosen und das psychophysische Problem
- H. Kammering / E. Wümann: Zur materialistischen Reinterpretation von Verhaltenstherapie
- U. Roth: Psychosomatische Störung als Lernprozeß – aufgezeigt an Ätiologie, Diagnose und Therapie der Enuresis
- W. Jantzen / D. Jüttner: Neuropsychologische Kritik der Psychochirurgie
- G. Feuser: Grundlagen zum Verständnis autistischer Kinder und ihrer pädagogisch-therapeutischen Förderung
- U. Holste: Ausbildung von Sprache bei zerebraler Taubheit – Beschreibung eines Sprachaufbaus mit Hilfe von Gebärden.

Der Teil – Informationen und Berichte – des Jahrbuches befaßt sich mit Stellungnahmen zur Situation in der Psychiatrie und gibt Dokumente und Stellungnahmen zum „Jahr der Behinderten“ 1981 wieder.

Buchbesprechungen / Literaturhinweise und Personalia schließen das Jahrbuch ab.

Das vorgelegt Jahrbuch muß als ein gelungener Versuch gewertet werden, der die Diskussionen auf dem Gebiete der allgemeinen und speziellen Psychopathologie und Psychotherapie richtungweisend vorantreiben wird. Sind die einzelnen Beiträge auch nicht immer leicht zu lesen, so lohnt sich die Mühe doch, weil alle Ausführungen dazu beitragen, den durch die Orientierung am medizinischen Modell verengten Blick für die Lebensrealität psychisch Kranke und Behinderter zu erweitern.

Norbert Störmer

Betreuung von Schwer- und Todkranken

Koch, Uwe, Christoph Schmeling, Urban & Schwarzenberg; München, Wien; Baltimore 1982, 240 Seiten, DM 36,-.

Welche Faktoren im einzelnen dazu auch geführt haben mögen: nicht nur die Geburt – deren Re-Humanisierung mancherorten bereits wieder eingeleitet worden ist – auch der Tod ist aus dem Alltag (der Familie) ausgeklammert worden. Bald zwei Drittel aller Menschen sterben in der Bundesrepublik in Institutionen, umgeben von Apparaten, weißen Wänden, weißen Kitteln, oft vollkommen allein, oft genug unter Einfluß bewußtseinausschaltender Drogen. Selbst innerhalb der Institutionen hat eine weitgehende Spezialisierung dazu geführt, daß Todkranke

und Sterbende auf bestimmten Abteilungen konzentriert werden, und daß dort das Personal ständig mit Sterbenden konfrontiert ist. Die Spezialisierung führte in einigen Städten (z. B. London) bereits zur Einrichtung von Sterbekliniken, die auch für die Bundesrepublik, gefordert werden.

Ärzte und Krankenpflegepersonal reagieren auf die hohe Belastung vor allem mit Arbeitsplatzwechsel, denn am Arbeitsplatz und während der Arbeitszeit ist eine Auseinandersetzung mit den eigenen Ängsten, Schulgefühlen, dem als unangemessen empfundenen Verhalten den Sterbenden und ihren Angehörigen gegenüber nicht oder nicht ausreichend möglich.

Koch und Schmeling haben mit ihrem Buch einen in Hamburg Mitte der 70er Jahre praktisch erarbeiteten Ausbildungskurs vorgelegt, der diese erheblichen Defizite aufzufangen und zu mildern beabsichtigt.

Er wendet sich an alle, die mit Todkranken und Sterbenden beruflich konfrontiert sind: vom Arzt über Schwestern, Seelsorger, Psychologen, Zivildienstleistende bis hin zu Laienmitarbeitern z. B. in der Altenpflege.

Ziel ist, „die Voraussetzungen der Teilnehmer für einen angemessenen Umgang mit unheilbar Kranken, für eine offene Kommunikation mit diesen Patienten zu verbessern.“ (:67) Dafür wird als eine Voraussetzung vollständige Aufklärung gefordert. Wesentlich steht dabei im Mittelpunkt die Auseinandersetzung mit den eigenen Ängsten, Hoffnungen, Belastungen des Teilnehmers des Kurses: „Der Teilnehmer . . . soll akzeptieren lernen, daß angemessener Umgang mit unheilbar Kranken nicht einmalig gelernt werden kann, sondern eine ständige Auseinandersetzung erfordert.“ (:70) In einem ersten Teil informieren die Verfasser kurz über gesellschaftliche und institutionelle Rahmenbedingungen zum Thema und stellen dann ihre Erfahrungen mit dem Ausbildungsprogramm dar.

Den dritten Teil bildet der Kursus. Er mutet vom auffälligen Layout (bis hin zu einem Flußdiagramm) eher technisch, wie ein programmiertes Unterricht an, was angesichts der Thematik auf den ersten Blick unangemessen und daher abschreckend wirkt.

Verdeutlicht man jedoch, daß es darum geht, sich einem komplexen, mit vielerlei abwehrenden Begründungen und Ausreden immer wieder beseitigt geschobenen Problem endlich fundiert und in realisierbarer Weise zu stellen, dann bleiben einem nicht viele Alternativen: je nachdem, wieviel Zeit zur Verfügung steht, läßt sich der Kurs in kurzer (zwei Tage) oder ausführlicher Form (5 Tage) durchführen. Dem Kursleiter steht neben dem Buch mit seinen zahlreichen Fragebogenvordrucken auch eine Tonkassette zur Verfügung.

