

Jahres-Abo DM 27,— Einzelverkaufspreis DM 6,— Jan./Febr. 1983 G 2961 F

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBEREFE



vom
Sozialstaat zum
Arbeitslosenstaat

591

2000 HAMBURG 20

TARPENBECKSTR. 125

02-394711-07-01

KARL

BOEKER

1/83

Arbeitslosigkeit
Krankheit
Armut und Sozialabbau
Mutterarbeit statt...
Brünings Geist
50 Jahre Machtergreifung Hitlers
25 Jahre Contergan

der kommentar

Arbeitslosigkeit macht krank – Krankheit macht arbeitslos!

von Matthias Albrecht

Arbeitslosigkeit macht krank – lautete der Titel eines Artikels in DG 3/81 (Schwerpunkt: Arbeitsmedizin). Daß dieser Satz einmal Schwerpunkt eines ganzen Heftes werden könnte und müßte, war uns damals in der Redaktion noch nicht klar. Die tatsächliche Entwicklung der Wirtschaftskrise mit ihren Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der arbeitenden Menschen und ihrer Familien zwangen uns dazu. Doch nicht zuletzt die Politik des Sozialabbaus – von der sozial-liberalen Koalition „erfolgreich“ eingeleitet und von der christlich-liberalen verstärkt fortgesetzt und die Wende nach rückwärts in Bonn brachten uns bei der Diskussion der Schwerpunkte 1983 auf den Gedanken, die Beziehungen von Arbeitslosigkeit und Krankheit, Arbeitslosigkeit und Armut und umgekehrt einmal breiter darzustellen. Unser Arbeitstitel für dieses Heft hieß: Arbeitslosigkeit – Armut – Klassenmedizin. Diesem umfassenden Anspruch wird das vorliegende Heft sicher nicht gerecht.

Das Thema Arbeitslosigkeit ist „in“ derzeit: in der Wahlkampfauseinandersetzung dieser Tage wird sie vor allem in der Werbung der etablierten Parteien im Vordergrund stehen. Vor allem die Wende-Akrobaten Genscher-Lambsdorff argumentieren immer wieder, ihre Zu-Wendung zur CSU/CDU diene nur der Bekämpfung der Arbeitslosigkeit. Ähnlich Kanzler Kohl und Arbeitsminister Blüm, von dem häufig behauptet wird, er sei früher Opel-Arbeiter gewesen. Taten folgten diesen Behauptungen bisher natürlich nicht. Vielmehr laufen alle geplanten Maßnahmen lediglich auf eine Erhöhung der Profitaussichten der Unternehmer hinaus einschließlich des Blüm-Vorschlages zu einer Lohnpause. Denn schließlich sollen die Konzernherren etwas „unternehmen“ – man hört förmlich das schallende Gelächter in den Chefetagen der Konzerne. Und sie „unternehmen“ etwas: sie entlassen weiter.

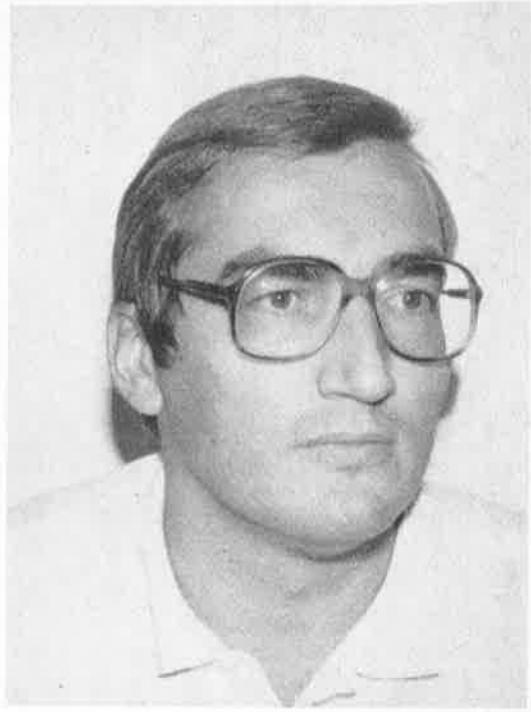
Die Monat für Monat steigende Arbeitslosenzahl – jetzt auf mehr als 2,2 Mio. – und wachsende Kurzarbeiterzahlen widerlegen die zahlreichen Legenden, daß es nur einer „Wende im Investitionsklima“ bedürfe, daß der „überbordende Sozialstaat“ schuld sei, daß die Arbeitslosen „selbst schuld“ seien. Schließlich handelt es sich nach offizieller Lesart um laut „Problemgruppen“: Behinderte, Kranke, ältere Arbeiter, Jugendliche, Frauen, Ausländer... In dieser sozial-reaktionären Betrachtungsweise haben die regelmäßig über die Mattscheibe flimmernden Arbeitslosenzahlen den gleichen Grad an Rationalität wie die Minuten später

flimmernden Lottozahlen. Zu dieser Peep-Show des geduldigen, alternativlosen Zusehens steigender Zahlen von existenzgefährdeten und arbeitslosen Menschen will DG mit diesem Heft einen Beitrag zur Entwicklung von Alternativen leisten.

Einmal mit der Darstellung der Folgen von Arbeitslosigkeit: sie beschränkt sich eben nicht auf materielle Verluste, sondern umgreift soziale, gesellschaftliche, psychologische, gesundheitliche und kulturelle Auswirkungen. Das macht das Interview mit dem arbeitslosen Kollegen „Fast wie ausgeschlossen, ehrlich“ exemplarisch deutlich.

Während K.D. Thomann und W. Baumann die Beziehungen von Arbeitslosigkeit und Gesundheit, sowie Armut und Sozialabbau darstellen, beschreibt Ch. Büchtemann die von Gesundheitsverschleiß am Arbeitsplatz und Verlust des Arbeitsplatzes anhand empirischer Untersuchungen. U. Westphal-Georgi stellt die zusätzlichen Erschwernisse für Frauen dar, die sich oft vor die Alternative „Mutterarbeit statt Arbeitslosigkeit“ gestellt sehen. Welche gesundheitspolitischen Folgen Arbeitslosigkeit für unsere ausländischen Kollegen haben und wie Firmen und Behörden dabei zusammenspielen, schildern M. Dietzel-Papakyriakou und F.J. Land.

Ein Beitrag zur Analyse ist die im DOKU-Teil abgedruckte dgvt-Stellungnahme „Zu den psychischen und sozialen Folgen von Arbeitslosigkeit“. Daß wir in der Diskussion um Wirtschaftskrise und Arbeitslosigkeit nicht ohne Alternativen dastehen, beweist das beigeheftete Sondermemorandum „Mehr Arbeitsplätze und soziale Sicherheit – Alternativen zum Krisenkurs der Wirtschaftspolitik“. Der Beitrag von J. Eisbach über die Folgen der Brüning'schen Notverordnungspolitik und von W. Wuttke-Groneberg „Sozialabbau im Faschismus“ lenken unseren Blick in diesem Zusammenhang auf die Vorgeschichte und die Folgen der faschistischen Machtergreifung, die sich am 30. Januar zum 50. Mal jährt. Unter dem Motto „Nie wieder Faschismus – Nie wieder Krieg – Keine neuen Atomraketen!“ fanden aus diesem Anlaß in zahlreichen Städten Kundgebungen statt. Dieser Jahrestag und der Blick in die Geschichte zeigen uns, daß Kampf gegen Arbeitslosigkeit, Fremdenhaß und gegen Kriegsgefahr notwendig sind, um die faschistische Gefahr im Keim zu ersticken.



IMPRESSIONUM

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 (Hamburg), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Barbara Wille (Göttingen), Erich Wulff (Hannover).

Redaktion:

Aktuelle Gesundheitspolitik: Detlev Uhlenbrock, Peter Walger; Gesundheitsversorgung: Gregor Weinrich, Uli Menges; Arbeits- und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch; Pharma- und Geräteindustrie: Ulli Raupp, Norbert Altaner; Umwelt: Uwe Schmitz; Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Matthias Albrecht, Edi Erken; Ausbildung: Eckard Müller, Peter Liebermann; Internationales: Gunnar Stempel, Felix Richter; Frauenprobleme: Ulla Funke; Pflegeberufe: Peter Liebermann; Historisches: Helmut Koch; Kultur und Subkultur: Helmut Copak.

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

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

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Ullrich Raupp, Willi-Hölscher-Weg 7, 4400 Münster, Tel. (0251) 791755

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

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für Nr. 2/83: 1.2.1983, für Nr. 3/83: 3.4.1983.

Graphik: Christian Paulsen,

Layout: Matthias Albrecht, Edi Erken, Willi Farwick, Peter Walger

Titelbild: Klaus Rose, Iserlohn

Satz und Druck: Druckerei und Verlag Locher GmbH, 5000 Köln 51.

JSSN: Nr. 0172-7091



DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE

1/83

Inhaltsverzeichnis:

Kommentar

von Mathias Albrecht

Arbeitslosigkeit

Fast wie ausgeschlossen, ehrlich	8
Arbeitslosigkeit und Gesundheit	12
Mutterarbeit statt Arbeitslosigkeit?	14
Armut, Sozialabbau und Gesundheitsversorgung	16
Der Geist Brünings	18
Königsmacher-Demokratie, Herz-Jesu-Marxismus und Operation '83	19
Sozialabbau Im Faschismus	21
Ausweisung zum Wohl der Firma Opel?	22

Internationales

Ein ganz gewöhnlicher Krieg	24
Gesundheitsversorgung in Finnland	34

Pharma- und Geräteindustrie

Naturheilkunde und Arzneimittelsicherheit (Verbot der Aristolochiasäure)	26
Gen-Technologie bei Hoechst	27
Contergan: Auf den Spuren einer Katastrophe	28
Überla: Ein solcher Artikel (Reaktion auf DG 6/82)	30

Frauen

Zum Verbot von Frauenarbeit auf dem Bau	30
---	----

Aktuelle Gesundheitspolitik

Vom SchneckenTempo zum Krebsgang – Mobilisierung in der Geriatrie	32
Die fortschrittlichen Listen auf neuem Kurs	33
Ärzte warnen vor dem Atomkrieg – Kongreß in Berlin	36

Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen

Vom SchneckenTempo zum Krebsgang – Mobilisierung in der Geriatrie	32
Eingruppierung von Sektionshilfen verbessern	37

Dokumente

Sozialgesetzliche Chronik 1933–1945	I
Adressen von Arbeitsloseninitiativen und -treffen	II
Gemeinsame Erklärung zu den psychischen und sozialen Folgen von Arbeitslosigkeit	III
Gesundheitsverschleiß am Arbeitsplatz und Arbeitslosigkeit	IV
Sondermemorandum '82: Mehr Arbeitsplätze und soziale Sicherheit	(als Einheft)

Rubriken

Leserbriefe	2
Aktuelles	5
Verschiedenes	7
Kongreßberichte	37
Buchkritik	39



Türkische Arbeitnehmer sind in viel höherem Maße arbeitslos als ihre deutschen Kollegen. Die Tendenz der Ausländerbehörden geht mehr und mehr dahin, türkische Arbeitnehmer auszuweisen, vor allem, wenn sie mehrfach krank geschrieben waren. Wir schildern, wie die Firma Opel und die Stadt Bochum dabei zusammenarbeiten.

Seite 22



Der Arbeitsmediziner Rutenfranz meint in seinem Gutachten, die Beschäftigung von Frauen auf dem Bau solle verboten werden. Gine Elsner und Ina Güse zeigen, wie dabei mit zweierlei Maß gemessen wurde. Seite 30

Leser-Briefe

Betr., „Drinnen vor der Tür“ von Thomas Ots. DG 9/10, 1982

Leserbrief

Nach nur einjährigem Studium der chinesischen Sprache dürfte es wohl ein hoffnungsloses Unterfangen sein, chinesische Medizin verstehen zu wollen. Kein Wunder, daß Auseinandersetzungen mit Lehrern und Fachliteratur oft ergebnislos und unbefriedigend enden mußten. Da drängt sich doch die Frage auf, ob die chinesische Medizin, die differenzierteste Arzt-Patientenkommunikation und feln abgestimmte Individualtherapie erfordert, nicht eher durch ihr sicher mangelndes Sprachverständnis limitiert war.

Mit freundlichen Grüßen
Friedrich Molsberger, Düsseldorf

Betr.: Leserbrief zum Artikel „Braun-dynamisch ist keine Alternative“ von Annegret Bublitz.

Der Artikel von Annegret Bublitz ist sicherlich ein wichtiger und interessanter Diskussionsbeitrag zur Thematik Nationalsozialismus und Medizin. Den einen oder anderen Autor naturheilkundlicher Schriften werde ich in Zukunft sicher kritischer lesen und auf entsprechende Querverbindungen hin abklopfen, allerdings mit anderen Grundprinzipien als Annegret Bublitz. Was ist so verdammenswert, wenn Brukers „Laienprediger“ zusätzlich zu Körnern und Salatplatte auch noch Askese, Konsumverzicht, Hinwendung zu Dorf und Landwirtschaft anstelle zu Großstadtleben und Industrie propagieren?

So ziehe ich auch sogenannte „... billige Nahrungsmittel von Kollath untersucht und gefunden – doch kaum zu glauben als „alternativ“ schon wieder gefragt ...“ einem „Big Mac“ allemal vor und sicher nicht aus brauner Sympathie. Auch sehe ich darin, daß die Lebensreformbewegung einen mittelständischen Heilmittelmarkt propagiert und dadurch dem Staat (ich meine eher den gesetzlichen Krankenversicherungen) vor allem Kosten spart, unter den heutigen politischen Bedingungen nicht nur Negatives. Wo sieht die Autorin in diesen Beispielen den aktuellen, direkten Zusammenhang mit braunem Gedankengut? Ihr ist es für mein Gefühl nicht gelungen, positives Gedankengut sauber von den es propagierenden Personen zu trennen sowie darzustellen, daß sich der Nationalsozialismus dieses Gedankengutes ermächtigt hat und nicht umgekehrt.

Mit einem lieben Gruß
Roland Kamphausen
6000 Frankfurt 70

„Hilfe! Das neue Demokratische Gesundheitswesen ist herausgekommen.“

Jetzt gilt es wieder, sich durch 50 ziemlich langweilige Seiten durchzukämpfen. Aus Solidarität mit dem Projekt wird die Zeitschrift von einigen Mediziner(innen), die ich kenne, immer noch bestellt. Aber die Lust, sie auch zu lesen, ist weg. Daran ändert eine gute Aufma-

chung überhaupt nichts. Der (die) Leser(in) spürt die Anstrengung der wenigen verantwortlichen Redakteure(innen), die kramphaft Artikel zusammenstellen, und ist selbst angestrengt.

Fanden sich im Heft 4/82 nach langer oder Zeit einige interessante Artikel zum Thema Entwicklungsdienst, so ließ der Schwerpunkt Alternativmedizin der letzten Ausgabe auf große Dinge hoffen.

Nun erfahre ich im Einführungsauftrag von Wolfgang Mattig und Andreas Gertier u.a., daß die wissenschaftliche Medizin nicht als „Schulmedizin“ diskriminiert werden sollte, daß Akupunktur und Neuraltherapie okkultistisch und potentiell sehr gefährlich sind. Das konnte ich auch in einer x-beliebigen Vorlesung an der Uni hören. Dafür brauche ich keine kritische (?) Zeitschrift für das Gesundheitswesen. Oder sollte es sich bei dem Artikel etwa um eine sozialistische Einschätzung der Alternativmedizin aus DDR-Sicht handeln?

Ein wenig versöhnlch stimmt mich die gute theoretische Analyse der ökologisch-alternativen Ansätze im Gesundheitswesen von Michael Regus und Peter Walger und der Bericht über die persönlichen Erfahrungen mit der chinesischen Medizin. Aber insgesamt finde ich das Thema Alternativmedizin als sehr ungenügend behandelt und empfehle zusätzlich die Lektüre der letzten Dr.-Mabuse-Hefte, in denen sich eine interessante Diskussion um einen tödlichen Zwischenfall bei einer Hausgeburt und ein kritischer Kommentar zur Alternativmedizin finden.

Abschließend möchte ich mit einer Information, die ich in der Zeitschrift, auch in Ulli Raupps kurzer Zusammenstellung über die Entwicklung des DG, vermißt habe. Wegen großer Defizite und daher unausgewogener Bilanz wurde die DG Gesellschaft mbH. zum 31. 12. 1981 aufgelöst. Schulden in Höhe von 35000 DM wurden vom Pahl-Rugensteiner Verlag übernommen. Dabei ging die Zeitschrift eigentlich eigenständig an diesen Verlag über. Auch wenn die Redaktion weiterhin unverändert arbeitet, sind die Eigentumsverhältnisse ja wohl nicht nebensächlich. Daß nur die stillen Gesellschafter über diese Änderung informiert wurden, nicht aber in der Zeitschrift offen darüber diskutiert wurde, offenbart ein merkwürdiges Demokratieverständnis.

Ingeborg Kothe-Richter
Bochum

Betrifft: Alternativmedizin 5/82

Nachdem ich Euch so mit Lob überhäuft und unter meinen Freunden einen Werbefeldzug für „DG“ gestartet hatte, kam mit Nr. 5/82 ein Heft heraus, dem frei nach „Titanic“ der 1. Rang in der Hitliste der Peinlichkeiten des Jahres gebührt hätte. Fast alle Artikel über Alternativen im Gesundheitswesen strotzen nur so vor Unverschämtheiten und Ignoranz. Was mit positivistischen Methoden nicht nachzuweisen ist, ist nicht existent! Basta.

Und noch etwas wurde deutlich. Wer von vornherein verschlossen ist für andere Wege als die der Schulmedizin, der reagiert mit Verleumdungen und Pauschalisierungen (Scharlatanerie, Placeboeffekt, braun-dynamisch etc.); offensichtlich doch deshalb, weil er unsicher ist, seine theoretischen Fundamente einzurüsten sieht, auf die er doch all sein Wissen und Handeln gestützt hat.

Sich darauf einzulassen, würde bedeuten: Veränderung, Umdenken, Aufgeben gewiß hilfreicher schematischer Denkmonopole, ein Sich-Hineinwagen ins Ungewisse. Das gilt es auf jeden Fall zu vermeiden, deshalb „Abschotten“ auf der ganzen Linie; und sei es um den Preis der Diffamierung Andersdenkender.

Ich hoffe stark, Heft Nr. 5/82 bleibt als glatter Reinfeld eine unrühmliche Ausnahme (und DG 6/82 scheint diese Hoffnung auch schon zu bestätigen).