Wollen allerdings die Absolventen des Kurses das gelernte in der Praxis wirklich konsequent anwenden, so brauchen sie sicher für den einzelnen Patienten mehr Zeit. Das offene Gespräch, die ehrliche Aufmerksamkeit für den Menschen, der in der Institution sterben wird, erfordern die teuerste Ressource: bezahlte professionelle Arbeitszeit.

Unter diesem Gesichtspunkt betrachtet, bietet das Koch-Buch den gegebenen Bedingungen entsprechende Verfahrenshinweise. Dennoch sollte man nicht außer acht lassen, auf welche Weise Menschlichkeit einzig in Institutionen gelangen kann: indem man diese abschafft.

Ralf Itzwerth

„Müssen Tierversuche sein?“

Zur Diskussion dieser Frage hatten am 12.3. 1982 der Bund der Tierversuchsgegner Bonn e.V. und die Vereinigung „Ärzte gegen Tierversuche“ ins Studio der Bonner Beethovenhalle eingeladen. Gekommen waren über 400 Tierversuchsgegner aus der gesamten BRD sowie als Diskussionsteilnehmer Dr. Dietrich Bäßler, Sprecher von „Ärzte gegen Tierversuche“, der Journalist Ilja Weiss, seit Jahren publizistisch bekannter Tierversuchsgegner, Dr. Günter Meister, Leiter der Zentralstelle für Tierversuchsfragen der Bayer AG sowie die Bundesministerin für Jugend, Familie und Gesundheit, Antje Huber. Ihr untersteht ressortmäßig das Bundesgesundheitsamt, in dessen Zuständigkeit die Prüfung von Arzneimitteln, Kosmetika und Chemikalien fällt und somit der Großteil gesetzlich vorgeschriebener Tierversuche.

In einer emotional aufgeheizten Saalstimmung hatten Frau Huber und Dr. Meister Schwierigkeiten, ihre anfänglichen Statements zu Gehör zu bringen. Sie versuchten es deshalb mit Anbiederung: „Ich versuche selber alles, die Zahl der Tierversuche zu reduzieren, aber der Bundesrat spielt nicht mit.“ (Huber.) „Ich bin seit dreißig Jahren aktiv im Tierschutzverein tätig“ (Meister).



Ein offensives Vorgehen gegen die Vielzahl an Tierversuchen in der pharmazeutischen Industrie vermißte man bei der Ministerin. Als Alternative bot sie an, eine „Datenbank“ einzurichten, um Doppelversuche zu vermeiden. Also wie so häufig wieder nur ein Kurieren an den Symptomen!

Rhetorisch geschickter jonglierte Dr. Meister mit den Zahlen der Versuchstiere, die angeblich in den letzten Jahren um 20 bis 30% zurückgegangen seien. Wohlweislich verschwieg er, daß dieser Rückgang erst seit 1977 besteht, als mit einer Zahl von mehr als 4,1 Millionen Versuchstieren ein Gipfel erreicht wurde. Im übrigen versuchte er, die Freunde der Streicheltiere Hund, Katze und Pferd mit dem Argument auf seine Seite zu ziehen, daß 90% aller Versuchstiere Mäuse und Ratten seien. Kein Wort jedoch von ihm dazu, daß die Zahl der Versuche reduziert werden könnte, indem seitens der Pharmaindustrie auf die Einführung völlig über-

flüssiger „neuer“ Medikamente verzichtet würde. Gerade dadurch ließen sich ja die angesprochenen Doppelversuche vermeiden. Er verstand es hingegen geschickt, auf die Ministerin abzulenken. Das Bundesgesundheitsamt verlangt nun mal bei der Neueinführung eines jeden Medikamentes die Prüfung am Tier bezüglich Wirkung und Nebenwirkung.

In die gleiche Kerbe haute der Journalist Ilja Weiss: kaum ein Wort zur Pharmaindustrie, nein, hauptschuldig sind für ihn Frau Huber, deren Sachkompetenz er bezweifelte („ob die Ministerin überhaupt weiß, wovon sie spricht?“), und die ihr unterstellten Behörden, die nun auch dazu übergingen bereite bekannte Substanzen zu überprüfen, wie es beispielsweise im neuen Chemikaliengesetz vorgeschrieben sei.

Erfreulich weniger beifallheischend, dafür argumentativ beeindruckender zeigte sich Dr. Bäßler in seinem Referat. Er forderte eine drastische Einschränkung der Tierversuche und zeigte Alternativen auf: statt für jedes Krankheitssymptom ein Medikament zu entwickeln, sollte lieber die epidemiologische Forschung intensiviert werden, um so die Notwendigkeit medikamentöser Therapie zu ergründen und zu einer tatsächlichen Gesundheit zu kommen. Zitat: „Wir sind heute nicht gesünder, sondern nur tablettenbürtiger als vor hundert Jahren.“ Des weiteren wies er auf die Möglichkeit der Verwendung von Zellkulturen hin, die bisher viel zu wenig genutzt würde.