Stephan Jores, Neu-Ulm

Betr.: „Beruf: Altenpfleger(in)“

Liebe Kollegen, Kolleginnen,

Euer Artikel über das Berufsbild Altenpfleger(in) hat mich als Mitarbeiter in der Krankenpflege einmal mehr betroffen gemacht, weist er doch indirekt auch auf Un-

zulänglichkeiten und offene Mißstände in meinem beruflichen Arbeitsbereich hin, die ich nur bestätigen kann. Bezeichnenderweise werden als Unterscheidungsmerkmale zur Krankenpflege Elemente der Sozialarbeit (Gesprächstechniken, Beschäftigungstherapie usw.) genannt, von denen man annehmen sollte, daß sie für alle Pflegebereiche relevant sind. Aber weit gefehlt! Die stationäre Krankenpflege hat sich im Laufe der Zeit von ihrem ursprünglich ganzheitlichen Menschenbild entfernt und sich damit den Weg zur Entwicklung eines eigenständigen, identifizierbaren Berufsbildes gründlich verbaut. Sie ist vielmehr zum Anhänger einer einseitig naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin geworden, in der nicht der kranke Mensch, sondern sein krankes Organ im Mittelpunkt des Interesses steht.

Wer von uns kennt nicht die Hilflosigkeit im Umgang mit alten Menschen, mit Sterbenden oder Krebskranken, deren Bedürfnisse im Geflecht alltäglicher Routine und Abwehrstrategien verdrängt werden: der kranke Mensch mit seinen Sorgen als Störfaktor eines geordneten, reibungslosen Betriebsablaufes!

Dies alles ist eigentlich seit langem bekannt und unter den verschiedensten Fragestellungen zum Thema zahlloser Aufsätze, Diplomarbeiten, Gutachten usw. geworden. Erstaunlich nur wie wenig von den, wie es so schön heißt, allgemein gesicherten Erkenntnissen dort ankommt, wo die ersten theoretischen Grundlagen für die späteren Berufsausübung gelegt werden. Wenn man weiß, welche Inhalte mit welcher Gewichtung in den meisten Krankenpflegeschulen noch vermittelt werden, brauchen menschliche Defizite in der praktischen Pflege nicht zu überraschen. Technische Fertigkeiten sowie die kritiklose Einübung in eine untergeordnete medizinische Heilhilfsrolle, nicht aber eine selbstbewußte, umfassende pflegerische Kompetenz bestimmen die Zielsetzung des Bildungsfaches Krankenpflege. Sozialwissenschaftliche Elemente kommen nur am Rande vor, sie entsprechen auch nicht dem vorherrschenden Pflegekonzept und der dazu passenden Pflegeorganisation (= Funktionspflege). Aber erst sie könnten zu einem Ausbildungstand führen, der zur Bewältigung der uns gestellten Aufgaben qualifiziert, auch und gerade in der heute noch sehr unterentwickelten Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Krankengymnasten, Sozialarbeiter, Seelsorger, Gemeindeschwester/pfleger).

Abschließend noch einige Worte zu der bestehenden Ausbildungsform, die ja nach dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf grundsätzlich beibehalten werden soll. Entgegen den begrüßenswerten Vorstellungen der ÖTV, auf die die Krankenpflegeausbildung das Berufsbildungsgesetz mit seinem dualen System anzuwenden, hat der Gesetzgeber leider den Einwänden einzelner Berufsverbände nachgegeben. Deren Forderung nach Beibehaltung des alten Ausbildungssystems angeblich wegen der unverzichtbaren Koordination von theoretischer und praktischer Ausbildung ist einfach scheinheilig und für denjenigen, der die Realitäten des Berufsaltags aus eigener Anschauung kennt, überhaupt nicht nachvollziehbar. Offensichtlich sollen dadurch lediglich gegebene Machtpositionen und Einflussphären kaschiert werden.

Aus der räumlichen (!) Nähe der Krankenpflegeschule zum ausbildenden Krankenhaus folgt noch lange nicht eine angemessene inhaltliche Koordination von Theorie und Praxis. Im Gegenteil werden bei einer Identität von Schul- und Krankenhausträger im Zweifelsfall die Ausbildungsinteressen den aktuellen Erfordernissen des Klinikbetriebes (Nacht- u. Sitzwachen, Urlaubsunterbrechung usw.) untergeordnet, ohne daß sich die Auszubildenden dagegen wehren könnten.

Eine Anwendung des Berufsbildungsgesetzes hätte jedenfalls neben den Ausbildungsbedingungen auch die arbeitsrechtliche Stellung der Auszubildenden verbessert, was ja in heutiger Krisenzeit nicht so unwichtig gewesen wäre.

Jürgen Dobner
Krankenpfleger

Betrifft: Pharmazentrene gegen Militarisierung

Am 23. 11. 82 fand am Fachbereich 16 (Pharmazie) der Philipps-Universität in Marburg eine studentische Vollversammlung statt.

Es wurde die zunehmende Militarisierung des Gesundheitswesens, der CDU-Entwurf des „Gesundheitsschutzgesetzes“ und dessen Auswirkungen auf Apotheker diskutiert. Mit einfacher Mehrheit schloß sich die Vollversammlung dem „Appell des Gesundheitswesens für den Frieden“ mit folgendem Wortlaut an:

„Mit unserer Unterschrift erklären wir:

- Wir sind nicht bereit, durch unsere Mitarbeit einen Krieg denkbar, führbar oder gewinnbar erscheinen zu lassen.
- Wir sind nicht bereit, uns in Kriegsmedizin aus- und fortbilden zu lassen oder diese zu lehren. Wir werden uns nicht an entsprechenden Vorbereitungen und Übungen beteiligen.
- Wir fordern die Bundesregierung auf, jegliche Planung für ein Notstandsgesetz im Gesundheitswesen und begleitende Maßnahmen aufzugeben.
- Wir fordern die Länderregierungen auf, jegliche Ausweitung der zivilen Katastrophenschutzgesetze für den Kriegsfall zu unterlassen.
- Wir fordern Behörden, Ärztekammern und andere Berufsvertretungen, Hilfsorganisationen und alle übrigen Institutionen auf, die Planung und Durchführung von Übungen und Maßnahmen einzustellen, die auf einen Krieg vorbereiten.
- Insbesondere fordern wir die Bundesregierung auf, die Zustimmung zur Stationierung von Pershing-II-Raketen und Marschflugkörpern in Mitteleuropa zurückzuziehen und damit den Weg zu öffnen für einen umfassenden Abrüstungsprozeß in Ost und West mit dem Ziel eines atomwaffenfreien Europas.“

Für diesen Appell werden am Fachbereich Unterschriften gesammelt.

Mit freundlichen Grüßen und der Bitte um Veröffentlichung

Petra Kolle, FS-Pharmazie Marburg

Betreff: Neufassung des Zivildienstgesetzes

Offener Brief

Sehr geehrte Abgeordnete des Deutschen Bundestages!

Sehr geehrte Mitglieder der Bundesregierung!

Im Laufe der nächsten Woche wird Ihnen der Gesetzesentwurf der CDU/CSU/FDP-Koalition zur Neufassung des Zivildienstgesetzes vorliegen. Hiermit soll die Dauer des Zivildienstes auf 20 Monate erhöht und das Anerkennungsverfahren wesentlich geändert werden. Wir sind eine Gruppe von Zivildienstleistenden aus unterschiedlichen Stellen in Bayern, die sich zum Ziel gesetzt haben, diese Gesetzesänderung, wenn irgend möglich, zu verhindern. Wir glauben, daß wesentliche Änderungen dieses Gesetzes bisher in den Medien und der Öffentlichkeit viel zu wenig zur Sprache kamen, und ungenaue Informationen über das Anerkennungsverfahren z.B. den falschen Eindruck hinterließen, daß die Gewissensprüfung abgeschafft werden soll.

Die Gewissensprüfung wird durch die Novelle keineswegs abgeschafft. Im bisherigen Anerkennungsverfahren muß der Verweigerer seinen Antrag vor einem Ausschuß, bestehend aus dem Vorsitzenden (gestellt vom Kreiswehrersatzamt), einem hauptamtlichen und zwei ehrenamtlichen Beisitzern, begründen. Im Fall der Ablehnung kann der Verweigerer vor einem anderen Ausschuß Widerspruch einlegen und, sollte er wiederum abgelehnt werden, vors Verwaltungsgericht gehen. Die Novelle überläßt die Entscheidungsgewalt einem Beamten im Bundesamt für den Zivildienst. Meldet der Beamte Zweifel an der schriftlichen Begründung des Verweigerers an, so erfolgt nach wie vor eine Gewissensprüfung vor dem mündlichen Ausschuß. Lehnt der Beamte hingegen den Antrag ab, so bleibt dem Verweigerer nach unseren bisherigen Informationen nur noch der Gang vors Gericht. (Über diesen Punkt wurde in den Medien widersprüchlich informiert).

Die Ernsthaftigkeit einer Gewissensentscheidung konnte schon im bisherigen Verfahren nicht erfaßt werden. Darin waren sich ja auch fast alle Parteien einig. Doch das neue Verfahren begünstigt noch stärker die-

Betr.: Pharmaseminar DG 6/82

Lieber Felix!

Ich las Deinen Artikel über die Machenschaften der Pharmawerbung. Seit einem Jahr betreibe ich eine „Einzelkämpfer-Aktion“. Jeder (jede) Pharma-Agent(in) erhält nach dem Gespräch von mir einen Abschiedsbrief, in dem ich ihn (sie) um Verständnis dafür bitte, daß ich mich von dem werbenden Einfluß der Industrie unabhängig machen möchte. (Vielleicht ist das eine Veröffentlichung und Nachahmung wert!)

Bei mir kommen höchstens noch 1–2 Werber(innen) pro Monat ins Haus und nach Erhalt des Briefes bleiben die dann auch weg. So werde ich bald frei sein!

Herzlichst
Dr. med. Peter Rüppell
2309 Kirchbarkau

Dr. med. Peter Rüppell

Sehr geehrte(r) Pharma-Referentin/-Referent!

Ich danke Ihnen für Ihren heutigen Besuch und Ihre Beratung, in der Sie mich von der Qualität, der Wirkung (auch den Nebenwirkungen?) und den Vorzügen Ihrer Präparate zu informieren und zu überzeugen versucht haben. Daß Ihre Information nicht werfrei und objektiv sein kann, wissen Sie so gut wie ich. Sie sind bei einer Pharmazeutischen Firma angestellt und gezwungen, einen guten Absatz bzw. eine Umsatzsteigerung Ihrer Produkte zu erreichen.

Viele Ihrer Kollegen haben mir anvertraut, wie sehr sie z.T. unter Erfolgswang stehen. Ich weiß, daß über den Medikamenten-Umsatz in den Apotheken detaillierte, regional aufgegliederte Statistiken (RPM) existieren, mit denen der Erfolg Ihrer Tätigkeit (= Profit für Ihre Firma) überprüft wird.

In 10 Berufsjahren haben mir viele Ihrer Kollegen finanzielle Angebote gemacht; ich sollte neue Medikamente bei meinen Patienten einsetzen und anschließend die erfolgreiche Therapie bestätigen. Von den meisten Ihrer Kollegen wurden mir kleine Geschenke angeboten, auch für die „Frau Gemahlin“ war ein Fläschchen Parfüm dabei oder eine Kleinigkeit für die Arzthelferinnen. Es gab auch größere Präsente, Uhren, Fachbücher, Einladungen zu feudalem Essen usw. . . Kollegen berichten von Gratis-Flugreisen nach Rhodos und Monaco, die sich Fortbildungsreisen nannten und von Pharmazeutischen Firmen finanziert wurden.

All diese Angebote, denen man oft kaum widerstehen kann, sind doch eine gewisse Belohnung dafür, daß der Arzt Ihre Medikamente „an den (kranken) Mann (Frau, Kind) bringt.“

Viele Ihrer Kollegen handeln sicher in gutem Glauben und sind überzeugt von der Qualität und der Notwendigkeit Ihrer Präparate. Ich habe oft darüber nachgedacht, was wohl aus den Pharmaberatern geworden sein mag, die vor ca. 20 Jahren das Beruhigungsmittel Contergan angepresen hatten, das an Tausenden Neugeborenen schwerste Mißbildungen verursachte?

Immer wieder müssen auch heute noch Präparate vom Markt genommen werden wegen nicht sorgfältiger vorheriger Prüfung und nachträglich bekannt werdender Nebenwirkungen.

Anderne Medikamente, wie z.B. die Phenazetin-haltigen Fieber- und Schmerzmittel (Dolviran, Gelonida, Thiomapyrin, Treupel, Dolomo, Cepan u.a.), welche bei langem Abusus schwere Nierenschäden bewirken, sind in anderen Ländern (und auch in meiner Praxis) seit Jahren verboten – in der BRD sind sie weiterhin im Handel, zum Nutzen der Industrie, zum Schaden der Patienten.

Aus all den angeführten Gründen möchte ich mich dem direkten werbenden Einfluß durch die Vertreter der Pharmazeutischen Industrie entziehen. Darum bitte ich Sie, von weiteren Geschäftsbesuchen in meiner Praxis abzusehen.

Mit freundlichem Gruß
Dr. Rüppell

jenigen Verweigerer, die sich durch „Professionelle“ vorbereiten lassen oder schon von vorneherein stilgewandter sind. Unserer Meinung nach kann diese Regelung von den Verantwortlichen dazu benutzt werden, noch stärker als bisher die Anerkennungszahl auf bürokratischem Wege den Wünschen des Verteidigungsministeriums unterzuordnen.

Des weiteren soll zukünftig der Zivildienst grundsätzlich ein Drittel länger als der Wehrdienst dauern. Dies widerspricht offensichtlich dem Artikel 12 a, Absatz 2, Satz 2 des Grundgesetzes: „Die Dauer des Ersatzdienstes darf die Dauer des Wehrdienstes nicht übersteigen.“

Das soziale Netz in der Bundesrepublik ist ohne Zivildienstleistende nicht mehr aufrechtzuerhalten. In der derzeitigen schwierigen Wirtschaftslage kommt dem besondere Bedeutung zu. Die verstärkte Erschwerung der Kriegsdienstverweigerung ist unverständlich, wenn man an die soziale Bedeutung des Zivildienstes denkt.

Sehr geehrte Regierungsmitglieder und Bundestagsabgeordnete, bitte informieren Sie sich noch einmal genau über die Details des neuen Gesetzes, sprechen Sie Ihre Kritik aus und verhindern Sie, daß ein so unreifes Gesetz im Eilverfahren verabschiedet wird.

Mit freundlichen Grüßen

Felix Walter

Manfred Kontzl

Johannes Menzel

Peter Schaumann

Ludwig Zitzelsberger

Robert Motz

Kontaktadresse: Manfred Kontzl, Barlachstraße 24, Zimmer 542, 8000 München 40

Betr.: Kommentar zum 2. Medizinischen Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges

„Demokratisches Gesundheitswesen“
Pahl-Rugenstein Verlag
Gottesweg 54
5000 Köln 51

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Artikel: „2 Kongresse“ enthält, obwohl Gunar Stempel in München dabei war, einige Fehler.

1. Nicht nur die Hamburger und Berliner Initiativen haben gegen die in München gefaßten Beschlüsse gestimmt.
2. Die Berliner Gruppe kam nicht „mit dem Clou“ heraus, sie habe bereits Räume gemietet.

Wegen der Raumschwierigkeiten in München hatten wir uns nach evtl. kurzfristigen Möglichkeiten in Berlin erkundigt. Erst 3 Wochen nach dem Münchener Treffen begann unsere konkrete Raumsuche.

Deshalb auch die Kongreß-Ankündigung im 2. Rundbrief ohne Tagungsort und sogar mit falschem Datum.

3. Der Grund für die Wahl des „repräsentativen ICC“ ist Gunar Stempel aus einem Telefongespräch mit mir bekannt. Erst nachdem keine andere Möglichkeit bestand, in die Uni oder ähnliche Räume zu kommen, wurde das ICC gemietet. Der Vertrag wurde erst im Oktober (!) unterschrieben.

4. Der Berliner Kongreß kann nur von denen unpolitisch genannt werden, die lediglich das für politisch halten, was ihrer Parteilinie entspricht.

Richtig ist, daß die Initiativen in München beschlossen haben, sich gegenseitig bei allen Aktionen zu unterstützen, die unserem gemeinsamen Ziel dienen.

Der direkt neben unserer Kongreßanzeige placierte Artikel von Gunnar Stempel, der nicht nur wegen der o. a. und uns unbegründlichen Fehler, sondern auch in den sprachlichen Feinheiten für uns eher wie ein Boykottaufruf klingt, läßt die in München erhaltene Solidarität vermissen.

Wir werden den Münchener Kongreß unterstützen, denn wir glauben nach wie vor: Die Stärke der Friedensbewegung heißt nicht: Partei-politische Eingleisigkeit, sondern eher: Vielfalt der Wege zum gemeinsamen Ziel. Leider steht es so aus, daß man die Zielvorstellungen einiger überrepräsentierter Gruppen in der Friedensbewegung bald wird diskutieren müssen. Unsolidarisches Verhalten (s. o.) und der Versuch, via Minimalkonsens, z. B. jede auch nur verbale Unterstützung der Friedensbewegung im Ostblock zu verhindern, dürften der notwendigen Verbreitung unseres Anliegens auf Dauer eher hinderlich sein.

Mit freundlichen Grüßen

Berliner Ärzteinitiative gegen Atomenergie
Dr. Hans-Joachim Kleist

Betr.: Kommentar zum 2. Medizinischen Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wir bitten Euch, den nachfolgenden Kommentar als konstruktive Enttäuschung zu verstehen und im „Rundbrief“ und im „Demokratischen Gesundheitswesen“ abzudrucken:

Der 2. Medizinische Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges am 20./21. November 1982 in Berlin wurde von der Berliner Ärzteinitiative gegen Atomenergie vorbereitet und veranstaltet mit Unterstützung einiger anderer Ärzteinrichtungen. Viele waren gekommen, neben Ärzten auch Ärztinnen sowie nichtärztliche Beschäftigte im Gesundheitswesen, nach den Diskussionen im Mai 1982 in München mit mehr oder weniger begrenzten Hoffnungen, insgesamt rund 4000 Teilnehmer.

Wir meinen, daß dieser Kongreß unterstützenswert war, anspruchsvoll und beeindruckend. Er hätte durchaus ein beachtlicheres Presseecho verdient gehabt.

Wir können aber unsere Enttäuschung nicht verhelen, daß die Unterstützung durch die nichtärztlichen Beschäftigten im Gesundheitswesen weitgehend auf die finanzielle Beteiligung an den Kongreßkosten und passive Anwesenheit beschränkt war und wurde.

Eines der für den Berliner Kongreß beschriebenen Ziele lautete: „... die Zusammenarbeit der verschiedenen Initiativen soll verbessert werden, und Mut machen, schwierige... Aspekte... gemeinsam zu lösen.“ In einigen Referaten und Arbeitsgruppen wurde auch auf die bedrückende Betroffenheit aller im Gesundheitswesen Tätigen von der Vorbereitung des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall hingewiesen, die Notwendigkeit eines gemeinsam geführten Kampfes aller Friedensinitiativen im gesamten Gesundheitswesen für das gemeinsame Ziel betont und vor einem auseinanderlaufenden Vorgehen gewarnt.

Im Widerspruch zu diesen ansatzweisen Bemühungen ließ der Berliner Kongreß immer wieder spüren, daß hier sorgsam darauf geachtet wurde, die beachtlichen Aktivitäten von breiter strukturierten Friedensinitiativen im Gesundheitswesen nicht zu erwähnen (z. B. Appell Gesundheitswesen für den Frieden mit bislang über 6000 Unterschriften) und die ebenfalls eklantate Betroffenheit der zahlmäßig überwiegenden nichtärztlichen Beschäftigten im Gesundheitswesen von den laufenden Vorbereitungen des Gesundheitswesens auf den Kriegsfall nicht zu diskutieren.

Die Konzeption der Entwürfe zum sog. Gesundheitssicherstellungsgesetz / Gesundheitsschutzgesetz und die im Vorgriff hierauf schon heute durchgeführten Lehrgänge und Übungen sind nicht auf ärztliche Einbeziehungen beschränkt.

Selbst die wichtige Diskussion in Berlin über die Triage berührt keinesfalls ausschließlich die vielbeschworene ärztliche Ethik des Selektionsarztes: Die beim weisungsgemäßen Vollzug der Selektion beteiligten nichtärztlichen und ärztlichen Helfer sind gleichermaßen Gehilfen, Mittäter oder sogar Alleinläufer, wenn sie mitwirken, daß behandlungsfähige Patienten zur Gruppe der Hoffnungslosen zum Sterben abgeschoben werden. Was wäre, wenn die nichtärztlichen und ärztlichen Helfer die durch den Selektionsarzt gefährdeten Patienten vor dessen Todesurteil bewahren, indem sie diese Patienten nicht einem Selektionsarzt zuführen bzw. dessen Weisungen mißachten?

Zur Zeit werden (z. B. in Bremen) mit Krankenhausbeschäftigten aus allen Bereichen zunehmend Übungen in Hilfskrankenhäusern / Ausweichkrankenhäusern durchgeführt. Derartige Übungen sollen der Ausbildung des Personals für einen Krankenhausbetrieb unter Notstandsverhältnissen dienen und haben vor dem Hintergrund des geltenden Zivilschutzgesetzes den Charakter von Kriegsübungen. Darüber hinaus häufen sich (z. B. in Baden-Württemberg und Niedersachsen) Übungen in Krankenhäusern, die als Brand- und Katastrophenschutzübungen deklariert werden. Auch bei diesen Übungen gilt es, ggf. den Charakter von Kriegsübungen zu erkennen. Über die Aktivitäten einiger Friedensinitiativen im Gesundheitswesen zur mühsamen Problematisierung, Aufklärung und Verhinderung derartiger Übungen konnte in Berlin nur am Rande berichtet werden.

Die Enttäuschung über die in Berlin fehlende Information von weiteren Problemen und Aktivitäten anderer Friedensinitiativen im Gesundheitswesen lag wohl auch daran, daß sich an den Berliner Ärzte-Diskussionen verschreckte nichtärztliche Beschäftigte im Gesundheitswesen kaum beteiligten.

Wir halten es für sinnvoll und notwendig, eine aktive und gleichberechtigte Mitbeteiligung von nichtärztlichen Beschäftigten im Gesundheitswesen bei öffentlichen Friedensveranstaltungen und interner Friedensarbeit zu lernen.

Vielelleicht gelingt es bei zukünftigen Kongressen, wie z. B. dem Kongreß in München am 23./24. April 1983, daß sich nichtärztliche Beschäftigte im Gesundheitswesen stärker als bisher aktiv an der Vorbereitung und Durchführung beteiligen.

Friedensinitiative im Bremer Gesundheitswesen

Neuerscheinungen



Füller, Geschichte der Bundesrepublik in Quellen und Dokumenten, 450 Seiten, DM 14,80



Hervé, Geschichte der deutschen Frauenbewegung, Beiträge, 226 Seiten, DM 14,80



Noll, Die Abenteuer des Werner Holt, Roman einer Jugend, 550 Seiten, DM 14,-



Grumbach, Grünbuch Ökologie, Ein Jahrbuch, 242 Seiten, DM 10,-



Neuburger, Der Plan Europahabs., Aus Reden u. Schriften Reagen/Weltberg, u.a., 12 Seiten, DM 10,-



Scherer, Vaterlandslose Gesellen, Deserte-Kriegsbuch eines Arbeiters, 276 Seiten, DM 10,-

Pahl-Rugenstein
Gottesweg 54
5000 Köln 51

Klebt der Pharmaindustrie . . .

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

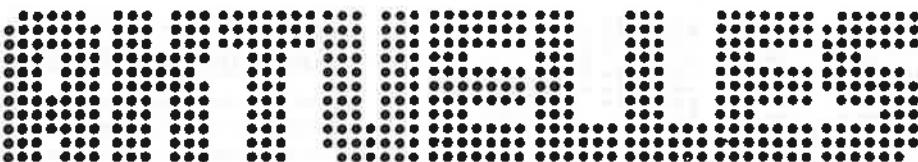
5,- DM	5 Aufkleber
10,- DM	12 Aufkleber
20,- DM	25 Aufkleber
40,- DM	55 Aufkleber
50,- DM	70 Aufkleber
100,- DM	150 Aufkleber

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

Ulli Raupp
Spyckstraße 61
4190 Kleve

. . . einen!





Kurz notiert

Babymilchpulver – neue Aktionen

Bundesweite Aktionen gegen die Verwendung künstlicher Babynahrung in den Ländern der Dritten Welt wurden Anfang Dezember 1982 auf einer Aktionskonferenz der Dritte-Welt-Gruppen beschlossen. In dem Aufruf zu diesen Aktionen wird u. a. aufgefordert, Gratisproben von Babynahrung an das Kinderhilfswerk Terre des Hommes Deutschland, Postfach 4126, 4500 Osnabrück zu schicken. Diese Gratisproben werden dann für weitere Protestaktionen verwendet. Öffentliche Boykottaktionen sind auf dem nächsten Evangelischen Kirchentag und am 21. Mai 1983, dem zweiten Jahrestag der Verabschiedung eines Verhaltenskodex der WHO zum Thema Babynahrung geplant. (FR 9. 12. 1982)

Feiertage füllten Frauenhäuser

Während der Feiertage um Weihnachten und Neujahr waren die meisten der ca. 110 Frauenhäuser in der BRD überfüllt. Pressemeldungen sprachen von einer „Überbelegung“ durch ca. 1800 Frauen mit 3500 Kindern. An den Festtagen haben offensichtlich Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum und zerrüttete Familiensituationen zu einem regelrechten Ansturm auf diese Schutzeinrichtungen geführt, die zu einem Drittel von Wohlfahrtsverbänden wie Caritas, Diakonie und Arbeiterwohlfahrt, überwiegend aber von „autonomen Frauenhausvereinigungen“ getragen werden. (FR 27. 12. 1982)

DKG: 5-DM-Selbstbeteiligung im Krankenhaus unzumutbar

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Zusammenschluß der Krankenhausträger, lehnt die ab 1. 1. 1983 geltende Selbstbeteiligungsregelung für Krankenhauspatienten ab. Künftig soll der Krankenhauspatient bis zur Dauer von 14 Tagen 5 DM zu den Pflegekosten zuzahlen. Einzelne Krankenkassen haben schon darauf verwiesen, daß die Verwaltungskosten für diese Maßnahmen erheblich über den 5 DM liegen werden. (FR 23. 12. 1982)

BAG: Lange Krankheit kein automatischer Kündigungsgrund

In einem vom DGB geführten Musterprozeß entschied das Bundesarbeitsgericht in Kassel, daß längere Krankheit nicht schematisch zur Entlassung des Beschäftigten führen dürfe. Der Arbeitgeber darf Fehlzeiten nicht einfach für die Zukunft unterstellen. Die betroffene Klägerin aus einer Textilfabrik in NRW war entlassen worden, nachdem sie wegen Krankheit ein halbes Jahr nicht arbeiten können. Das Landesarbeitsgericht muß nun erneut über die Kündigung entscheiden. (FR 20. 12. 1982)

Zum Stillen täglich eine Stunde frei

Eine berufstätige Mutter kann nach einem Urteil des Arbeitsgerichts Hannover bis zum 6. Lebensjahr des Kindes täglich eine Stunde frei bekommen. In dem Rechtsstreit zwischen der Mutter, einer Lehrerin, und der Bezirksregierung Hannover entschied das Gericht, daß der Mutterschutz die Freistellung zum Stillen ohne zeitliche Begrenzung vorsehe. DG wird das Urteil dokumentieren. (Westfälische Rundschau 31. 12. 1982)

Krankenstand sinkt – Arbeitslosigkeit steigt

Während die Arbeitslosenzahlen monatlich höher klettern, sinkt der Krankenstand in den Betrieben zusehends. Lag er in den Jahren 1978–1980 noch bei fast 6 %, so fiel er nach Angaben von NRW-Sozialminister in diesem Bundesland auf 4,3 %. Dafür mußten die Ortskrankenkassen 358 Millionen DM weniger an Krankengeld zahlen (– 16,5 %). (FR 15. 12. 1982)

Rotes Kreuz sorgt sich um Katastrophenschutz

Der Präsident des DRK, der CSU-Bundestagsabgeordnete Prinz zu Sayn-Wittgenstein verlangt mehr Unterstützung der Bundesregierung für die Ausrüstung des DRK zur Katastrophenhilfe.

„Der Katastrophenschutz und Zivilschutz wird in der Bundesrepublik Deutschland nicht so gefördert, wie es im Interesse des Schutzes der Bevölkerung notwendig wäre“, meinte er in einem Interview mit dem Süddeutschen Rundfunk.

Braucht die Bundesregierung noch publizistische Hilfestellung, um das Gesundheitssicherstellungsgesetz verabschieden zu können?

BGH: Keine Akteneinsicht

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat geurteilt, daß es kein allgemeines Recht des Patienten auf Einsicht in seine Krankenakten gibt. Psychiatrie-Patienten haben überhaupt kein Einsichtsrecht. Andere dürfen nur „objektive“ Befunde verlangen.

Dieses BGH-Urteil (AZ: VI ZR 222/79) vom 23. Nov. 82 trifft nach den bisherigen Zeitungsberichten drei wesentliche Feststellungen:

1. Es gibt zwei Arten von Daten in einer Krankenakte: „Objektive“ und „subjektive“. Die „objektiven“ sind z. B. Fieber-, EKG-, Medikationswerte. Die „subjektiven“ sind etwa Bewertungen des Verhaltens, Verdachtsdiagnosen (gibt es in der Psychiatrie andere?), Darstellung der Beziehung Arzt-Patient, Berichte von Angehörigen usw. . . .
2. Es gibt zwei Arten von Patienten: Psychiatrische und nicht-psychiatrische. Da die „subjektiven“ Berichte des Arztes in einer Psychiatrieakte sehr im Vordergrund stehen, hat ein Psychiatriepatient kein Recht, irgendwelche Daten zu verlangen, auch keine „objektiven“.
3. Das Grundrecht des Arztes auf Unantastbarkeit seiner Persönlichkeit und damit auch seiner „subjektiven Bewertungen“ ist mehr wert als das Grundrecht des Patienten auf „Würde und Selbstbestimmung“, also hier das Recht, über seine Gesundheit bescheid zu wissen.

Damit hat der BGH eine völlige Wende gegenüber den vorherigen Instanzen vollzogen, die ein Recht aller Patienten auf Akteneinsicht festgestellt haben.

Dieses Urteil ist ein Schlag ins Gesicht aller Psychiatriepatienten. Und ein Schlag gegen das immer wieder offiziell verkündete Ziel der Gleichstellung von Psychiatriepatienten mit anderen Krankenhaus-Patienten.

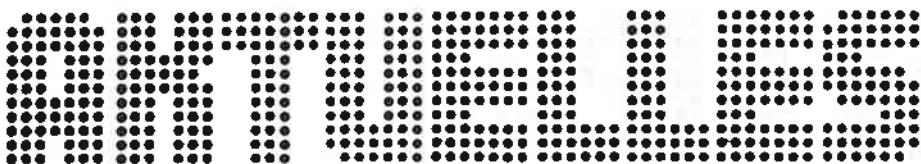
Für den BGH gibt es anscheinend drei Klassen von Menschen: Erster Klasse sind die Ärzte, die ja sowieso immer alles richtig machen und denen deswegen auch keiner auf die Finger sehen soll. Das Urheberrecht eines Halbgottes in Weiß auf seine „subjektiven Bewertungen“ steht oben an. Das „ärztliche Ermessen“ ist nicht nur bei der Akteneinsicht der Hebel, mit dem sich etliche Grundrechte von Patienten außer Kraft setzen lassen.

Zweiter Klasse sind die Patienten in Allgemein-Krankenhäusern. Sie dürfen demnächst darauf bestehen, zu erfahren, wieviel Fieber sie hatten oder wie hoch die geschluckte Dosis Abführmittel war, aber nicht mehr. Dies ist noch am ungefährlichsten für die Ärzte. Verdachtsdiagnosen, Prognosen und Beurteilungen bleiben behütet durch das „ärztliche Ermessen“.

Ganz unten kommen dann die Psychiatriepatienten. Sie dürfen noch nicht einmal „objektive“ Befunde verlangen. Patienten, die (wie der Kläger beim BGH, P. Lehmann) mit Hilfe der Akte ein Stück ihrer Lebensgeschichte aufarbeiten wollten, sind dabei der Willkür der Ärzte ausgeliefert. Dies ist umso schwerwiegender für Langzeitpatienten, für die die Akte manchmal das wichtigste Dokument ihrer Lebensgeschichte ist.

Auch wenn sich in diesem Urteil nur die herrschende Praxis bestätigt, wird hier die Enteignung der Gesundheit weiter festgeschrieben. An der Krankenhaustür gibt der Patient einen Teil seines Selbstbestimmungsrechts ab. Die Ärzte entscheiden, was gut für ihn ist, was er wissen darf und was nicht. Sogar, wenn Angehörige sich einverstanden erklären, daß auch ihre Berichte und Aussagen eingesehen werden, entscheidet der Arzt: Der BGH meint, es „können zweifelhaft sein, ob sie sich über die Bedeutung einer Offenlegung im klaren seien“. Die Entmündigung wird so auf die Angehörigen ausgedehnt.

Die ganze klassische Medizin zittert anscheinend vor der Gefahr, daß die Patienten erfahren könnten, was ihr Arzt bisweilen über sie so schreibt. Dies ist ein Standesurteil für die konservativen Ärzteverbände. Der BGH hat dem Druck dieser Kreise umfassend nachgegeben.



Am Rande entlarvt sich die Psychiatrie auch wieder selbst: Die Feststellung, daß Psychiatrieakten fast nur „subjektive Bewertungen“ des Arztes enthalten, war wohl nicht zu umgehen. Hier hat der BGH unfreiwillig zugegeben, daß „Wissenschaftlichkeit“ und „Objektivität“ der herrschenden Psychiatrie nur ein Schein sind.

Es bleibt festzustellen: Es gibt zwar kein Einsichtrecht, aber auch kein Verbot.

Patienten: Suchen Sie sich einen Arzt, der Sie in die Akten gucken läßt und diese mit Ihnen bespricht. Als Psychiatriepatient können Sie durch solch einen Arzt immer die Krankenhausakte anfordern lassen und auf diesem Umweg auch einsehen.

Ärzte, Psychiater: Lassen Sie Ihre Patienten in die Akten sehen, besprechen Sie mit ihnen, was dort aufgeschrieben wird, dokumentieren Sie Ihre Erfahrungen damit!

Beschwerdezentrum Psychiatrie Bonn

medico erkundet Hilfsmöglichkeiten im Libanon

Die Hilfsorganisation medico erkundet zur Zeit konkrete Hilfsmöglichkeiten für materielle und personelle medizinische Hilfe im Libanon.

Dazu flog im November eine Delegation nach Beirut.

Anfragen an:
medico, 6000 Frankfurt 1,
Hanauer Landstr. 147–149

Hebammen machen gegen Schließung von Ausbildungsplätzen mobil

Gegen die drohende Schließung von drei ihrer vier NRW-Ausbildungsstätten in Bochum, Paderborn und Wuppertal haben am 29. November 1982 mehrere hundert Hebammen und Schülerinnen dieses Berufs mit einem Protestmarsch in Düsseldorf demonstriert.

Wie die Vorsitzende der Landeshebamenschaft, Mariela Heller (Bochum), nach einer Tagung mitteilte, gefährdet die Schließung der drei Schulen – die vierte in Bonn ist nicht bedroht – nicht nur den dringend notwendigen Hebammennachwuchs, sondern auch die gesetzlich verankerte Betreuung junger Mütter.

Die sozialdemokratische Landesregierung will jedoch nicht nur 100 Ausbildungsplätze schließen, sondern gleichzeitig auch soziale Zu- schüsse für die Hebamenschülerinnen kürzen. Damit arbeitet die Landesregierung den Interessen der meisten Gynäkologen in die Hände: Notwendiger Nachwuchs für die Hebammen bleibt aus und damit löst sich die für die Gynäkologen bedrohliche Gefahr einer Zunahme von Hausgeburten bzw. ambulanter Geburten von selbst.