Nach den einleitenden Statements verflachte das Niveau der Veranstaltung. Den Rest bestimmten zum Teil Fragen wie „Frau Huber, würden Sie Ihren Dackel für einen Tierversuch zur Verfügung stellen?“ und die bewegte Antwort „Wenn dadurch das Leben eines Menschen gerettet werden könnte, ja.“

Und es zeigte sich wieder einmal, daß die Tierfreunde oft die besseren Menschenfeinde sind, belegt durch eine Äußerung wie diese: „Warum wird die Wirkung von Drogen nicht an Menschen ausprobiert, wo doch die Entziehungsanstalten voll von Drogensüchtigen sind?“ Vielleicht nur die geschmacklose Entgleisung eines einzelnen? Auf eine distanzierende Äußerung der anderen engagierten Tierfreunde wartete man jedenfalls vergebens! Denken etwa viele dieser Freunde des Tieres ähnlich?

Trotz dieser Eindrücke: alles in allem eine Veranstaltung, die zum Nachdenken anregte. Ist das Opfer für die oft nur mutmaßliche Gesundung des Menschen nicht in vielen Fällen unangemessen hoch? Ist andererseits der Schaden, der durch die Auflagen zu Tierversuchen von der Menschheit abgewendet wurde, absehbar? Drastisch eingeschränkt werden kann die Zahl der Tierversuche am ehesten, indem nicht unter dem Mäntelchen der Wissenschaft drauflos geforscht wird, um Marktanteile zu steigern. Verbraucher- und Patientenschutz ist jedoch notwendig und nicht „Sicherheitswahn“, wie es Ilja Weiss meinte. Allein die Liebe zum Tier hilft da nicht weiter.

Bemerkenswert bleibt zum Schluß, was in Bonn überhaupt nicht angesprochen wurde: die Vernichtung von Tieren zwecks Erprobung von Mitteln zur Vernichtung des Menschen, also der chemischen und biologischen Kampfstoffe. Demgemäß bleibt der fade Beigeschmack, daß es vielen Gegnern der Tierversuche doch nur um die Unantastbarkeit ihrer Streicheltiere geht und sie dabei sehr kurzichtig zu Werke gehen. Leider.

Uli Menges

KONGRESSBERICHTE



Mitleid mit den Pharma-Multis!

Bericht von einem Seminar der VHS-Leverkusen (!) über Medikamentenherstellung, Pharma-Forschung und Arzneimittelmarkt am 23.1.82.

Defensive heißt die neue Strategie der Marketing-Bosse in den Chef-Etagen der Pharmaindustrie. Haben die „Gesunden Geschäfte“, Contergan-, Duogynon-, Novalgin-, etc.-Affären doch etwas bewirkt?

Für etwa 40 Seminarteilnehmer hatte die Firma BAYER mit ihren Herren Dr. LEISSEN, REMPEN und BERGES die besten Pferde aufgeboten. Vereint waren sie gegen E.WESTPHAL (s. DG I/80) vom Bundesverband der Ortskrankenkassen angetreten, um das ramponierte Image der Branche aufzupolieren.

Doch sie wirkten reichlich angeschlagen und verunsichert von den ständigen Transparenz-Forderungen, Greiser- und anderen Positiv-Listen, Aufrufen von Tierschützern und der wachsenden Konkurrenz durch alternative Heilmethoden. Über Stunden versuchten sie anhand von Tabellen und Schablonen den Zuhörern klarzumachen, wie unrecht man tut, die Pharmaindustrie ständig zum politischen Prügelknaben zu machen:

- wie hart ist doch der Wettbewerb, wie gering der Gewinn,
- wie gut werden doch die Versuchstiere gehalten,
- wie einwandfrei sind die wissenschaftlichen Ergebnisse
- wie hoch der Einsatz für die Forschung und, ach,
- wie klein die Werbe-Etats.

Man höre und staune: bei etlichen Medikamenten wird nicht mal etwas verdient sondern noch „zugesetzt“.

Am Ende war allen klar: Hier wird eine Branche zu unrecht ständig verleumdet, wer die hohen Gewinne kritisiert, der hemmt den Fortschritt, wer die Werbung verurteilt, ist gegen unser marktwirtschaftliches System und wer schließlich Transparenzlisten unterstützt, der bevorzugt die Ärzte.

Die Pharmaindustrie tut soviel Gutes...

Deshalb mein Appell (s.o.)

Felix Richter

KONGRESSBERICHTE



Vom 10.–13. März fand in Berlin das 10. Internationale Krankenhaus-symposium unter dem Motto:

Innovation durch Mangel statt.

450 Teilnehmer aus 14 Ländern, überwiegend Verwaltungsfachleute, diskutierten in 10 Arbeitsgruppen zum stolzen Kongreßbeitrag von 250,— DM Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung im Rahmen der ökonomischen Krise.

Der Kongreßbeitrag war übrigens nicht deshalb so hoch angesetzt, weil man unter sich bleiben wollte, sondern weil auf Subventionierung verzichtet wurde, um „unabhängig“ diskutieren zu können. Angesichts des Ergebnisses der Arbeitsgruppen waren große Unterschiede zur Meinung der Subventionsgeber nicht zu erkennen.

Hatte Berlins Senator Fink in seinem Grußwort noch gefordert: „Die im Gesundheitswesen schlummernden Rationalisierungsreserven müssen aufgeweckt werden“, so war dies auch ein Ergebnis des Symposions.

Stichpunktartig noch einige Arbeitsgruppenergebnisse:

- Weg von der ursachenorientierten Gesundheitspolitik (Prävention), hin zu einer wirkungsorientierten
- Ärzte motivieren, wirtschaftlich zu denken
- Bei Krankenhausneubauten: mehr Mehrbettenzimmer, Senkung des sanitären Standards
- Auflösung der dualen Finanzierung.

Wurden wirklich einmal sinnvolle Überlegungen angestellt, z.B. Verschiebung der Anfangszeiten, so sicherlich doch nur deshalb, um das Krankenhaus wieder attraktiver zu machen.

Sinn des Kongresses war es, alte Strategien weiterzuverfolgen (Rationalisierungskonzepte) und neue zu finden, um auf dem Hintergrund des Verteilungskampfes im Gesundheitswesen die Stellung des Krankenhauses zu sichern.

Einzig Ivan Illich fiel mit seinem Beitrag „Gesundheit als Teil der Lebensqualität“ (abgedruckt in der taz vom 23.3.82) aus dem Rahmen, stellte er doch das Prinzip der heutigen Gesundheitsversorgung und der Krankenhäuser in Frage, dafür erhielt er allerdings auch nur spärlichen Beifall.

Peter Liebermann



Vom 3.–6. April 1982 fand in Cambridge der 2. Kongreß internationaler Ärzte zur Verhinde-

rung eines Atomkrieges statt. Neben 10 Ärztinnen und Ärzte aus der Bundesrepublik nahmen für die internationale Medizinstudentenvereinigung (IFMSA) zwei Vertreter der bundesdeutschen Medizinstudentenvertretung an der Tagung teil. Hierzu der folgende Bericht:

Die ersten Schritte der IPPNW

Initiatoren dieser internationalen Ärztevereinigung sind der Harvard Kardiologe, Dr. Bernard Lown und der Leiter des kardiologischen Forschungszentrums der UdSSR Dr. Eugene Chazov.

Der Gründung der IPPNW im Juni 1980 folgte der 1. Kongreß im März 1981. Er fand in Airlie, Virginia mit 70 Teilnehmern aus 11 Ländern statt. Am 2. Kongreß in Cambridge waren es bereits 200 Teilnehmer aus 31 Ländern geworden.

Ziel der IPPNW

Durch Aufklärungsarbeit über die Folgen eines Nuklearkriegs sollen Ärzte dazu beitragen, in ihrem Land das Bewußtsein zu stärken dafür, daß es nur eine sinnvolle Hilfe gibt: Die Verhinderung eines solchen Krieges – die atomare Abrüstung.

Besonders erwähnenswert an der Arbeit der IPPNW ist: Grundprinzip der ärztlichen Ost-West-Zusammenarbeit ist die ausschließlich fachbezogene Arbeit. „Politische Themen“, wie z. B. von wem die gegenwärtige Bedrohung ausgeht, der Erstschlagcharakter von Pershing-II und Cruise missiles bleiben außen vor.

Das selbst diese Zusammenarbeit bestimmten Kreisen Angst macht, zeigt das folgende: Dr. Chazov sah sich genötigt, einer entsprechenden Kampagne in der westlichen Presse entgegenzutreten, wonach insbesondere die Ärzte der sozialistischen Länder die IPPNW gebrauchen würden, um unter der Bevölkerung anderer (westlicher) Länder Angst zu verbreiten.

Ein wichtiges Ziel dieser medizinischen Aufklärungsarbeit ist die Einbeziehung von Kollegen, die sonst nicht erreicht würden – insbesondere die vielen tausend konservativ eingestellten.

Entsprechend schwer tut man sich auch mit dem Delegationsprinzip für die IPPNW-Kongresse. Die Benennung der Delegierten ist in vielen Fällen eine Nominierung aufgrund persönlichen Kennens.

Beides, Konzept und Verfahren der IPPNW, führt leicht zu Mißverständnissen und Konflikten mit der Initiativenbewegung – und dies nicht nur in der Bundesrepublik. Zu recht beansprucht diese Bewegung – englisch: grass-roots movement – an der internationalen Zusammenarbeit mitzuwirken. Bei der anstehenden Bearbeitung der Statute der IPPNW-Arbeit sollen letztere deshalb auch besonders berücksichtigt werden.

Der Kongreß in Cambridge

Vom Havard und Cambridge Professor über den Gesundheitsstadtrat von Bologna bis hin zum stellvertretenden Gesundheitsminister der DDR und führenden Akademiemitgliedern sozialistischer Länder reichte die Teilnehmerliste. Daß die Verhinderung des drohenden Nuklearkriegs eine weltumfassende Herausforderung ist, brachte die Teilnahme von Ärzten aus Entwicklungsländern zum Ausdruck: Brasilien, Chile, Peru, Kolumbien und Kuba waren vertreten.