Krankenkassen senken Beiträge

60 von 270 Ortskrankenkassen sowie 45 Betriebskrankenkassen wollen 1983 ihre Beitragssätze senken. Der durchschnittliche Beitragssatz für alle Ortskrankenkassen wird 1983 von 12,4 % auf 12,3 % sinken. Bei den Betriebskrankenkassen sinken die Beiträge zwischen 0,2 % und 1,5 %. Die sinkenden Beitragssätze wurden von Arbeitsminister Blüm auf die „erfolgreiche Regierungspolitik“ zurückgeführt. Die Ursachen liegen jedoch – wie häufiger bei Herrn Blüm – woanders: nach Angaben des Bundesversicherungsamtes wirken jetzt Kostendämpfungsmaßnahmen im Bereich Ärzte und Arzneimittel, vor allem durch die erweiterten Selbstbeteiligungsregelungen. Außerdem haben die Krankenkassen auf Anweisung des Bundesversicherungsamtes Kapitalvermögen „verflüssigt“, weil sie laut Gesetz nur noch anderthalb Monatsausgaben flüssig vorhalten müssen. Nicht zuletzt

sind die Ausgaben der Kassen für Krankengeld erheblich zurückgegangen, weil der Krankenstand stark abgesunken ist. Auf diesen keineswegs erfreulichen Umstand hatte Anfang November 1982 schon der Vorsitzende des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, Willi Heitzer, aufmerksam gemacht. Als Gründe für das Absinken des Krankenstandes nannte er die hohe Arbeitslosigkeit und die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes bei längerer oder wiederholter Krankschreibung.

Kurzarbeit in Kurorten

Vom 1. Januar bis zum 30. März 1983 sollen 196 Beschäftigte des Staatsbades Bad Nauheim Kurzarbeit leisten. Die Staatsbäderverwaltung in Hessen prüft auch für andere hessische Kurorte Kurzar-

beitsanträge beim Arbeitsamt. Aufgrund der Rotstiftpolitik im Gesundheitswesen sei eine „Kur-Schwindsucht von 30–40 Prozent“ zu verzeichnen. Auf einer Protestkundgebung des DGB in Bad Nauheim sagte DGB-Sekretär Walter Hoffmann: „Wenn das Kostendämpfungsgesetz im Gesundheitswesen weiterwirkt, wird die Mehrzahl der hessischen Kurorte zu Geisterstädten degradiert.“

Einige Verwaltungen denken neben Kurarbeit bereits an Entlassierte gegen Arbeitsplatzabbau im Bereich der Staatsbäder, in denen 1980/81 bereits 100 Arbeitsplätze abgebaut worden sind. Der Vorgang werfe ein bezeichnendes Licht auf die angeblich so sicheren Arbeitsplätze im öffentlichen Dienst. Gleichen Protest äußerten auch Mitglieder von Betriebs- und Personalräten aus Kurorten in Westfalen-Lippe und Niedersachsen auf einer Tagung in Bad Oeynhausen. In diesem Zusammenhang warnte ÖTV-Hauptvorstandsmitglied Heinrich Schmidt scharf vor Überlegungen der Bundesregierung, ob die Inanspruchnahme von Jahresurlaub nicht die vorgesehene Selbstbeteiligung bei Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen ersetzen könnte. Viele Schichtarbeiter, Montagearbeiter und andere gesundheitlich vielfach belastete Beschäftigte könnten in der Regel nur während des Urlaubs unbeschwert mit ihren Familien zusammen sein.

Für sie bedeutet das Aufrechnen von Urlaub gegen Selbstbeteiligung einen Verzicht auf ein normales Familienleben.

Gebiß hin – Klage gegen Milupa

Weil ihr dreijähriger Sohn nach langem Genuss von fertiggesüßtem Milupa-Kindertee die Schneidezähne verlor, klagte jetzt die Mutter gegen die Herstellerfirma Milupa (Werbeslogan: „...wohlschmeckend und beruhigend, sorgt für Zufriedenheit und ungestörte Nachtluhe ... für den Säugling vom ersten Lebenstag an geeignet.“). Der Rechtsanwalt der Mutter sieht das Kind als „Opfer der Produktions- und Marktstrategie von Milupa“. Der Tee erzeuge schwere Zahnschädigungen, besonders dann, wenn „er entsprechend den Empfehlungen der Hersteller als beruhigende Einschlafhilfe gebraucht wird.“ Die Herstellerfirma habe gegen ihre Warnpflicht verstößen.

Zwangseinweisung zur Sicherungsverwahrung

In ein psychiatrisches Krankenhaus kann nur derjenige zur Sicherungsverwahrung eingewiesen werden, der wegen magelnder Zuverlässigkeit wegen einer Straftat nicht verurteilt werden kann. Mit dieser Begründung hob der Bundesgerichtshof die Zwangseinweisung eines als schwachsinnig bezeichneten 44jährigen Mannes auf, der wegen Brandstiftung, versuchter Vergiftung und Körperverletzung mit Todesfolge mehrfach verurteilt und in einer Anstalt untergebracht worden war. Im vorliegenden Verfahren hatte er einen Brand gelegt, dann aber verschiedene Angehörige darüber informiert. Dieses Verhalten hatte strafbefreiende Wirkung nach Ansicht des BGH. Trotzdem hatte das Landgericht Zweibrücken die Unterbringung in der Anstalt verfügt. (AZ 4 StR 472/82)

Verschiedenes

Kleinanzeigenmarkt/Stellenanzeigen

Ev. Krankenhaus GmbH Dortmund

Für das Krisenzentrum DO-Hörde suchen wir ab 1. 4. 1983 einen:

Facharzt für Psychiatrie

Zu dem Zentrum für Suicidgefährdete gehört eine klin. Einheit mit 5 Betten sowie eine Beratungsstelle. Der Arzt leitet die klin. Einheit als Oberarzt, hat konsiliarische Tätigkeit auf den Stationen des Allg. Krankenhauses zu versehen und hat eine Ermächtigungsambulanz zu versorgen. Nach Anforderung übernimmt er einige Stunden in der Beratungsstelle in beratender Tätigkeit.

Von dem Bewerber wird Zusammenarbeit im interdisziplinären Team erwartet, in dem nur eine Arztstelle vorhanden ist. Ebenso sollte Interesse an einer gemeindenahen Ausrichtung der Arbeit vorhanden sein.

Nähere Information erteilt: Inge Jöhrens, Dipl. Psych., Leiterin der Beratungsstelle, Virchowstr. 10, 4600 Dortmund 30, Tel. (0231) 435077

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!

Jedes 3. Wochenende im Monat

Seminare zum biologisch-dynamischen Land- und Gartenbau, Kontakt: Marianne von Putten-Luther, Gärtnhof Tauschendorf 7, 8621 Altenkunstadt.

8. 2. 1983

Bonn
„Weiterbildung und Facharztprüfung“

Liste Soziales Gesundheitswesen und Fachschaft Medizin; u.a. mit Dr. Schäfer, Ärztekammer Nordrhein
Uni-Hauptgebäude, HS III, 19 Uhr

10. 2. 1983

Lübeck
Sozial- und Gesundheitspolitik

Ref.: Rik van den Bussche, Uni Hamburg
Med. Hochschule Lübeck, Turmgebäude, Hörsaal I, Ratzeburger Allee 160, 20 Uhr
(alle Veranstaltungen in Lübeck sind Teil einer Ringvorlesung des ASTA der Med. Hochschule Lübeck zum Thema: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland)

16.-18. 2. 1983

Frankfurt
7. Frankfurter Fortbildungs-kurs für Sexualmedizin

Thema: Der Arzt, sein Patient und das sexuelle Symptom
Auskunft: Prof. V. Sigusch, Klinikum der Universität Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 6000 Frankfurt/Main 70, Tel. (0611) 63017614

24.-25. 2. 1983

Münster
4. Überregionale Work-shop-Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt)
Auskunft: dgvt, Postfach 1343, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 32697

26. 2. 1983

Frankfurt
Ordentliche Mitgliederversammlung des Fachverbandes Deutscher Allgemeinärzte

Auskunft: Bundesgeschäftsstelle des FDA, Talstr. 5, 8411 Nittendorf/Regensburg, Tel. (09404) 2250

14.-17. 3. 1983

Marl
Warum Kooperation und nicht Konfrontation?
Seminar des Allgemeinen Krankenpflegeverbandes
Auskunft: Allgemeiner Krankenpflegeverband, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstr. 55, 4370 Marl, Tel. (02365) 34666

21.-25. 3. 1983

Heidelberg
Fortbildung in psychosozialer Nachsorge bei Krebspatienten für Krankenpflegepersonal und Sozialarbeiter - 14. Grundkurs
Auskunft: Heidelberg, Tel. (06221) 563088

23.-24. 4. 1983

München
Internationaler Medizini-scher Kongreß gegen den Atomkrieg

29. 4. - 1. 5. 1983

Vollwert-Ernährung
Kongreß der Unabhängigen Gesundheitsberater In Gießen.
Kontakt: Verband Unabhängiger Gesundheitsberater, Keplerstr. 1, 6300 Gießen.

2.-18. 5. 1983

Genf
36. Vollversammlung der WHO (Weltgesundheitsorgani-sation)

3.-6. 5. 1983

Karlsruhe
Jahrestagung des Verbandes der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten
Auskunft: Geschäftsstelle des Verbandes, Postfach 12, 3134 Bergen/Dumme, Tel. (05845) 734

4.-7. 5. 1983

Göttingen
Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsme-dizin

Auskunft: Abt. für Arbeits- und Sozialmedizin der Uni Göttingen, Windausweg 2, 3400 Göttingen, Tel. (0551) 394950

9.-11. 5. 1983

Goslar
Tagung der Deutschen Ver-einigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V.

Themen: Datenschutz - Sozialgeheimnis und befugte Offenbarung - Ärztliche Schweigepflicht
Auskunft: Frau M. Mehrs, Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V., Langebeckstr. 1, 6500 Mainz, Postfach 3960

10.-14. 5. 1983

Kassel
86. Deutscher Ärztetag

Arbeitstagung „Arbeitsmedizin und Arbeitsmarkt“

1./2. Oktober 1983 in Bremen

Ort: Universität Bremen

Im Rahmen der Kooperation zwischen Universität und Arbeiterkammer Bremen plant der Arbeitsbereich Arbeit und Betrieb der Universität Bremen eine wissenschaftliche Arbeitstagung zum Thema „Arbeitsmedizin und Arbeitsmarkt“.

Bislang geplante Themen:

1. Medizinische Wissenschaft und Arbeitsmarkt
2. Arbeitsmedizin und betrieblicher Personaleinsatz
3. Leistungsgeminderte auf dem Arbeitsmarkt
4. Arbeitsmedizin und Arbeits- und Sozialgerichtsbarkeit
5. Neuere Forschungsergebnisse zu den Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen
6. Umsetzung von arbeitsmedizinischem Wissen – Grenzen der Wissenschaft

Interessenten wenden sich bitte an:

Prof. Dr. Gine Elsner, Postfach, Universität Bremen, 2800 Bremen 33, Tel. (0421) 2183242

Verschiedenes

Kleinanzeigenmarkt / Stellenanzeigen

Suche Ass. Arztstelle in intern./chir. oder gyn. Abteilung mit offenem Klima, demokratischem Anspruch und Sinn für Neues.

Heiner Goschenhofer, Fröhlichstr. 4, 8700 Würzburg, Tel. (0931) 43520

Informationen über die Arbeit und Ziele der Liste Soziales Gesundheitswesen in der Ärztekammer Nordrhein über: Edda Forssmann, Olperer Straße 133

5000 Köln 91, Tel. (0221) 877981 o. 33940.

Zahnarzt gesucht!

Unser Vorort wird von der Zahnärztekammer boykottiert, obwohl sich die Mehrheit der Bevölkerung für die Wiederansiedlung eines Zahnarztes ausgesprochen hat.

Wer kann uns helfen?

Stadtrat Rolf Kappel, Am Su-sewind 1, 5820 Gevelsberg 14.

ZDL-Stelle als Arzt

im Krankenhaus – Innere Abt. im Ruhrgebiet gesucht. Tel.: (0209) 594659.

Stellenanzeige

PRO FAMILIA-Beratung

Die PRO FAMILIA-Beratungsstelle Lippe, Woldemarstr. 15, in 4930 Detmold, sucht zum nächstmöglichen Termin eine(n) engagierte(n) Ärztin/Arzt, wenn möglich mit gynäkologischer Fachausbildung, für 10 Stunden pro Woche.

Telefonische Anfragen bitte unter der Rufnummer (05231) 26841.

Pro Familia Lippe
Beratungsstelle Detmold
Woldemarstr. 15
Tel. (05231) 26841

Arzthelferin

Engagierte Arzthelferin für neueröffnete Internistenpraxis in Bielefeld-Stieghorst zum 15. 3. 1983 gesucht. Tel.: (0421) 426038.

Wir sind eine Gruppe von 6 Ärzten und einem Krankengymnast in einem neuen Haus in Bielefeld-Stieghorst. Unser Ziel ist, bei eigenständiger Praxisorganisation ein hohes Maß an Zusammenarbeit zu erreichen (z.B. gegenseitige Fortbildung, Balintgruppe, psychosoziale Stadtteilarbeit). Wir suchen noch eine(n) gutausgebildete(n) und begeisterungsfähige(n) Neurologen, Psychiater oder Hautarzt für die letzte freie Praxis. Tel.: (0521) 205707.

Welche Frau

hat Lust, mit mir zusammen im Sommer 1983 in einem Frauengesundheitszentrum für 1 bis 2 Monate in den USA (Kalifornien) mitzuarbeiten (zu familiieren)? Wer mitmachen möchte oder auch hilfreiche Tips (Erfahrungen) geben kann, schreibe an: Dorit Loder, Petrikirchstraße 12/22A, 34 Göttingen-Weende.



Jede Woche Lotto und Spiel 77

Genaue Anschrift bitte deutlich in Blockbuchstaben eintragen

Annahmestellen-Nr.

Registrier-Nr.

Name

Spiel 77

Straße

Bei zwei Millionen Arbeitslosen ist Arbeitslosigkeit schon lange kein individuelles Schicksal mehr, jeden in fast jeder Position kann es treffen. Ganz besonders aber sind Menschen betroffen, die in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind, sie sind schon seit Jahren nahezu nicht mehr vermittelbar. Bei der großen Zahl der betroffenen Menschen geht aber schnell der Blick für die Nöte verloren, in die der einzelne Mensch und seine Familie gerät, wenn er über lange Zeit keine Arbeit mehr findet. DG interviewte Herrn S., der nach jahrelanger Arbeitslosigkeit schließlich einen Rentenantrag stellte und nun in ein Reha-Zentrum kam, damit nach Abschluß der Behandlung ein Urteil über seine berufliche Verwendbarkeit getroffen werden kann. Edi Erken sprach für DG mit Herrn S.

DG: Herr S., sind Sie so krank, daß Sie jetzt hier in diese Klinik kommen mußten, oder hat man Sie hier her geschickt, weil Sie keine Arbeit haben?

S.: Weil ich schon seit Jahren keine Arbeit mehr kriege.

DG: Wie lange sind Sie schon arbeitslos?

S.: Ich bin seit 1975 arbeitslos, das dritte Mal jetzt. Das letzte Mal von 78-79, da hatte mich der Amtsarzt untersucht auf dem Arbeitsamt, und hat gesagt, Herr S., reichen Sie die Rente ein.

DG: Wie alt sind Sie jetzt?

mich untersucht, und da mußte ich wieder bei ihm rein, beim Doktor. Da sagt der zu mir, dann machen Sie mal zehn Kniebeugen, wegen meinem Kreuz, und hab ich nicht geschafft. Und dann konnte ich wieder aufstehen, konnte mich hinsetzen und da war er da am Schreiben, und da hat er mit dem verglichen, was die vorhergehenden Ärzte festgestellt hatten. Nu und da konnte ich wieder gehen. Und dann kriegt ich ein Schreiben, so'n Packen ist das gewesen da, was er alles festgestellt hatte und für was für Arbeiten ich noch zu gebrauchen wär. Und da bin ich wieder nach dem Arbeitsamt gegangen, da mußte ich mich ja melden, damit mein Rentenan-

500 Mark, da bleiben 300 und noch was über.

DG: Zusammen haben Sie also gut 800 Mark, d.h. Ihnen bleiben ca. 350 Mark zum Leben übrig?

S.: Ja, also von mir 374 Mark im Monat und 257 Mark alle 14 Tage von meiner Frau, rund gerechnet 860 oder 870 Mark, davon bleiben rund gerechnet 350 Mark. Und wenn meine Frau mal zum Friseur will, dann steckt das eigentlich schon nicht mehr drin.

DG: Wieviel Bewerbungsversuche haben Sie denn gemacht? Wieviele Ablehnungsschreiben haben Sie schon?

Fast wie ausgeschlossen, ehrlich!

S.: Ich bin noch im 55., ich werde im nächsten Jahr im Juni 56. Na, und am 28. August 79, habe ich die Rente eingereicht. Da kriegt ich von der LVA ein Schreiben, da mußte ich dann nach Wuppertal zum Vertrauensarzt und der schickte mich nach dem Nervenarzt nach Essen-Bredeney, und der stellte dann so allerhand fest, Hauptschlagader verhärtet und dergleichen, und dann kam die Gerichtsverhandlung vorm Sozialgericht in Düsseldorf, da liegt meine Klage, also ich hab eingeklagt, die wurde abgewiesen, da hab ich Berufung eingelegt. Das war 1980 im Januar. Und da hat das gedauert, also da haben sie mich erst noch mal bei 'nen Arzt geschickt, das war der Dr. K. . . . in Dui-Rheinhausen. Der war Direktor für die Arbeitsmediziner bei der Knappschaft. Und da kam ich da rein mit meiner Frau. Na ja, da haben sie

spruch nicht erlischt, da haben die gesagt, Herr S., wir können Sie nicht mehr vermitteln. Leichte Arbeit haben wir für Sie überhaupt nicht, und das geht jetzt schon vier Jahre. Und 1977 kriegt meine Frau dann auch ein Leiden, den Namen kann ich leider nicht aussprechen, da war sie auch arbeitslos.

DG: Wovon leben Sie denn jetzt?

S.: Ja, passen Sie auf, da gehen 320 Mark Miete ab, alle zwei Monate müssen wir 284 Mark für Strom und Gas bezahlen, und dann kommt meine Lebensversicherung 33 Mark und die Hausratsversicherung, also wir haben monatlich Unkosten, ne wahr, das sind 320 Mark und die 284 geteilt, das sind 142 Mark, das sind 466 Mark, und jetzt kommen 33 Mark monatlich Versicherung für meine Frau bei, das sind rund

S.: Da hab ich so'n Packen gehabt, und dann bin ich selber an die Firmen vorbeigegangen noch, weil mir die Bude auf den Kopf fiel und nachher war ich so fertig, da bin ich bei meinen Arzt gegangen; ich sage, Herr Doktor, hier gucken Sie an, nachts bin ich aufgestanden, war ich so am Zittern. Da hat der mir Lexotanil-Tabletten verschrieben und die habe ich dann, bis ich hierher kam, hab ich die eingenommen und die hat man mir jetzt entzogen.