Die Arbeit des 4tägigen Kongresses vollzog hauptsächlich in 11 Arbeitsgruppen zu folgenden Schwerpunktthemen:

- medizinische Auswirkungen des Atomkriegs mit speziellem Bezug auf Europa,
- medizinische, soziale und ökonomische Konsequenzen des atomaren Rüstungswettkaufs,

- Effektivität der Zivilverteidigung,
 - psychologische Aspekte der Bedrohung.
- (Eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse muß an anderer Stelle erfolgen).

Über die Arbeitsgruppenpapiere hinaus bekräftigten die Konferenzteilnehmer ihr Votum für einen sofortigen Stop der atomaren Rüstung und die Verwendung der freiwerdenden Mittel im Gesundheits- und Sozialbereich in Appellen an Reagan und Brezhnev, die zweite Sonderitzung für Abrüstungsfragen, die WHO und in einem Appell an die Ärzte Europas. Letzter ist besonders eindringlich formuliert und fordert auf:

- in den einzelnen Ländern und international auf medizinischem Gebiet für die Verhinderung des Atomkriegs zusammenzuarbeiten,
- sich zu informieren über das atomare Wettrüsten und diese Information an die Kollegen weiterzugeben,
- an den medizinischen Ausbildungsstätten Kurse zur Aufklärung über die Atomkriegsgefahr einzurichten,
- die Fakten über einen Atomkrieg an die Regierungen und die Öffentlichkeit weiterzugeben durch persönliche Gespräche und Veröffentlichungen in Massenmedien,
- die Auswirkungen des Atomkriegs in medizinischen, Zeitschriften und Medizingesellschaften zu thematisieren,
- den Austausch von Ärzten und Wissenschaftlern zu entwickeln und gegenseitiges Vertrauen zu fördern, daß die internationalen Bemühungen zur atomaren Abrüstung erleichtern soll.

„Menschen und Atomwaffen können auf Dauer nicht gemeinsam existieren“.

Schlußfolgerungen für die nationale Arbeit:

1. die internationale Zusammenarbeit von Ärzten und anderen Medizinberufen ist ein wichtiger Beitrag in der Bewegung zur Verhinderung des Atomkriegs,
2. für den Erfolg dieser Bewegung ist national wie international wichtig, auch konservativ eingestellte Kolleginnen und Kollegen für die Mitarbeit zu gewinnen,
3. was die Zusammenarbeit der Ärzte und Gesundheitsinitiativen mit der IPPNW betrifft, so wird es darauf ankommen, den kritisierten Alleingang der Frankfurter IPPNW-Gründung zu korrigieren. Das kann nur geschehen, indem die IPPNW zu dem gemacht wird, was sie eigentlich sein sollte: Ein offenes Forum, wo Erfahrung der internationalen Zusammenarbeit von Ärzten ausgewertet und zur Unterstützung der nationalen Friedensbewegung umgesetzt werden müssen.
4. sollte dieses IPPNW-Selbstverständnis nicht selbstverständlich seien – wofür es in der Vergangenheit leider Anzeichen gab –, so bleibe nur der Weg, der z. B. auch von Großbritanniens Ärzten beschritten wird: Mehrere Organisationen werden Mitglied der internationalen IPPNW-Vereinigung. In Vertretung der nichtvertretenen Initiativen der Bundesrepublik gab ich in der entsprechenden Arbeitsgruppe die kontroverse Diskussion des Westberliner Ärztetreffens wider. Es wurde deutlich, daß – wo irgend möglich – im nationalen Rahmen ein gemeinsamer Weg der IPPNW-Mitarbeit gefunden werden sollte. Diese Aufforderung in diesem Punkt einmal mehr das gemeinsame vor das trennende zu stellen, ist nichts hinzuzufügen. Bleibt zu hoffen, daß auch die Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegepersonal und Studenten im Rahmen der IPPNW-Arbeit weiter entwickelt wird.

Mathias Rath

Palästinas Kinder brauchen Hilfe



Medizin-Geräte
für mobile Kinder-
Ambulanzen des
Palästinensischen
Roten Halbmonds
(Rot-Kreuz-Organisation)

Spendenkonto
Prof. E. Wulff
Kto. Nr. 527 055 - 602
PSchA Ffm

Auf seiner jüngsten Mitgliederversammlung beschloß das Antiimperialistische Solidaritätskomitee für Afrika, Asien und Lateinamerika (ASK) ein Projekt der materiellen Solidarität mit dem palästinensischen Volk, für das mit dem hier abgebildeten Plakat geworben wird.

Unterdrückt und rechtlos in seiner Heimat, vertrieben und verfolgt, immer wieder – vor allem in den libanesischen Zufluchtsorten – israelischen Luftangriffen auf seine Zivilbevölkerung ausgesetzt, kämpft das palästinensische Volk ums pure Überleben.