Nachts bin ich aufgestanden und war so am Zittern. Da hat der Doktor mir Lexotanil-Tabletten verschrieben.

S.: Ich hab mir dann einen Rechtsanwalt genommen, und der sagte, er macht keine Klage hier vorm Sozialgericht, sondern er

hat da einen Bekannten, der war früher Senatspräsident in Essen am Landessozialgericht von NRW, der ist pensioniert. Und da hat der Rechtsanwalt mich hingeschickt, der sagte, Herr S., nehmen sie ihre Berufung nicht zurück. Aber da haben mich die in Essen beim Sozialgericht so fertig gemacht, daß ich die Berufung zurückgezogen habe, aber nur unter der Bedingung – wie auch der Richter gesagt hat – daß sie mich erst mal in so eine Heilstätte schicken wie hier. Und das war dieses Jahr am 18. oder 28. April, und seitdem habe ich gewartet, bis ich hierher kam, immer zittern, zittern, zittern. Der Reha-Berater von hier, der hat nun auch schon mit dem Arbeitsamtberater in Velbert telefoniert, die gleiche Auskunft wie immer: schwer vermittelbar, keine Arbeit ...

Immer Zittern, Zittern, Zittern ...

Dabei hatte ich mich beworben als Portier, als Kauwart, also einer der Waschräume saubermacht, und so weiter, aber nix zu machen. Als Portier war's schwierig, die machen Wechselschicht, das darf ich nicht, weil ich ein Zwölffingerdarmgeschwür hatte, das war geplatzt, da war ich acht Wochen krank, drei Wochen im Krankenhaus. Und so lebt man so dahin.

DG: Wie leben Sie jetzt, was machen Sie den Tag über?

S.: Der Frau zur Hand gehen, weil meine Frau das mit den Augen hat, Kartoffeln schälen, ... bissel putzen, Staubsaugen und so, weil meine Frau sich nicht so anstrengen darf. Wenn die einkaufen geht, muß ich mitgehen, weil sie nicht richtig sehen kann. So gehe ich der Frau zur Hand.

DG: Und wie geht der Tag rum?

S.: Abends, da sitzt man vorm Fernseher, wenn schönes Wetter ist, dann gehen wir immer mal spazieren bei uns oben, wir wohnen da am Strand. Wir können uns da nix groß leisten, und das einzige, was wir hier haben, ist Theater, und das ist zu teuer. Und Rauchen tue ich noch. Zu Hause drehe ich ja, das ist billiger.

Kino kostet 8 Mark, das hängt ja gar nicht drin!

DG: Gehen Sie denn schon mal aus, ins Kino oder so?

S.: Wo sollen wir denn hingehen, Kino kostet 8 Mark pro Mann, das hängt ja gar nicht drin.

DG: Ihre ehemaligen Kollegen, treffen Sie die schon mal?

S.: Ja das muß ich Ihnen ganz ehrlich sagen, die Kollegen, die ich früher hatte, wo ich gut verdient habe, die kennen einen heute nicht mehr.

DG: Gibt es auch keinen Treffpunkt, in der Kneipe oder so, wo man sich mal wieder sieht?

S.: Ja, früher war ich im Sportclub, 2. Vorsitzender, und seitdem es uns so mies geht, fragen die schon mal, warum kommt ihr nicht mehr in die Wirtschaft, ich sage, wir können uns das finanziell nicht mehr leisten, seitdem kennen die einen praktisch nicht mehr.

DG: Kennen Sie denn noch viele andere Arbeitslose?

S.: Denen geht's zum Teil ja noch dreckiger als mir, manchen, aber die sind auch selber schuld, die haben ihre Arbeitsstelle durch den Alkohol verloren. Ich trinke ja seit 78 keinen Alkohol mehr, nicht einen Tropfen. Ich meine, ich hab früher auch gern mal ein Glas Bier getrunken, es hat ja auch dringend gehangen. Und dann 79, wo ich im März das Zwölffingerdarmgeschwür hatte, da sagte der Arzt, ich soll den Alkohol ganz sein lassen. Seitdem hab ich Schluß gemacht, nicht mal Bier mehr. Und jetzt ist mir auch noch die Wohnung gekündigt worden wegen Eigenbedarf!

Woche Fleisch erlauben und meine Frau ist jeden Monat einmal zum Friseur gegangen, das fällt flach, das geht nicht, jetzt geht sie zweimal im Jahr, das bezahlt meine Tochter.

DG: Sie haben doch früher sicher auch Urlaub gemacht?

S.: Ja sicher, wir sind sogar zweimal in Urlaub gefahren, aber immer nach der DDR, zu unseren Verwandten, außer einmal, da waren wir in Holland oben, aber sonst immer in die DDR. Und früher, seien Sie da war ich z.B. Jugendleiter im Sportverein. Da ist meine Frau auch immer mitgegangen, wenn wir so Sitzungen hatten, oder wenn ich mit den Knaben zum Spielen gefahren bin als Begleiter. Das ist alles weggefallen. Und auf dem Sportplatz heute – da bin ich auch ausgetreten aus dem Sportverein – wenn ich auf den Sportplatz gehe, dann muß ich bezahlen wie jeder andere auch. Das ist alles weggefallen. Oder mal hier so eine Karnevalsveranstaltung: können wir nicht berappen, von was denn?



DG: Konnten Sie die Miete denn noch bezahlen?

S.: Wir sind damals eingezogen, glaube ich, mit hundertzehn Mark, und das ist jetzt auf 320 Mark gestiegen, also nur die blanke Miete. Nun wollen wir mal abwarten, bis ich hier aus der Kur komme, was dann ist. Ich habe ja ein Jahr Kündigungsschutz, weil wir im 14. Jahr da wohnen.

DG: Wie fühlen Sie sich eigentlich so als Arbeitsloser?

S.: Fast wie ausgestoßen, ehrlich. Also wenn man die sieht, die anderen, woll'n wir mal sagen. Dieses Jahr hatten wir ja einen schönen Sommer, von uns aus ist es nicht weit zum Wald, da ist ein Waldcafe. Und dann sitzen die da, und wenn sie Kaffee und Kuchen haben, müssen wir da vorbeigehen. Das hängt einfach nicht drin. Genau wie viel Fleisch. Wenn unsere Tochter in der Woche nicht ab und zu mal etwas vom Supermarkt mitbringt, können wir uns von dem Geld praktisch nur einmal in der

Ich möchte ja schon ein bissel was tun, ich hab mir immer selber Arbeit gesucht, hab das Arbeitsamt nie gebraucht.

DG: Wie war das denn, als Sie das erste Mal beim Arbeitsamt waren?

S.: Am 17. März 75 wurden wir mit 4 Mann entlassen aus der Galvanik. Da hab ich mich arbeitslos gemeldet, und die konnten mir keine Arbeit verschaffen. Da dachte ich, weißt du was du machst, gehst zum Evangelischen Gemeindeamt – ich bin evangelisch – bin hingegangen und hab gesagt, hören Sie mal, haben Sie keine Arbeit für mich? Ja was wollen Sie denn tun, oder was haben Sie gemacht? Ich sagte, ich war in der Galvanik, bin jetzt arbeitslos, ich nehm' jede Arbeit an. Da haben sie mich praktisch als Totengräber eingestellt. Nun, im November kriegte ich ne schwere Grippe, und wie ich zu Hause lag, da kam das Entlassungsschreiben, Paragraph soundso nach dem Gesetz, da war ich wieder entlassen von der evangelischen Kirche. Ja, und da war ich wieder ne Zeit ar-

beitslos. Da hab ich mich als Betriebsgärtner beworben. Da in den Büros, hab ich immer gesagt, das geht nicht, daß Ihr die Blumentöpfe immer als Aschenbecher benutzt und die Kippen rein tut. Ja, und da hab ich wohl zuviel gesagt, da haben sie mich wieder entlassen. Und nachher bin ich in eine Aluhandlung, also die haben Aluminium-, Kupfer- und Neusilberhandel, Halbedelmetalle. Der hatte da eine Staubmühle aufgestellt, da war ich bis 78, und dann konnte ich die Säcke nicht mehr heben. Da kam ich rüber in die Schleiferei und mußte in die Entgraterei mit Hammer und Meißel. Die gehörte aber seiner Frau, die Schleiferei, ja und die hat nachher auch zugeschlagen, und da hing ich ganz auf der Straße.

DG: Und seit 78 gab es gar keine Angebote mehr?

bracht wegen der Dämpfe da und wegen meiner Lunge, Lungenschrumpfung, oder wie die das nennen.

DG: In Ihrer Sparte war damals schon nichts mehr zu machen?

S.: Das war auch schon so mau. Dann war ich ja als Betriebsgärtner, das war auch nichts. Dann bin ich bei den Schrotthändler gegangen. Da wurde man mal entlassen, dann hat er einen wiedergeholt. Wenn ich dann angerufen hab, hat's geheißen, ja kannst hier arbeiten, aber ohne Papiere. Ich hab gesagt, das will ich aber nicht, ich muß ja versichert sein. Ja, und dann hatte ich bei denen keine Arbeit. Dann später bin ich doch runter gegangen, um was zu verdienen und ohne Papiere was zu arbeiten. So richtig gezwungen ist man da. Meine Frau kriegte auch mal eine Arbeit zugewie-

man gleich unten durch. Eine Firma hat mir angeboten, als Portier anzufangen, aber das heißt drei Schichten mit Nachschicht, die Wechselschicht ist mir aber verboten worden wegen meines Magenleidens.

DG: Was meinen Sie denn, wie es zu dem Magenleiden gekommen ist?

S.: Ja, die ewige Ärgerei, was anderes ist das nicht.

DG: Sind Sie in dieser Zeit denn oft bei Betrieben gewesen zur Vorstellung?

S.: Ja, und ich sage ja, überall wo man hinkommt, kriegt man so'n Schreiben: Personalien, Arzt, Kurantrag und dergleichen. Das wollen sie alles wissen. Wenn sie in Velbert heute eine Arbeit angeboten kriegen, da arbeiten sie einen Tag und kurz darauf kriegen sie ein Schreiben, daß sie zum TÜV müssen. Das ist so'n Ärztekommision, da werden die Leute untersucht. So ist es meiner Frau ja gegangen, da hat der Arbeitgeber von dieser Ärztekammer Bescheid gekriegt, daß sie ein schweres Augenleiden hat. Bumms da war se weg!

Früher, wenn ich wohin kam, frugen die, was haben sie gemacht, können sie hart anpacken? Na ja, Kohlenträger und Öltankreiniger war ich ja auch schon mal.

DG: Was wird alles gefragt, wenn Sie sich vorstellen?

S.: Also, wenn ich dahin komme, da sagen sie, bitte füllen Sie den Bogen aus, da haben sie so'n dicken Block, Einstellungsformular steht da drüber. Oben steht erst mal Personalien, dann bei welchem Arzt man in Behandlung ist und weshalb, ob man schon mal in Kur war, wieder einen Kurantrag gestellt hat, ob man Schulden hat oder ob Pfändungen vorliegen.

DG: Geht das den Arbeitgeber denn alles was an?

S.: Ja, das weiß ich ja nicht, welche Berechtigung die dazu haben, früher war das jedenfalls nicht der Fall. Da konnte man da hingehen und wurde fast nur gefragt, wann man anfangen konnte. Da hat keiner gefragt, ob man krank ist oder nicht oder ob man ein Leiden hat. Wenn man gearbeitet hat und hat gehört, im Nebenbetrieb würde mehr Geld verdient, hat man da angefragt. Und wenn sie einen brauchten, haben sie nur gefragt, wann man anfangen wollte. Das war gut, ne!

Und jetzt haben sie ganz umgestellt. Und wenn sie wirklich was haben, dann darf ich es nicht machen wegen der Wechselschicht, oder sie sagen, wir haben schon ältere Arbeitnehmer, die ihre alte Arbeit nicht mehr machen könnten, die sind schon als Portier eingestellt.

DG: Haben Sie schon mal andere Arbeitslose gefragt, ob die auch solche Fragebögen beantworten müssen?



S.: Kein Stück mehr auch vom Arbeitsamt. Wir haben nichts, Herr S., wir haben nicht mal was für 18-jährige.

DG: Sie haben also fast immer in derselben Sparte gearbeitet, immer schwere Arbeit?

S.: Ja, Galvanik, Gießerei. Ganz harte Arbeit – ich weiß nicht, ob Sie eine Gießerei schon mal von innen gesehen haben? Die schweren Kästen auspacken, drin die gegossenen Teile, die Seide wegstellen, und anschließend mußten sie alles durchschleudern, da muß ja für den anderen Tag der Sand wieder aufbereitet werden.

DG: In Ihrem gelernten Beruf haben Sie nichts mehr gesucht?

S.: Nichts mehr, weil ich kein Interesse mehr habe, ehrlich nicht.

DG: Und eine andere Ausbildung wäre nicht möglich gewesen?

S.: Ja, das hat man verschwitzt, man hätte sich vielleicht anlernen lassen können, das war mein Fehler. Ich wär vielleicht gerne in der Galvanik geblieben, aber der Lungenfacharzt sagte, Herr S., gehen Sie da raus, ein Arbeitsplatzwechsel ist für Sie ange-

sen in der Schloßfabrik, und da sagte der Chef zu ihr: Ja, Sie können 5 Mark die Stunde kriegen, arbeiten ohne Steuerkarte. Sie können kommen wann Sie wollen, und gehen, wann Sie wollen.

DG: Was war das für eine Firma, die Ihnen solch ein Angebot gemacht hat?

S.: Die haben hauptsächlich Ausländer gehabt und Frauen, die das gemacht haben.

DG: Haben Sie danach noch einmal etwas gefunden?

S.: Seit 78 nichts mehr. Zweimal im Monat muß ich auf dem Arbeitsamt 'nen Stempel holen, die sagen dann, Herr S., ist ja zwecklos, Sie sind nicht zu vermitteln.

DG: Aber Sie haben schon das Gefühl, daß die sich auf dem Arbeitsamt bemüht haben?

S.: Die haben nichts, genau wie für meine Frau, da haben sie auch nichts. Und wenn ich bei ner Firma hinkam, teilweise wird man gefragt, was haben Sie die letzte Zeit gemacht, und wenn ich dann sag, ja so und so, nen Rentenantrag eingereicht, dann ist

S.: Ja, sicher, bei allen großen Firmen bei uns, und die kleinen stellen ja überhaupt keinen mehr ein. Vor allem, jetzt ärgert mich das, früher hab ich da ja nichts drum gegeben. Aber was geht das die an, was für 'nen Hausarzt ich habe und weshalb ich da in Behandlung bin. Was geht das die Leute an? Ich meine, der Arzt, der hat doch Schweigepflicht, der darf das den Arbeitgebern doch gar nicht mitteilen?

DG: Was für Gedanken haben Sie bei solch einer ärztlichen Untersuchung?

S.: Ich meine, das ist doch klar, wenn man zum Arzt geht in so einem Fall, dann denkt man, hoffentlich geht alles gut, wenn der dich untersucht, und daß er das nicht merkt, wenn man wirklich etwas hat. Dann werden sie abgehörcht, der ist ja nun mal da. Und jetzt zuletzt, wo ich bei dem Kohlenhändler war, der übrigens zum Mannesmann-Konzern gehörte, da hat der mir gesagt: es kommt noch mal die Zeit, da stehen 100 Mann vor dem Tor, da kann ich mir die Leute aussuchen! Und das, weil wir ab und zu mal gesagt haben, jetzt ist Schluß und Feierabend, wir arbeiten abends nicht mehr länger! Wir mußten am Tag 250 Zentner einsacken, aufladen, rausfahren und austragen, das war ne ganz schöne Maloche!

DG: Gehen Sie denn jetzt schon von sich aus runter mit Ihren Lohnvorstellungen, wenn Sie sich bewerben?

S.: Ach woll'n mal so sagen: Wenn ich jetzt bei ner Firma hinkomme, ich kann ja nicht das verlangen, was einer hat, der schon ein paar Jahre da ist. Aber doch nicht so'n krassen Unterschied, daß der eine 10 Mark und zehn Pfennig kriegt und der andere diesselbe Arbeit für 14 Mark macht.

DG: Kennen Sie das von anderen Kollegen, daß sie viel weniger bekommen, weil sie später angefangen haben?

S.: Ja sicher, hab ich auch selber mitgemacht. Da kommen sie mit den ersten vier Wochen, das wär' die Probezeit. Da hab ich mal gesagt, das wär ja Quatsch mit der Probezeit, ich mach doch diesselbe Arbeit, das sehen sie doch. Ja aber das ist eben Probezeit, und wenn man den Mund aufmacht, dann ist man gleich wieder draußen nach vier Wochen. In dieser Beziehung sind sie heute brutal.

DG: Sind die Kollegen auch vorsichtiger geworden, wenn sie sich mal beschweren wollen? Trauen die sich nicht mehr, weil sie Angst haben, rauszufliegen?

S.: Die haben alle Angst um ihren Arbeitsplatz. Ich kenne verschiedene, die wollen auch nen Kurantrag stellen, aber die haben Angst um den Arbeitsplatz!

DG: Sind das Kollegen, die eine Kur dringend brauchen?

S.: Ja sicher, die trauen sich aber nicht. Erfahren tut das der Arbeitgeber ja sowieso, aber die sind bange, daß es eine Wieder-

holungskur wird. Wie meine Frau, die war 77 weg und dann sollte sie wieder weg. Wenn man heute einen Kurantrag stellt, dann wird man gleich schief angeguckt. Und wenn man Arbeit hat und mal zum Arzt muß, und wenn es nur wegen der Brille ist, dann wird man gleich gefragt, ob man es nicht auch abends machen könnte.

DG: Hat sich etwas verändert im Verhältnis zu Ihrer Familie, seit Sie arbeitslos sind?

S.: Ich will mal so sagen: Wir können uns nichts mehr erlauben, meine Frau und ich. Wir hatten ja zu Anfang nur das, was wir auf dem Leibe trugen. Wir haben uns alles zusammen angeschafft. Über mich sagt meine Frau immer nur, der ist der ruhende Pol. Ich bin ganz ehrlich, ich hab immer alles in mich reingefressen. Ich war immer so ruhig. Wenn es mal Knatsch gab, hab ich nur dagesessen. Und wenn meine Frau jetzt sagt, Vater sag doch mal was, dann sag ich: was soll ich denn sagen, Du weißt doch, was los ist. Das wurmt mich, hier zu Hause zu sitzen, hier im Haushalt mitzuhelfen. Ich mach das ja gerne, aber ich will Geld verdienen.