Trotz entsprechender UNO-Beschlüsse, trotz der Anerkennung der PLO durch die UNO und die meisten Staaten der Erde (die Bundesrepublik befindet sich nicht darunter) verhindert die „strategische Allianz“ Israel-USA – assestiert u. a. auch von allen bisherigen Bundesregierungen – jeden Schritt zur Verwirklichung des nationalen Selbstbestimmungsrechts der Palästinenser. Mehr noch: seit Mitte des vergangenen Jahres ist die Welt Zeuge einer weiteren Welle israelischer Repression und Aggression. Einer nahöstlichen „Pax Americana“ ist das Palästina-Problem im Wege. Die Achse Tel Aviv-Washington versucht es auf ihre Weise zu „lösen“: Am 17. Juli 81 bombardierte Israels Luftwaffe mit US-amerikanischen Kampfflugzeugen den Beiruter Stadtteil Fakhani. 300 Menschen wurden getötet, 800 verletzt, die meisten von ihnen palästinensische Frauen und Kinder. Zerstört wurden u. a. palästinensische Krankenhäuser. In den folgenden Tagen folgten Bombardements u. a. auf die Flüchtlingslager Nabatiyeh und Rashidiyeh.

Danach eine schwedische Ärztin in Rashidiyeh: „Infektionen treten häufiger auf und sind ernster, weil die Menschen gezwungen waren, wochenlang auf engem Raum in ihrem Luftschutz zu bleiben. Sie haben

wenig Gelegenheit, herauszukommen und frische Luft und Nahrung aufzunehmen. Die Elektrizität ist auch abgeschaltet worden und daher war es sehr schwer, Nahrung einwandfrei zu halten. Deshalb müssen wir mit vielen Infektionen fertigwerden. Es gibt auch viele Hautinfektionen. Während der Beschießung hatten wir auch Fälle von Schock bei Menschen, die sich in unmittelbarer Nähe einer Explosion befanden. Sogar wenn sie nicht verwundet waren, litten sie unter Schock, d. h. folgende Symptome traten auf: verängstigte Reaktionen, Schwierigkeiten beim Atmen, starker Schwindel und Bauchschmerzen. Bezuglich der Verwundeten muß man sagen, daß wir die schwersten Fälle gar nicht hier haben, weil sie ins nächste Krankenhaus des Palästinensischen Roten Halbmonds drei Kilometer von hier ins Flüchtlingslager al-Bas gebracht werden. Wir behandeln die kleinen Verletzungen und kümmern uns um Leute, die aus dem Krankenhaus entlassen worden sind.“

Das Hauptproblem sind Infektionen verschiedener Art; auch Erkältungen, die durch schwere Lungenentzündungen kompliziert werden; auch Hautinfektionen und Magenprobleme; Magen- und Darmkatarrh. Weiterhin zeigen viele Menschen Anzeichen von chronischem psychologischem Streß, der eng mit den Lebensbedingungen zusammenhängt und sich in Schmerzen in vielen Teilen des Körpers, des Rückens, in den Beinen etc. ausdrückt. (...)

Ein weiteres Problem in der Gesundheitsfürsorge ist der Abfall auf den Straßen. Wenn es die Sicherheitsfrage nicht zuläßt, daß der Abfall geräumt wird, besonders im Sommer, zieht er Fliegen an, die Krankheiten verbreiten. Wir haben auch Probleme mit manchen Babies, die nicht gestillt werden können und stattdessen mit der Flasche gefüttert werden. Sie bekommen

leicht Infektionen, einerseits weil die Nahrung nicht die beste ist, andererseits weil während dieser Jahreszeit die Kindernahrung sowieso schlecht ist. In bezug auf diese Frage arbeiten wir mit der Mutter- und-Kind-Klinik zusammen.“

Der in dieser Aussage erwähnte „Palästinensische Rote Halbmond“ (PRH) wurde im Januar 1969 durch Beschuß des Palästinensischen Nationalrats geschaffen. Diese „Rot-Kreuz“-Gesellschaft des palästinensischen Volkes unterhält mittlerweile 30 Krankenhäuser und ca. 100 weitere medizinische Einrichtungen v. a. im Libanon und in einigen anderen arabischen Staaten.

Auf eine entsprechende Interview-Frage antwortete kürzlich der Vizepräsident und Direktor der medizinischen Dienste des PRH, Dr. Abdullah Abu Hassan: „Wir haben keinen Personalmangel. Was uns fehlt sind die Mittel zur medizinischen Versorgung und medizinische Ausrüstung.“

Als Beitrag zur Solidarität mit dem palästinensischen Volk führt das ASK deshalb in Absprache mit der Bonner PLO-Vertretung eine Spendenaktion durch, von deren Erlös mobile Kinder-Ambulanzen des Palästinensischen Roten Halbmonds ausgerüstet werden sollen. Solidaritätsinitiativen, andere demokratische Organisationen und Einzelspender können auf Wunsch eine Aufstellung der benötigten Gegenstände mit Preisangaben erhalten. Auch das abgebildete Plakat, ein vierseitiges DIN A 4-Faltblatt und weitere Materialien sind erhältlich bei

Antiimperialistisches Solidaritätskomitee für Afrika, Asien und Lateinamerika (ASK), Mainzer Landstr. 15, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (0611) 23 63 75

Spenden werden unter dem Kennwort „Palästina“ erbettet auf das Sonderkonto Prof. Erich Wulff; PSchA Frankfurt/M., Konto-Nr. 5270 55-602

In eigener Sache

Einladung zum Pharmaseminar am 17. 6. 1982 in Bonn

„Widerstandsformen gegen die Pharmaindustrie“

Das bis zum Contergan-Skandal nahezu unbegrenzte Vertrauen in die Pharmaindustrie ist erschüttert. Die Kritik an dem allein profitorientierten Vorgehen der Pharmaindustrie hat sich in den letzten Jahren verstärkt. Die Pharmaindustrie befindet sich in der Defensive. Unser Seminar soll ein Beitrag dazu sein, den Widerstand gegen die Pharmaindustrie zu koordinieren. Aus den gemeinsam gemachten Erfahrungen und den bereits geleisteten Analysen heraus sollen konkrete Widerstandsformen entwickelt werden.

Wir haben dazu Leute eingeladen, die bisher schon was zum Thema zu sagen hatten, Wissenschaftler, Politiker, Autoren, kritische Gesundheitsarbeiter. Bereits zugesagt haben bis Redaktionsschluß Prof. Hellenbrecht (Pharmakologe aus Frankfurt, Mitherautor des Buches Praktische Pharmakologie), Dr. Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin, Jürgen Peter Stössel, Medizinjournalist, Ingeborg Simon, Apothekerin in West-Berlin, und Harald Skrobles, Apotheker am Gesundheitszentrum Riedstadt, u. a. Ergebnis des Seminars soll ein zum Handeln anregender Aktionsplan sein, den wir auch in geeigneter Form veröffentlichen wollen.

Die nachfolgende Themenübersicht stellt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit – im Gegenteil. Sie soll nur in etwa den Rahmen abstecken. Jeder Bereich wird durch ein kurzes Thesenpapier eingeleitet. Wir haben dann jeweils knapp eine Stunde Zeit, um im Plenum gemeinsam zu diskutieren und zu konkreten Ergebnissen zu kommen.

Themen:

1. Staatliche Gesundheitspolitik:

Auswirkungen der Kostendämpfungspolitik auf dem Pharmamarkt; Kampf um Positivlisten; Erfahrungen mit dem AMG; Chancen staatlicher Aufsicht über den Pharmamarkt – ist das bga der Pharmaindustrie hilflos ausgeliefert?; unabhängiges Arzneimittelinstitut.

2. Pharmamarkt und Krankenkassen:

Sind die Krankenkassen weiterhin bereit, eine unrationelle Pharmakotherapie hinzunehmen? Erfahrungen mit der Verbreitung der Transparenzlisten; Erfahrungen mit krankenkasseneigenen Institutionen (Abgabestellen, Ambulatorien).

3. Pharmamarkt und Gewerkschaften:

Überblick über pharmapolitische Beschlüsse von Gewerkschaftstagen (z. B. Verbot von Pharmawerbung); Möglichkeiten gewerkschaftlich organisierter Kollegen, Widerstand zu organisieren.

4. Pharmamarkt und Standespolitik (Ärzte/Apotheker):

Müssen Ärzte und Apotheker zwangsläufig auf Seiten der Pharmaindustrie stehen. Zerstört der Kampf um den Kuchen die alte Komplizenchaft? Lohnt es sich, Einfluß auf standespolitische Beschlüsse nehmen zu wollen?

5. Pharmamarkt und Medien:

Was bewirken Bücher wie „Gesunde Geschäfte“? Wie läßt sich die Brisanz solcher Publikationen weiter verbreiten? Verbreitung anderer pharmakokritischer Publikationen

(z. B. arznei-telegramm); wo stecken Ansprechpartner für kritische Berichte in den anderen Medien (Rundfunk, Fernsehen, Zeitschriften)?

6. Pharmakotherapie und Wissenschaftler:

Die Zahl der Pharmaindustrie und einer unkritischen Pharmakotherapie gegenüber kritisch eingestellten Wissenschaftler wächst; Beitrag zur Verbreitung sinnvoller Veröffentlichungen; wie kann unsere Zeitschrift eine Brücke bilden zwischen wissenschaftlichen Erkenntnissen, die z. B. bewußt von den Pharmaindustrien beherrschten Medien verschwiegen werden, und Medikamentenbenutzern/verordnern? (z. B. Leserinformationsservice).

7. Pharmamarkt und Beschäftigte im Gesundheitswesen:

Welche Möglichkeiten haben wir als Ärzte, (Krankenhaus-)Apotheker, Krankenpflegepersonal, Wissenschaftler, unseren Arbeitsplatz so zu verändern,

– daß eine rationelle Pharmakotherapie Fuß faßt und

– daß nicht ohne Grund zur Tablette oder Spritze gegriffen wird (Fieber, Schmerzen, Diabetes...)

Was nützen Verweigerungsaktionen (Pharmawerbung – Nein danke – oder der Boykott schwedischer Ärzte gegen Ciba-Geigy-Präparate nach dem SMON-Skandal)?