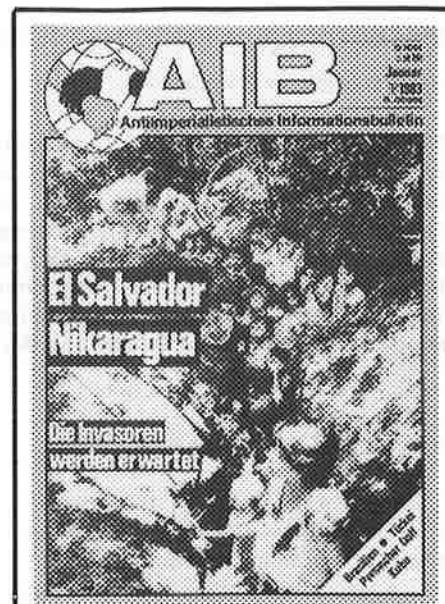
Sonst ist das so eine Ruhe bei uns zu Hause, in der Ehe, da gibt es keinen Krach. Auch früher, als die Kinder noch klein waren oder mal etwas los war, meistens wegen der Kinder oder weil ich mal einen gekippt hatte, dann hab ich meistens gesagt, ist schon gut, hab mich zurückgezogen und bin früh ins Bett gegangen. Meine Frau dagegen, die lacht so gerne, die geht so aus sich raus, aber ich fresse so alles in mich rein.

DG: Was glauben Sie, wie es bei Ihnen weitergehen kann?

S.: Wie es weitergehen soll? Den Herrn Doktor M. hab ich auch gefragt und ihm gesagt, Herr Doktor, wenn ich Arbeit kriege, wär ich froh, wär ich glücklich, und wenn ich Rente kriegen sollte, dann müßte ich sehen, daß ich noch 'nen Schrebergarten erwisch'. Damit ich noch ein bissel was zu tun hab, nicht den ganzen Tag in der Stube hocke. Ein bissel rumkroisen, auf deutsch gesagt bei uns. Weil nur so rumsitzen den ganzen Tag und mit der Frau ein bissel spazieren gehen, das ist nichts. Ich meine, handwerklich arbeiten kann ich nicht, da bin ich ehrlich. Tapezieren oder Anstreichen. Da muß ich raus wegen der Luft.

Jetzt war meine Tochter hier, die hat mir hundert Mark hiergelassen. Von den hundert Mark hab ich jetzt noch 80 Mark in der Tasche. Die Mutter hat am Telefon gefragt: Vater, brauchst Du Geld? Ich sagte ne, ich brauch nichts. Sie waren ja am Samstag hier und haben mir Zigaretten mitgebracht, und sonst brauch ich ja nichts zu kaufen hier. Und das Geld nehm ich wieder mit nach Hause und geb's Mutter, wenn ich nach Hause komme über Weihnachten.

DG: Herr S., ich danke Ihnen für das Gespräch!



In AIB, Heft 1/1983 bringen wir u.a.:
Nikaragua: Von der stillen zur offenen Invasion • Gespräch mit Jorge M.: Die FMLN erkämpft Positionsvorteile • Dialogvorschlag der FMLN/FDR • Friedensinitiative Mexikos und Venezuelas • Ist Kubas Wirtschaft bankrott? • Uruguay: Volkstum für eine echte Demokratisierung • Brasilien: Kongreßwahlen im Schatten der Militärs • US-Strategie: Die Dauerbelagerung des Persischen Golfs • Bahrain: Das Khalifa-Regime in Bedrängnis • Türkei: Die neue Verfassung der Junta • Indochina: Die revanchistische Allianz China – USA • Neue Akzente auf dem 6. BUKO • Nobelpreisträger García Marquez: Der „magische Realismus“

Einzelheft 2,50; Jahresabo 25,- DM; bei Abnahme von 10 und mehr Exemplaren 33% Rabatt.

- Ich bestelle AIB 1/83
 Ich abonneiere das AIB ab Nr. _____
 Ich möchte ein Probeexemplar

Name: _____

Adresse: _____

Datum/Unterschrift: _____

Bitte einsenden an:

AIB
LIEBIGSTR. 46, 3550 MARBURG

Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Wissenschaftler fordern politische Konsequenzen

Von Klaus-Dieter Thomann

1983 werden die düsteren Visionen des Bundesarbeitsministers Blüm Wirklichkeit, der in einem Interview mit der Zeitschrift Stern befürchtete: „Nur die Jungen, Gesunden, Cleveren bekommen Arbeit. Alte, Kranke, Behinderte werden ausgeschwitzt, vor die Tür gesetzt. Sie verhungern nicht, sie verkümmern.“ Die bundesdeutsche und westeuropäische Wirklichkeit hat die Befürchtungen Blüms bereits überholt: Nicht nur die bereits gesundheitlich und sozial Geschädigten spüren die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit; betroffen sind auch die, die sich noch einer relativ guten Gesundheit erfreuen und die noch im Arbeitsleben stehen.

Arbeitslosigkeit hat drei wesentliche Auswirkungen auf den Gesundheitszustand:

1. Sie erhöht den relativen Anteil der gesundheitlich Beeinträchtigten an der Gesamtzahl der Arbeitslosen durch den stetigen Aussortierungseffekt des Arbeitsmarktes.
2. Sie wirkt sich direkt auf die Gesundheit aus; in der überwiegenden Mehrheit läßt eine langdauernde Arbeitslosigkeit einen schädigenden Effekt erkennen.
3. Sie bewirkt eine größere Arbeitsbelastung der noch Arbeitenden, da der Leistungsdruck erheblich wächst und die Produktivität pro eingesetzter Arbeit steigt.

Umfrage deutlich, die der Verfasser im November 1982 in einem Berufsbildungswerk in Frankfurt durchführte. In dieser Einrichtung werden Arbeitslose unterrichtet, bei denen der Erhalt oder der Ausbau beruflicher Fertigkeiten erzielt werden soll. 26, meist ungelernte oder angelernte Arbeiter und Arbeiterinnen, zwischen 18 und 55 Jahren wurden mittels eines Fragebogens nach ihrem subjektiven Gesundheitserleben befragt. Bereits in der einführenden Diskussion ließ sich eine deutlich mutlose und depressive Stimmung konstatieren. Die Teilnehmer berichteten, daß sich ihre gesamter Tagesrhythmus umgekehrt habe.

Tagsüber hätten sie nichts zu tun, nachts könnten sie nicht schlafen. Einige von ih-

(z.B. Hobbies), sei dies nun nicht mehr der Fall. Wofür ein Hobby, wovon entspannen?

In der Befragung ergab sich, daß der durchschnittliche Einkommensverlust 40 % betrug. 11 der 26 fühlten sich gesundheitlich schlechter als vor der Arbeitslosigkeit. 7 konnten keine Änderung feststellen und 4 fühlten sich besser. Diese 4 gaben an, vor der Entlassung an besonders belastenden Arbeitsplätzen tätig gewesen zu sein.

19 machten sich über ihre Zukunft Sorgen, nur 7 waren zuversichtlich. 14 hatten ebenfalls Befürchtungen um ihre Familie. 21 fingen zeitweise an zu grübeln und sich niedergeschlagen zu fühlen. Mehr als 50 % (14) trugen sich zumindest zeitweise mit Selbstmordgedanken und dachten öfters, daß das Leben keinen Sinn habe. Nur 4 waren manchmal der Meinung an der Arbeitslosigkeit selbst Schuld zu sein, während 20 keine solchen Gedanken hegten. War damit die bewußte eigene Schuldzuweisung gering, so berichteten 20, daß sie sich schlecht fühlten, wenn sie gefragt wurden, wo sie arbeiteten und ihre Arbeitslosigkeit zu erkennen geben mußten.

Als Unternehmer begrüße ich es natürlich, daß meine Leute in der augenblicklichen Situation entschieden weniger Krankfeiern als in alten Zeiten.



Selbst unser ältester Mitarbeiter, Herr Preuß, der es angeblich immer mit dem Herzen hatte, verzichtet neuerdings FREIWILLIG auf Kurven und Krankschreiben.



FREIWILLIG! Und nicht etwa, wie die Gewerkschaften behaupten, aus Angst um seinen Arbeitsplatz



Im Einzelfall – gerade bei gesundheitsschädigender und belastender Arbeit – mag die Arbeitslosigkeit kurzfristig eine Entlastung bewirken, längerfristig wird sie jedoch von den negativen Wirkungen eingeholt (Vgl. Interview mit Ch. Brinkmann). So bietet sich in Zeiten der wirtschaftlichen Krise das paradoxe Bild einer gleichzeitigen bzw. nebeneinanderlaufenden Über- und Unterforderung der arbeitsfähigen Bevölkerung mit einer deutlichen Belastung der Gesundheit.

Wie gesundheitlich bedrohlich die Arbeitslosigkeit empfunden wird, macht eine

nen nahmen Schlaftabletten und berichteten, daß sie sich am nächsten Tag auf nichts mehr konzentrieren könnten. Ein Teilnehmer rauchte vor der Arbeitslosigkeit 20 Zigaretten täglich, jetzt 50 Stück. Seitdem er mehr raucht, habe er Magenschmerzen und esse weniger. Intensiv wurde über die soziale Isolierung geklagt, man verlässe das Haus nur, wenn es unbedingt nötig sei, man fühle sich unsicher, ängstlich und hilflos, – so war die Selbsteinschätzung einer Reihe von Arbeitslosen. Während sie früher noch Aktivitäten neben der Arbeit nachgegangen seien

In Übereinstimmung damit hatten mehr als die Hälfte (16) öfters das Gefühl nichts wert zu sein.

Bei 9 Teilnehmern gab es in der Familie mehr Streit. Die direkten gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit waren ebenso ausgeprägt wie die sozialen Beeinträchtigungen:

15 stellten fest, daß es jetzt mehr Tage gäbe, an denen sie sich nicht wohl fühlten und es ihnen nicht gut ginge. Im einzelnen wurde über die folgenden Symptome geklagt:

Schlaflosigkeit (13mal)
Angst (11mal)
Kopfschmerzen (11mal)
Bluthochdruck (8mal)
Herzklopfen (6mal)
Magenbeschwerden (5mal)
Schwitzen (5mal)
Herzschmerzen (3mal)

Genannt wurden weiterhin: Nervosität, Depression, völlige Schlappheit, Potenzstörungen und Schmerzen in den Beinen. Während eine große Anzahl von gesundheitlichen Störungen nach der Arbeitslosigkeit auftrat, konsultierte nur eine Minderheit den Arzt: 4 waren seit der Arbeitslosigkeit öfter beim Arzt gewesen, 15 hatten ihn weniger konsultiert! Nur 5 hatten mit ihrem Arzt über die Arbeitslosigkeit gesprochen.

Auch bei dem nur stichprobenartigen Charakter der Umfrage läßt sich eindeutig eine Verschlechterung der subjektiven Gesundheit feststellen, die bei den geklagten funktionellen Beschwerden durchaus als eine Vorstufe körperlicher Krankheiten zu werten ist. Die Ergebnisse der Befragung stehen in Übereinklang mit Erfahrungen, die in umfangreicher Untersuchungen in der BRD, anderen westeuropäischen Ländern und in den USA gemacht wurden.

Seit 1980 beschäftigt sich auch die WHO mit den gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit. Insgesamt wurden

zwischen Arbeitslosigkeit und Säuglingssterblichkeit, der Mortalität an Leberzirrhose, Herz-Kreislaufkrankheiten, Alkoholismus und Gewalttaten mit Todesfolge für die USA nachweisen. Der Zusammenhang zur Säuglingssterblichkeit wurde auch von Jürgen John für die BRD in eigenen Untersuchungen bestätigt. Brenner bearbeitet z.Zt. auch einige westeuropäische Länder und konnte erste Ergebnisse vorlegen, die es wahrscheinlich machen, daß auch bei uns ähnliche statistische Relationen wie in den USA bestehen.

derungen der Hormonausschüttung und einer vollständigen Zerstörung der Gesundheit der Betroffenen.

Auch wenn die vorliegenden Ergebnisse nicht alle Kettenglieder der Ursachen-Wirkung-Beziehung aufgeklärt haben, so müssen nach Ansicht der Teilnehmer der letzten WHO-Symposien endlich politische Konsequenzen gezogen werden. Die Arbeitslosigkeit darf nicht nur Bestandteil rhetorischer Pflichtübungen sein, ihr gebührt aus gesundheitspolitischen Erwägungen Priorität. Maßnahmen zur Beseitigung der Arbeitslosigkeit sind sowohl in der Lage soziale Mißstände als auch gesundheitliches Elend zu verhüten oder zu mildern.

Für alle im medizinischen Sektor tätigen bedeuten diese Ergebnisse auch, daß der Arbeitslosigkeit mehr Aufmerksamkeit zu schenken ist. Die Frage nach dem Arbeitsplatz, ggf. der Arbeitslosigkeit darf in keiner Sozial- und Berufsanamnese fehlen. Auch in der Medizin dürfen nicht länger gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit weitgehend Tabu bleiben oder Spezialinteresse einzelner Disziplinen sein.

Neben der politischen Forderung nach Beseitigung der Arbeitslosigkeit sollte die konkrete Hilfe für die Betroffenen stehen. Hierbei kann es sich um die unterschiedlichsten Formen handeln, denkbar ist sowohl die akute Krisenintervention z.B. bei

Nanu, Preuß...

Müllerin, schicken Sie mal den Doktor in das Zimmer vom alten Preuß.

Tschuldigung. Wo waren wir stehengeblieben? Ach ja, also, wie gesagt, als Unternehmer begrüße ich es...



drei wissenschaftliche Symposien zu diesem Thema durchgeführt.¹ Auf diesen Veranstaltungen wurden gesundheitlich negative Wirkungen auf verschiedenen Ebenen nachgewiesen:

1. Auf makroökonomischer, statistischer Ebene:

Ausgehend von einem statistischen Modell des amerikanischen Professors Harvey Brenner ließ sich u.a. ein Zusammenhang

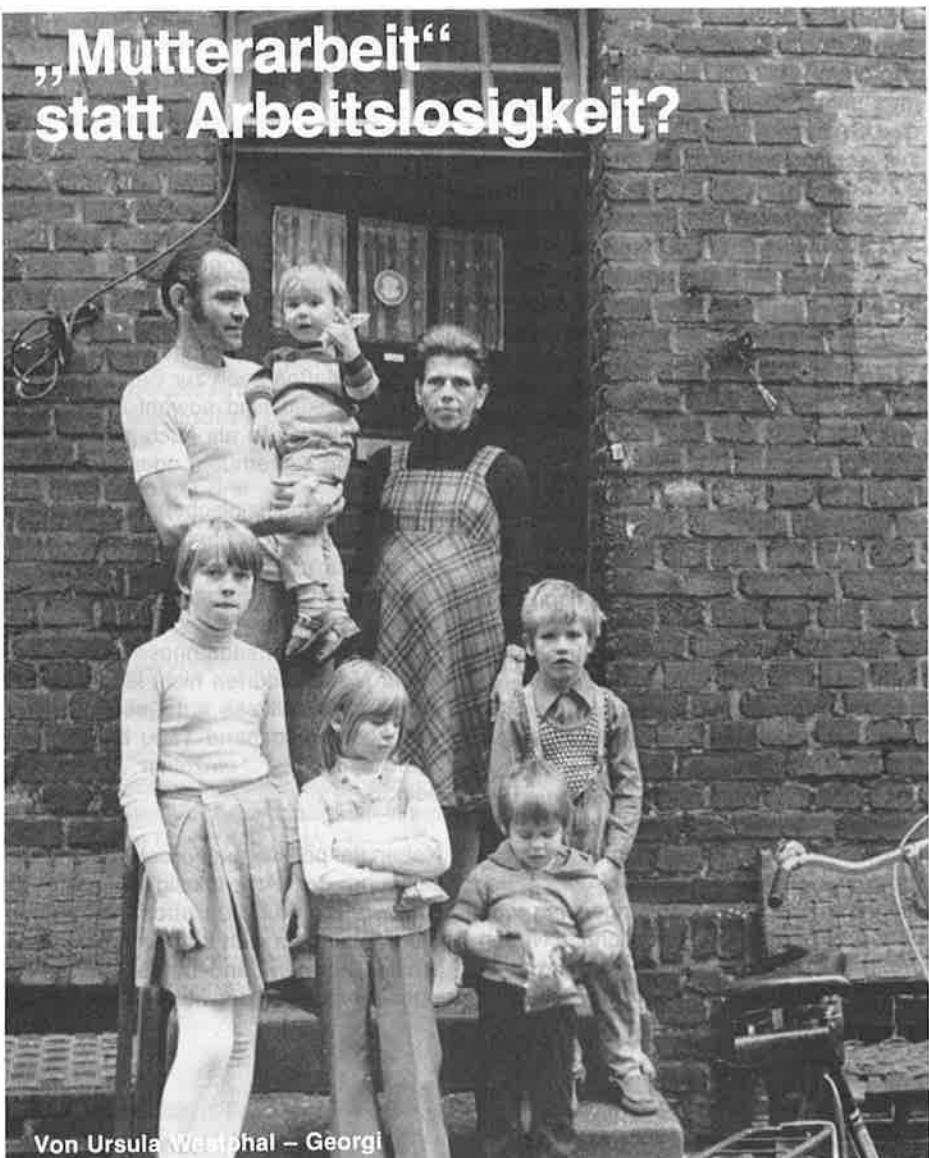
3. Auf individueller Ebene:

Eine Vielzahl von Untersuchungen wies auf den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und individueller Krankheitsentstehung hin (Spruit, Holland; Dooley und Catalano, USA; C. Brinkmann, Bundesanstalt f. Arbeit; K.-D. Thomann; Mekas, Finnland; Casl u.a., USA). Der unterschiedliche Forschungsansatz erbrachte eine ganze Palette von pathogenen Wirkungen der Arbeitslosigkeit zu Tage; die Spanne reicht von subjektiv registrierten Befindensstörungen zu meßbaren Verän-

schwerer Depression, als auch die Anregung einer Tätigkeit in einer Arbeitsloseninitiative, in der sich der Selbsthilfegedanke mit einer politischen Aktivität verbindet.

Anmerkung:

1. Das Protokoll des 2. Symposiums erscheint 1983 in der Reihe „Lecture Notes in Medical Informatics“ des Springer Verlags Heidelberg. Vgl. auch: K.-D. Thomann, Ergebnisse zweier Symposien der WHO über die gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit in: Frankfurt Rundschau, B. 2. 82, S. 14.