– Der Bereich **Pharmaindustrie und die Dritte Welt** bleibt bewußt ausgeklammert, obwohl wir uns der Bedeutung sehr wohl bewußt sind. Wir glauben jedoch, daß die Diskussion auch dieses Bereiches den Rahmen (und damit die Chancen für konkrete Ergebnisse) eines eintägigen Seminars sprengen würde.

Der angemietete Raum bietet Platz für ca. 50 Personen. Wir glauben, daß ein solcher Kreis eine Diskussion ohne große Reibungsverluste zuläßt. Alles was darüber hinaus geht, übersteigt sowohl unsere organisatorischen Möglichkeiten, als auch die Hoffnung auf konkrete Ergebnisse. Die Teilnahme ist also nur nach vorheriger Anmeldung möglich.

Kontaktadresse: Harald Kamps, Spyckstr. 61, 4190 Kleve, Tel. (02821) 2 65 61.

G 2961 F
Postvertriebsstück
Gebühr bezahlt
Pahl-Rugenstein Verlag
Gottesweg 54
5000 Köln 51
ISSN: Nr. 0172-7091

Kontaktiert die Kontakte!

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 Redaktionsinterne, Planungen, Termine und Konzepte informieren können, als das in dieser Rubrik möglich ist. Ob diese Informationen auch weiter an die Leser vor Ort 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

Ansbach: Birgitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (09 81) 144 44; Berlin: Annette Schwarzenau, Treskowstr. 3-4, 1 Berlin 27, Tel. (030) 434 34 80; Bonn: Edi Erken, Paulstr. 17, 53 Bonn 1, Tel. (02 28) 65 17 90; Bremen: Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 28 Bremen 1, Tel. (042 1) 35 44 42; Darmstadt: Jürgen Frohner, Liebfrauenstr. 110, 61 Darmstadt 1, Tel. (061 51) 7 45 51; Düsseldorf: Gunar Stempel, Aachener Str. 198, 4 Düsseldorf, Tel. (02 11) 15 11 87; Duisburg: Felix Richter, Neudorferstr. 201, 41 Duisburg 1, Tel. (02 03) 35 18 55; Essen: Uwe Schmitz, Rüttelskamp 35, 43 Essen 1, Tel. (02 01) 4 26 97; Frankfurt: Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6 Frankfurt 90, Tel. (06 11) 70 54 49; Gießen: Claudia Lehner, Bismarckstr. 6, 63 Gießen, Tel. (06 41) 7 52 45; Göttingen: Barbara Wille, Ostlandweg 23, 34 Göttingen, Tel. (05 51) 33 70; Hamburg: Robert Pfeiffer, Kurtürkenstr. 45, 2 Hamburg 70, Tel. (040) 6 56 48 45; Hanau: Hans See, Gustav Hochstr. 37, 645 Hanau, Tel. (061 81) 8 39 81; Hannover: Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d: (051 32) 90 65 57/p: (051 11) 81 88 69; Heidelberg: Michael Gerstner, Burgstr. 44, 69 Heidelberg, Tel. (06 22) 47 41 01; Kassel: Matthias Dippel, Walzstr. 2 d, 3500 Kassel, Tel. (05 61) 54 92 25; Kiel: Ulla Funke, Spyckstr. 61, 419 Kiel, Tel. (02 82) 2 65 61; Köln: Peter Liebermann, Lessingstr. 59, 5 Köln 30, Tel. (02 21) 5 50 10 79; Lübeck: Angela Schümann, Geninerstr. 44, 24 Lübeck, Tel. (04 51) 5 65 96; Mannheim: Werner Weindorf, Maxstr. 5a, 68 Mannheim, Tel. (06 21) 85 54 05; Minden: Susanne Steuber, Antilleriestr. 12, 495 Minden, Tel. (05 71) 2 89 67; München: Thomas Melcher, Goethestr. 36, 8 München 2, Tel. (089) 53 19 37; Münster: Helmut Copak, Geiststr. 67a, 44 Münster, Tel. (02 51) 79 46 88; Oldenburg: Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (04 41) 8 38 56; Recklinghausen: Petra Voss, Am Lohör 4, 4350 Recklinghausen; Remscheid: Michael Sünder, Klausenerstr. 34, 5630 Remscheid-Lüttringhausen, Tel. (02 11) 5 52 79; Riedstadt: Harald Kamps, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (061 58) 61 61; Siegburg: Richard Beitzer, Haagbutterweg 24, 5200 Siegburg-Kaldauen, Tel. (02 21) 38 35 90; Siegen: Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 59 Siegen, Tel. (02 71) 7 68 60; Sprockhövel: Wolfgang Münnster, Hohe Egge Unterweg 17, 4322 Sprockhövel 1, Tel. (023 24) 7 23 58; Tübingen: Elke Schön, Jacobsgasse 19, 7400 Tübingen; Ulm: Wolf Scheinzer, Ringstr. 22, 79 Ulm-Lehr, Tel. (07 31) 6 65 44; Viersen: Sebastian Stierl, Hermann-Ehlers-Str. 5, 4050 Viersen 12