Von Ursula Westphal - Georgi

Die Wirtschaftskrise trifft Frauen in noch stärkerem Maße als Männer, sie werden überproportional mehr arbeitslos als ihre männlichen Kollegen. Seit der „Wende“ der neuen Bundesregierung wird diese Benachteiligung auch noch als „neue Familienpolitik“ verkauft.

1. Geschlechtshierarchische Arbeitsteilung

Wegen der geschlechtshierarchischen Arbeitsteilung sind Männer und Frauen von der Erwerbsarbeitslosigkeit, der Wirtschaftskrise, der Einschränkung von Transferleistungen und vom Abbau sozialer Infrastruktur unterschiedlich betroffen.

Denn den Frauen wird in der Krise wieder verstärkt eine Alternativrolle zur Erwerbstätigkeit zugeschrieben, die als Arbeitsfeld die Haus- und Familienarbeit beinhaltet. Die Rolle der Familienhausfrau ist durch kulturelle Normen und rechtliche Regelungen umfassend ausformuliert und auf Dauer angelegt. Sie ist an die Ehe gebunden und beinhaltet in der Regel ökonomische Abhängigkeit vom Einkommen des erwerbstätigen Ehemanns, Hand-

lungseinschränkungen gegenüber politischen und gesellschaftlichen Aktivitäten und im Zugang zu Berufspositionen. Familienarbeit und Erwerbsarbeit werden unterschiedlich bewertet und honoriert. Die Haus- und Familienarbeit ist zur Reproduktion gesellschaftlich unabdingbar notwendig; aber sie sichert nicht den Lebensunterhalt. Ihre soziale Honorierung ist widersprüchlich. Zum einen werden diese Tätigkeiten als die vornehmste und dem Wesen der Frau und Mutter adäquate Aufgabe betrachtet; zum anderen werden sie als selbstverständliche Leistung hingenommen, die keiner besonderen Achtung und Anerkennung bedarf. Eine gewerkschaftliche Organisierung der Hausarbeiterinnen z. B. im DGB gibt es nicht; diese Möglichkeit wird auch kaum von einer Hausfrau oder Gewerkschafter/in ernsthaft erwogen und diskutiert.

Das Einkommen wird über die Erwerbsarbeit gesichert, an sie ist die Versicherung im Krankheitsfall und bei Invalidität geknüpft. Ansprüche an Leistungen aus dem Arbeitsförderungsgesetz, der Arbeitslosen- und Rentenversicherung leiten sich aus ihr ab. Frauen waren und sind als Ehefrauen über die Lohnarbeit des Ehemanns versorgt. Die Gewerkschaften rekrutieren

sich aus den Erwerbstätigen. Darüber hinaus bestimmt die Position, die ein Mensch in der Berufswelt innehat, den sozialen Status, den Freundes- und Bekanntenkreis, das Selbstbild und die sozio-kulturelle Identität.

2. Mehr unbezahlte Frauenarbeit – weniger Bildungs- und Berufschancen von Frauen

Der Wohlfahrtsstaat sozialdemokratischer Prägung hat zahlreiche Dienste und Einrichtungen entwickelt und ausgebaut, in denen der Staat und die Wohlfahrtsverbände familienergänzende und -unterstützende Aufgaben wahrgenommen haben. Frauen sind von ihrer unbezahlten Familienarbeit entlastet worden – wenn auch meist noch in unzureichendem Maße – durch Kinderkrippen, Kindergärten, Ganztagsschulen, betriebliche Freistellung für einige Tage im Krankheitsfall des Kindes, Altenheime, Beratungs- und Betreuungsdienste.

Qualifizierte Erwerbsarbeitsplätze, vor allem für Frauen in pflegenden, heilenden, erziehenden, beratenden und therapeutischen Berufen sind geschaffen worden, weil der Staat diese Aufgaben übernommen hat. Die Haus- und Familienarbeit wurde auf diesem Wege nicht abgeschafft, wie es viele Sozialisten gewünscht haben; aber die Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit für Frauen (und Männer) wurde erleichtert. Dies hatte u.a. zur Folge, daß die Berufsorientierung von Frauen erheblich zugenommen hat, so daß es heute den meisten Mädchen und jungen Frauen selbstverständlich erscheint, Beruf und Familie miteinander zu vereinbaren.

Dies wird jedoch nicht nur aufgrund der fehlenden Erwerbsarbeitsplätze immer schwieriger, sondern auch wegen der Zunahme der Familien- und Hausarbeit für die Frauen. Wegen steigender Lebenshaltungskosten, geringerem Einkommen und wegen des Abbaus sozialer Dienste nimmt die Arbeit in solchem Umfang zu, daß immer weniger Frauen beide Bereiche miteinander vereinbaren können.

Denn traditionelle Rollenmuster in den Familien – der Sohn soll etwas lernen oder studieren, die Tochter braucht keine Ausbildung, sie kann auf einen weiterführenden Schulbesuch verzichten, denn sie heiratet ja doch – werden verstärkt, wenn sich – wie dies derzeit und in den kommenden Jahren der Fall sein wird – die Berufsaussichten der Mädchen verschlechtern, wenn sich Familien die Ausbildung mehrerer Kinder nicht mehr leisten können und/oder wenn die Eltern sogar auf den Verdienst der Tochter für die Lebenshaltung angewiesen sind. Um nicht ganz auf den gewohnten materiellen Konsum verzichten zu müssen oder um einfach überleben zu können, werden Frauen zunehmend zu niedrigen Preisen „persönliche“ Dienstleistungen anbieten – putzen, waschen, betreuen, pflegen, sich prostituieren . . .

3. Selbstbestimmung der Frauen über Ihren Körper wird wieder eingeschränkt

Der Kampf gegen den § 218 hat nur einen halben Erfolg gebracht; zumindest wurde der Schwangerschaftsabbruch erleichtert. Gesetzliche Regelungen können einer Frau nicht die psychischen Konflikte um die Abtreibung ersparen und ihr nicht die körperlichen Schmerzen nehmen. Aber durch die Möglichkeit des legalisierten Schwangerschaftsabbruches wird die Selbstbestimmung größer und die Angst und Sorge vor moralischer Abqualifizierung im Freunden- und Familienkreis nimmt ab.

Auf dem 87. Deutschen Katholikentag im September 1982 wurde eine Kampagne „Wähle das Leben“ gegründet, die aggressiv für eine Wiederverschärfung des § 218 eintritt. Von Seiten der CDU und von konservativen kirchlichen Kreisen wird erhofft, daß der Bundesgerichtshof in Karlsruhe die Entscheidung des Dortmunder Sozialgerichtes vom letzten Jahr bestätigt, daß es der Gemeinschaft der Versicherten nicht zugemutet werden könne, sozial induzierte Schwangerschaftsabbrüche aus ihren Krankenkassenbeiträgen zu finanzieren.

In dem familienpolitisch richtungsweisen Papier „Die sanfte Macht der Familie“ der Christlich-Demokratischen Arbeitnehmerschaft in der CDU heißt es u.a.: „Wer die Schwangerschaft einer vergewaltigten Frau abbricht oder dem Sterbenden einen schmerzfreien Tod gibt, ist bereits auf dem Wege in eine Gesellschaft, in der das Ziel der Menschlichkeit abgekoppelt ist von den Werten, die der Willkür des Menschen entzogen sein müssen.“ Dagegen wird ein neues Selbstbewußtsein der Mütter gesetzt: „Mutterarbeit als „Leben entwickeln“ und „Zuwandlung geben“ ist daher auch mehr als Erziehungsarbeit und erst recht mehr als Erwerbsarbeit . . . Zur Humanisierung der Arbeit gehört auch, daß eine Frau nicht aus finanziellen oder Prestigegründen zur Erwerbsarbeit genötigt wird. Nicht die Forderung nach Gleichberechtigung der Frau; wohl aber die Ideologie, daß sie sich nur in der Erwerbsarbeit entwickelt, steht zur Debatte.“

Die Kehrseite der Aufwertung der Mütterlichkeit durch konservative Familienpolitik ist das Ignorieren der Probleme, die durch die Gewalt gegen Frauen in der Ehe entstehen. Es fehlt immer noch eine bundeseinheitliche gesetzliche Regelung für die Finanzierung der Frauenhäuser (Häuser für mißhandelte Frauen und ihre Kinder). Zu befürchten ist, daß der Gesetzgeber dieses Problem auf die lange Bank schiebt und daß darüber hinaus sogar dringend benötigte Frauenhäuser wegen der Finanznot der Kommunen nicht eingerichtet werden, daß das Personal in bestehenden Einrichtungen reduziert wird und daß den Frauen für die Zeit nach dem Aufenthalt im

Frauenhaus keine Wohnungen, Beratung und materielle Unterstützung zur Verfügung gestellt wird.

4. Die Krise verschärft Widersprüche und erschwert Strategien gegen sozialen Abbau

In der vorangegangenen Darstellung wurde immer wieder gezeigt, daß Frauen beim Abbau sozialer Infrastruktur, der Kürzung von Transferleistungen und bei Erwerbslosigkeit andere und z. T. schwerwiegendere Probleme haben als Männer. Die Lebenssituation der Frauen zwischen Familien-, Haus- und Erwerbsarbeit ist eine andere als die der Männer, die von klein auf als später lebenslang Erwerbstätige definiert werden. Männer können erwerbslos werden, aber niemand erwartet, daß sie als Hausmann die Haus- und Familienarbeit übernehmen; vielmehr bemühen sich Gewerkschaften, Staat und Arbeitgeber, die Männer wieder in den Arbeitsprozeß einzugliedern. Das Motto der Tagung, die ich kürzlich besuchte, lautete: „Wir wollen alles: Familie, Beruf, Politik“. Es handelte sich natürlich um eine Frauenkonferenz. Für Männer ist das kein Thema; sie können diese Bereiche meist reibungslos miteinander vereinbaren, denn die Haus- und Familienarbeit leisten weitgehend die Frauen. Männer können sich darum, den richtigen, „wichtigen“ politischen Themen widmen. Mit diesen Gedanken soll nicht der einzelne gutwillige Mann, sondern die patriarchalische Struktur dieser und anderer Industriegesellschaften kritisiert werden.

Wirtschaftskrise und Abbau des Wohlfahrtsstaates verschärfen aber auch Konflikte und Auseinandersetzungen zwischen Frauen und erhöhen für die einzelne Frau Belastungen, die Männer in dieser Art und Weise nicht kennen, weil nur Frauen im Bewußtsein der Gesellschaft und in ihrem eigenen weiblichen Selbstverständnis für die emotionale und haushälterische Zuwandlung in den Familien gegenüber Kindern, Kranken, Alten und dem Ehepartner zuständig sind:

Frauen, die noch eine Erwerbsarbeit haben, die vielleicht im Schichtdienst tätig sind, werden fast immer von der Sorge begleitet, daß sie sich nicht genügend um die Kinder oder um die alten Eltern kümmern. Sie haben Angst, daß die Heranwachsenden in schlechte Gesellschaft kommen, Drogen nehmen etc. Fast unlösbar werden die Probleme, wenn kein Hort da ist oder aus Geldmangel geschlossen wird.

Frauen, die erwerbslos geworden sind, nehmen die Kinder aus der Krippe oder aus dem Hort wegen der Kosten; aber auch weil sie sich selbst kümmern möchten und nicht in der Familie und der Nachbarschaft als Rabenmutter dastehen wollen. Auf diesem Wege gefährden sie die Erwerbsarbeitsplätze von anderen Frauen, von Er-

zieherinnen und stellen Krippen- und Hortbetreuung in Frage. Frauen, die sich als Familienhausfrauen verstehen, schauen sowieso mit Skepsis und vielleicht auch Überheblichkeit auf Kindergartenrinnen, Erzieherinnen, Lehrerinnen, und diese werten vice versa auch oft die Erziehungsqualitäten von Müttern gering. In der Krise blüht die Konkurrenz zwischen professionell und ehrenamtlich tätigen Frauen im Sozialbereich wieder voll auf; denn wenn Frauen keinen Erwerbsarbeitsplatz finden, engagieren sie sich – wenn finanziell möglich – zu ehrenamtlicher Hilfe, um der Familie oder der Einsamkeit zu entfliehen.

Ich habe die Zusammenhänge und Widersprüche, in denen Frauen leben, hier einmal plakativ skizziert, um darauf aufmerksam zu machen, wie schwierig es wegen der Lebenssituation von Frauen ist, einen breiten Widerstand gegen den sozialen Abbau wirksam zu organisieren, der an die Interessen und die Betroffenheit von Frauen anknüpft. Nach meinem Eindruck gibt es keine gesellschaftliche Gruppe, Verband und Partei – außer der autonomen Frauenbewegung, die aber aus vielen Gründen einen Massenwiderstand nicht organisieren kann – der die Bedürfnisse und Interessen von Frauen an den Sozialstaat adäquat aufnimmt.

Die Gewerkschaften vertreten auch Fraueninteressen, aber nur insoweit als sie nicht mit den Ansprüchen der erwerbstätigen Männer kollidieren. Der gewerkschaftliche Kampf gegen den Sozialabbau wird wesentlich unter Arbeitsplatzgesichtspunkten im Sozialbereich und für die Versorgung der erwerbstätigen Bevölkerung mit staatlichen Diensten geführt.

Familien- und Hausarbeit waren bisher für die Gewerkschaften eine zu vernachlässigende Größe, die nur in dem Umfang beachtet wurde, wie Familien- und Hausarbeitsaufgaben in soziale Dienste überführt werden konnten.

In dem Maße, in dem Frauen erwerbslos werden oder gar keine Chance sehen, ins Berufsleben einen Einstieg zu finden, sind sie einerseits auf bestimmte soziale Dienste weniger angewiesen, da sich ihr Zeitbudget von einer erwerbstätigen Frau unterscheidet. Andererseits entwickeln sie neue Bedürfnisse nach Unterstützung, Kommunikation, Kooperation, Lernen etc., für die sie vielleicht in den Kirchen und der Arbeiterwohlfahrt einen Ansprechpartner finden; aber sicherlich nicht in den Gewerkschaften, die keine Hausfrauen und Erwerbslosen organisieren. Es ist daher zu vermuten, daß in dieser langandauernden Wirtschaftskrise bei zunehmender Erwerbslosigkeit die Verankerung der Frauen in den Gewerkschaften noch weiter abnehmen wird. Es sei denn die Gewerkschaften öffnen sich den Problemen der Familien- und Hausarbeit und den Erwerbslosen.

Armut, Sozialabbau und Gesundheitsversorgung

Von Walter Baumann

Die öffentliche Diskussion über die Kostendämpfung im Gesundheitswesen konzentriert sich seit längerem darauf, über die möglichen Formen nachzusinnen, in denen die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen reduziert werden kann. Diese Schwerpunktsetzung ist selber symptomatisch, darüber hinaus ist sie insbesondere dadurch gekennzeichnet, daß Aspekte der medizinischen Versorgung und des Gesundheitsschutzes weitgehend außer Betracht bleiben. Die Advokaten dieser Kostendämpfungsbestrebungen können darauf rechnen, daß ihre Überlegungen kaum stärker mit Argumenten in Gefahr gebracht werden können, die sich aus dem Wissen um die schicht- und gruppenspezifische Versorgung mit medizinischen Leistungen und gesundheitliche Prävention speisen. Der medizinoziologische Forschungsstand auf diesem Gebiet ist gerade in der Bundesrepublik denkbar gering.

Betrachtet man die jüngeren Neuregelungen und Vorschläge in der Gesundheitspolitik unter dem Gesichtspunkt ihrer unmittelbaren Wirkungen auf die Inanspruchnahme, so ergeben sich zwei Hauptmerkmale: 1. Es wurden direkt Leistungen abgebaut, die dem Erhalt oder der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der lohnabhängigen Erwerbstätigen dienen, in erster Linie die Einschränkung der Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. (Dies betrifft alle Sozialversicherungsträger und die Sozialhilfe.) 2. Alle Maßnahmen der sogenannten Eigenbeteiligung (bei Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, bei Krankenhaus- und Kuraufenthalt, bei den Fahrtkosten etc.) laufen darauf hinaus, die Kosten für die Wiederherstellung der Gesundheit dem Einzelnen zusätzlich zu seinen Beiträgen zur Sozialversicherung anzulasten und das Kostenrisiko tendenziell wieder von der Versichertengemeinschaft auf das Individuum zu verschieben. Ähnliches gilt im Grunde auch für die erwogene Wiedereinführung von Karenztagen bei der Lohnfortzahlung. Als wünschbare Effekte der sogenannten Eigenbeteiligung werden von deren Verfechtern drei Punkte angeführt: a) Es fließen unmittelbar liquide Mittel zusätzlich in die Versicherungskassen. b) Die Patienten werden durch die materielle Interessiertheit zu einem gesundheitlich rationalerem Verhalten und zu einer Unterstützung des ärztlichen Therapieprozesses angeregt. c) Bestimmte Formen der Überversorgung und Übermedikalisierung werden abgebaut und tragen ihrerseits zur Kostensenkung bei. (Vgl. H.U. Deppe, Zur „Selbstbeteiligung“ in der sozialen Krankenversicherung, in: Medizinische Soziologie, Jb. 2, Frankfurt/M. 1982, S. 5 ff.)

Selbstbeteiligung als Vorurteil

Wie diese Maßnahmen im Hinblick auf die soziale Differenzierung der Bevölkerung wirken, ist weitgehend unbekannt und wird auch durch diese globalen Verhaltenshypothesen bewußt übergangen. Dabei wäre

es gerade wichtig zu wissen, welche Konsequenzen sich für die unteren und untersten Einkommensschichten ergeben, die einen als der Mehrheit der Konsumenten von Gesundheitsleistungen, die anderen unter Versorgungsgesichtspunkten. Der Augenschein zeigt schon, daß die finanziellen Belastungen für alle chronisch Kranken, Behinderten und ältere Menschen am größten sind sowie für alle, die in absoluter oder relativer Armut leben und die relativ zu ihrem Einkommen die höchsten Ausgaben haben. Die sogenannten Härtefallklauseln greifen bei weitem nicht überall. Daß es Armut in der Bundesrepublik gibt, dürfte wohl nach einer Reihe jüngerer sozialwissenschaftlicher Veröffentlichungen zu diesem Thema unbestritten sein, die Zahl der Armen muß mit mindestens 3 Mio. veranschlagt werden. (Vgl. z.B. R. Hauser u.a., Armut, Niedrigeinkommen und Unterversorgung in der Bundesrepublik, Frankfurt/M. 1981; W. Baumann, Die im Schatten leben, Köln 1982)

Es ist seit langem bekannt, daß das gesundheitliche Verhalten der sozialen Schichten unterschiedlich ist, wenn darüber auch nur globale Aufschlüsse bestehen. Diese Unterschiede betreffen insbesondere die soziale Perspektive gegenüber Krankheit, die Symptomwahrnehmung und das Verhalten gegenüber dem professionellen Medizinsystem. Dabei besteht ein enger Zusammenhang mit schichtspezifischen Risiko- und Belastungsstrukturen.

Selbstmedikation ausweiten?

Es ist ferner bekannt, daß in fast allen Bevölkerungsschichten eine gleichermaßen hohe Bewertung von Gesundheit vorhanden ist. Trotzdem wird ein gleiches Wissen um gesundheitliche Gefährdungen sozial sehr unterschiedlich in entsprechende Verhaltensweisen umgesetzt, die Teilnahme an den Früherkennungsprogrammen ist das geläufige Beispiel. Das von den Befürwortern einer sogenannten Selbstbeteiligung angeführte Argument, die monetäre Belastung fördere die Mitwir-

kung des Patienten am Heilungsprozeß, kann zunächst nichts anderes heißen, als die rechtzeitige Konsultation des Arztes zu veranlassen, welche bei Angehörigen der untersten Einkommensschichten geringer ist als bei sozial besser gestellten. (Vgl. Hauser a.a.O., S. 162). Dem steht jedoch eine Maßnahme wie die Herausnahme sogenannter Bagatellarneien aus dem Leistungskatalog diametral entgegen. Abgesehen davon, daß es sich bei den bereits heute ohne ärztlichen Rat konsumierten Arzneimitteln keineswegs um größtenteils ungefährliche Spezialitäten handelt, so muß die Bezahlung von Arzneimitteln aus der eigenen Tasche den Patienten bei leichteren Beschwerden davon abhalten, den Arzt aufzusuchen. Auf die Gefahren eines weiteren unkontrollierten Umgangs mit Arznei braucht hier nicht näher eingegangen zu werden; es ist belegt, daß die Hemmschwellen gegenüber der Selbstmedikation und das Risikobewußtsein darüber gering sind. Die Selbstmedikation hat heute bereits einen Anteil von 27 bis 40 Prozent am gesamten Arzneimittelkonsum. (Vgl. Deppe, a.a.O., S. 15).

Der geringeren Frequentierung der ambulanten ärztlichen Versorgung steht bei den unteren Einkommensschichten ein häufigerer Aufenthalt im Krankenhaus gegenüber. Dies ist wohl mit den besonderen Risikostrukturen in den Lebensbedingungen dieser Schichten zu erklären und deutet wohl auch auf eine höhere Intensität der jeweiligen Erkrankungen hin. (Vgl. Hauser, a.a.O., S. 164). Auch hier bedeutet die zusätzliche Beteiligung an den Krankenhauskosten eine zusätzliche Bestrafung.

Mitglied	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Kreisschaffl.	UV*
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								
46								
47								
48								
49								
50								
51								
52								
53								
54								
55								
56								
57								
58								
59								
60								
61								
62								
63								
64								
65								
66								
67								
68								
69								
70								
71								
72								
73								
74								
75								
76								
77								
78								
79								
80								
81								
82								
83								
84								
85								
86								
87								
88								
89								
90								
91								
92								
93								
94								
95								
96								
97								
98								
99								
100								
101								
102								
103								
104								
105								
106								
107								
108								
109								
110								
111								
112								
113								
114								
115								
116								
117								
118								
119								
120								
121								
122								
123								
124								
125								
126								
127								
128								
129								
130								
131								
132								
133								
134								
135								
136								
137								
138								
139								
140								
141								
142								
143								
144								
145								
146								
147								
148								
149								
150								
151								
152								
153								
154								
155								
156								
157								
158								
159								
160								
161								
162								
163								
164								
165								
166								
167								
168								
169								
170								
171								
172								
173								
174								
175								
176								
177								
178								
179								
180								
181								
182								
183								
184								
185								
186								
187								
188								
189								
190								
191								
192								
193								
194								
195								
196								
197								
198								
199								
200								

Daß es in der BRD manifeste Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung aufgrund differenzierter Risikostrukturen, Zugangsbarrieren usw. gibt, läßt sich nur schwer mit Zahlen belegen. Unbestritten ist, daß das, was einem Haushalt an Gesundheitsleistungen zufließt, deutlich mit dem sozialen Status und den Einkommensverhältnissen korreliert, der Konsum von medizinischen Leistungen jeder Art ist in den oberen Schichten signifikant höher. (Vgl. u. a. Das Transfersystem in der Bundesrepublik Deutschland, hg. v. d. Transfer-Enquête-Kommission, Stuttgart 1981, S. 76).

Sozialhilfe: keineswegs nur für Randgruppen

Die Frage nach der gesundheitlichen Versorgung ist aber vor dem Aspekt der faktischen Nutzung im Hinblick auf die formalen Zugangsmöglichkeiten zu untersuchen. So kann man z. B. feststellen, daß ein noch relativ kleiner, aber wachsender Teil des Angebots an Gesundheitsleistungen für die untersten Bevölkerungsschichten gar nicht mehr vom Sozialversicherungssystem gedeckt wird. Mehr als eine Million Menschen beziehen im Rahmen der Sozialhilfe Leistungen zur medizinischen Versorgung. Diese Ausgaben der „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ machen heute bereits den weitaus größten Teil der Gesamtausgaben der Sozialhilfe aus. (Diese

Leistungen heißen u. a.: Hilfe zur Pflege, Krankenhilfe, Eingliederungshilfe für Behinderte etc.) Der größte Teil dieser Sozialhilfeempfänger lebt in Anstalten, wo die Pflegesätze die z. T. vorhandenen eigenen Einkommen der Patienten, selbst wenn sie nicht gering sind, übersteigen, jedoch sind es derartige Invalide nicht allein. Wichtig ist ferner, daß etwas weniger als die Hälfte der Betroffenen im erwerbsfähigen Alter ist (18–65 Jahre), und daß diese Gruppe absolut und relativ stark anwächst. Aus einer Sondererhebung aus dem Jahre 1977 geht hervor, daß von den Empfängern von „Hilfe zur Pflege“, dem größten Einzelosten der Gesundheitsleistungen der Sozialhilfe, – 1980 erhielten 462 000 Menschen diese Leistung – rd. 45 % keine eigenen Einkommen oder diese nur bis zu 400 DM monatlich besaßen. (Vgl. Wirtschaft und Statistik, 3/1980, S. 202; 4/1982, S. 315)

Es mag überraschen, daß es in der Bundesrepublik eine offenbar wachsende Bevölkerungsgruppe ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz gibt. 376 000 Personen nahmen 1980 Leistungen der sogenannten Krankenhilfe in Anspruch, wobei in diesen Fällen offenbar keineswegs besondere Bedingungen aufgrund von verstärkter Pflegebedürftigkeit o. ä. vorlagen, denn diese Personen leben größtenteils in privaten Haushalten. (12 % Ausländer 1980). Diese Leistungen der Sozialhilfe werden gewährt, um durchaus

„normale“ medizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu können. Der größere Teil der Betroffenen bezieht auch gleichzeitig Unterstützung im Rahmen der „Hilfe zum Lebensunterhalt“. Hier schlägt sich offenbar die Zunahme der Sozialhilfebedürftigen nieder, die noch überhaupt keinen Zugang zum Beschäftigungssystem hatten, wäre dies der Fall, hätte sich in der Regel ja eine Krankenversicherungspflicht aus dem Arbeitsverhältnis begründet, und die Beiträge zur Krankenversicherung würden von dem Sozialhilfeträger weitergezahlt. Die Zahlen der Krankenhilfe zeigen eine besonders starke Zunahme von betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Auch hier wird das 2. Haushaltstrukturgesetz verschärfend wirken, indem es die automatische Mitversicherung von Jugendlichen bei den Eltern grundsätzlich (auf das 19. Lebensjahr) begrenzt. Es verbleiben jedoch noch 160 000 Bezieher von Krankenhilfe, die offenbar über eigene Einkommen verfügen. Hierunter z. B. eine ganze Reihe von Personen im Rentenalter, die von Leistungen im Rahmen des Lastenausgleichsgesetzes leben. Folgen der Haushaltsoperation 1982 bestehen insbesondere für schwerbehinderte ältere Menschen darin, daß ein Eintritt in die bislang weitgehend beitragsfreie Krankenversicherung der Rentner nur nach vorangegangener Versicherungszeit des Betroffenen noch möglich ist. Gerade Kleinstrentner werden an die Sozialhilfe verwiesen.



JEDER KANN ES SCHAFFEN. MIT DER ZEIT UND MIT DEM BHW.

Das eigene Heim – wer davon träumt, der sollte jetzt etwas dafür tun: Bausparen.

Bausparen ist fast die einzige Möglichkeit, an günstiges Baugeld zu kommen.

Bausparen ist die am höchsten vom Staat geförderte Sparform.

Bausparen beim BHW ist jetzt noch attraktiver: zum Beispiel durch 4% Guthabenzinsen

im BHW-Vermögensbildung-Tarif.

Sprechen Sie deshalb gleich mit Ihrem BHW-Berater, oder rufen Sie ihn an. Das BHW steht in jedem örtlichen Telefonbuch.

BHW

Bausparkasse
für den öffentlichen Dienst.

Den angebotstheoretischen Verwirrungen auf den Leim gegangen, wonach die Staatsverschuldung die Wurzel nahezu aller Übel ist, schwenkte die SPD-FDP-Bundesregierung nach der Wahl 1980 voll auf den Kurs der Konsolidierung der Staatsfinanzen ein. Im Schutze der Überzeugungskraft von Argumenten wie „So geht es nicht weiter“ und „Wo kommen wir denn da hin?“ begann die Demontage des Systems der sozialen Sicherung.

Der Geist Brünings

Die erste Haushaltsoperation wurde am Bundeshaushaltsentwurf für 1981 vorgenommen, indem seine Zuwachsrate gegenüber früheren Planungen auf 4,1 % gesenkt und die Nettokreditaufnahme auf 27,4 Mrd. DM (aus denen dann tatsächlich 40 Mrd. DM wurden) begrenzt wurde. Die ferner vorgesehene Beschränkung der Ausgabensteigerung auf 5 %, die Kürzungen bei der Gemeinschaftsaufgabe sowie bei Subventionen und der Sparförderung, die Senkung des Bundeszuschusses zur Rentenversicherung und die Erhöhung der Branntwein- und Mineralölsteuer nehmen sich vor dem Hintergrund der darauf gefolgten Maßnahmen noch recht harmlos aus.

Operation 1981/82/83/84...

Die „Haushaltsoperation '82“ schnitt dann schon tief in das soziale Netz, durch Kürzungen bei den Leistungen der Arbeitslosenversicherung sowie der Renten- und Krankenversicherung, durch Stellenstreiche im öffentlichen Dienst usw.

Die finanz- und sozialpolitische „Wende“ vom letzten Herbst stellt mit ihren einschneidenden Maßnahmen im Bereich der Arbeitslosen-, Renten- und Krankenversicherung sowie beim BAFÖG die Fortsetzung des mit der Operation '82 eingeschlagenen Kurses in verschärfter Gangart dar. Die hier und da fallengelassenen Äußerungen von Regierungspolitikern lassen erkennen, daß sie gewillt sind, hierin künftig noch einen Zahn zuzulegen. Mit weiteren „Haushaltssamputationen“ ist also zu rechnen.

Stets neuen Auftrieb erhielt die Sparpolitik durch seither immer wieder erneut aufklaffende Deckungslücken im Haushalt. Was man anfangs nicht bedacht zu haben schien oder nicht bedenken konnte und wollte, ist, daß die Ausgabenkürzungen der öffentlichen Haushalte die wirtschaftliche Entwicklung beeinträchtigen und damit geradezu zwangsläufig neue Deckungslücken hervorbringen. So sagte der damalige Finanzminister Matthöfer in seiner Rede zum Bundeshaushalt 1982: „Zweifellos muß Finanzpolitik immer um Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit bemüht bleiben. Deshalb muß schon die Planung alle berechenbaren Risiken für die Ausgabenentwicklung nach Möglichkeit berücksichtigen. Auf der anderen Seite kann und darf

die Haushaltsoperation aber nicht alle vielleicht möglichen oder sogar vermuteten negativen Entwicklungen vorwegnehmen wollen... Es ist durchaus möglich (und so war's denn auch – J. E.) , daß schon bei der nächsten Steuerschätzung die Erwartungen für die Steuereinnahmen des nächsten Jahres weiter nach unten korrigiert werden, ohne daß wir dann wirklich schon wüßten, wie sich die Steuereinnahmen im nächsten Jahr tatsächlich entwickeln. Aber ich sähe es nicht als die bestmögliche Finanzplanung an, im Hinblick auf höchst ungewisse Risiken schon heute weitere Ausgabenkürzungen oder Veränderungen auf der Deckungsseite vornehmen zu wollen. Dies könnte bekanntlich dazu beitragen, Entwicklungen hervorzurufen, die man gerade vermeiden will.“

Finanzplanung eine Astro-Show?

Die List des Finanzministers hat diese Entwicklungen jedoch nicht zu verhindern vermocht. Denn die durch staatliche Ausgaben für öffentliche Investitionen entfaltete Nachfrage wird bei den auftragnehmenden Unternehmen zu Einkünften, die über die Ihnen Beschäftigten gezahlten Löhne sowie durch Vorleistungsverflechtungen Arbeitsplätze in nicht direkt von den öffentlichen Investitionsausgaben begünstigten Unternehmen sichern. Die den im öffentlichen Dienst Beschäftigten gezahlten Gehälter sowie die Sozialleistungen werden über kurz oder lang für Konsumgüter verausgabt und tragen damit zur Einkommensentstehung und Beschäftigungssicherung in den Verbrauchsgüterindustrien bei, die ihrerseits wiederum Vorleistungen anderen Branchen nachfragen usw.

Dieser Zusammenhang wird nicht dadurch in Frage gestellt, daß ein Teil der Einkommen gespart wird. Er steht über den Kapitalmarkt als Kredit zur Verfügung und erweitert so die Verschuldungsmöglichkeiten des Staates wie auch der privaten Unternehmen. Der Staat partizipiert an diesem Prozeß durch zusätzliche Steuereinnahmen und geringere Ausgaben für die Arbeitslosenunterstützung, so daß ihm ein Teil der Ausgaben in Form höherer Steuereinnahmen und Minderausgaben wieder zufließen. Dagegen schlagen sich Ausgabenkürzungen in geringeren Ein-

künften und Beschäftigungsabbau nieder. Damit sinken die Steuereinnahmen und steigen die Ausgaben für die Arbeitslosenunterstützung.

Wettkampf zwischen Hase und Igel

Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin, schreibt dazu: „Immer mehr drängt sich das Bild vom Wettkampf zwischen Hase und Igel auf, immer mehr erweist sich die Fixierung auf den Abbau der Defizite in einer schweren Rezession als Bumerang: Ausgabenkürzungen... bedeuten Nachfrage- und Produktionseinbuße, belasten zusätzlich den Arbeitsmarkt, bescheren dem Staatshaushalt weitere Mindereinnahmen/Mehrausgaben und schaffen neuen Konsolidierungsbedarf.“ (Wochenbericht 38/1972, S. 480) bzw. lassen die Staatsverschuldung entgegen der den Kürzungen zugrunde gelegten Absicht weiter ansteigen.

Die Vernachlässigung des Nachfrageaspektes staatlicher Ausgaben und die Fixierung auf deren Deckung durch die Steuereinnahmen stellt gewissermaßen eine Anwendung der einzelwirtschaftlichen Blickverengung auf die öffentliche Haushaltswirtschaft dar. Was aber für den guten Hausvater gilt, muß noch lange nicht für das staatliche Handeln richtig sein. Die wirtschaftliche Entwicklung zu Anfang der 30er Jahre bietet dafür eindrucksvolles Anschauungsmaterial.

Brüning als Vorbild?

Mittels vier Notverordnungen, die Brüning 1930 und 1931 erließ, wurden die Einkommen im öffentlichen Dienst als auch die der in der Privatwirtschaft Beschäftigten um 10 und mehr Prozent beschnitten. Einschränkungen und Kürzungen beim Arbeitslosengeld und im Gesundheitswesen vorgenommen, investive Staatsausgaben gesenkt sowie Steuern erhöht bzw. neu eingeführt (Bürgersteuer, Krisensteuer). Während der Kanzlerschaft Brünings stieg die Arbeitslosigkeit von 3,3 Mill. im Februar 1930 auf 4,9 Mill. im gleichen Monat des folgenden Jahres und erreichte mit 6,1 Mill. Arbeitslosen im Februar 1932 ihren Höchststand. Die Zahl der Beschäftigten in den öffentlichen Verwaltungen und der Post ging 1933 um rd. 80 000 gegen-

über 1930 zurück. Bezogen 1931 noch 44 % der gemeldeten Arbeitslosen Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung, so waren es 1933 nur noch 14 %. Von der durch die Krisensteuer finanzierten Krisenfürsorge wurden rd. 35% unterstützt. Mehr als die Hälfte der Arbeitslosen war auf das kommunale Wohlfahrtswesen angewiesen. Über 1 Mill. Arbeitslose erhielten überhaupt keine Unterstützung.

Obwohl die Ausgaben des Reiches im Haushaltsjahr 1932/33 um 2,3 Mrd. RM bzw. um 30 % unter die des Haushaltjahrs 1929/30 sanken, stieg die jährliche Neuverschuldung des Reiches in dieser Zeit von 4,7 Mrd. RM auf über 7,2 Mrd. RM an! Der Brüningschen Finanzpolitik ist es somit durch die Fixierung auf den Haushaltshaushalt gelungen, Arbeitslosigkeit und Staatsverschuldung zugleich zu erhöhen. Der gegenwärtige Kurs der Bonner Finanzpolitik hat alle Chancen, diesen „Erfolg“ zu wiederholen. Werden damit auch alte Fehler wiederholt? Der seinerzeitige Reichsbankpräsident schreibt in seinen Memoiren über den seinerzeitigen Reichskanzler: „Brüning war kein einseitiger

Formalist, geschweige denn ein Fetischist des ausgeglichenen Budgets, dem unter allen Umständen ein mäßiges Defizit im Reichshaushalt schaflose Nächte bereitet hätte. Ebensowenig war er von einer ‚idée fixe‘ beherrscht, er müsse den Staatshaushalt wie ein ‚ordentlicher Hausvater‘ führen und um jeden Preis eine Verschuldung verhindern, der überdies noch nicht ahnen konnte, daß gerade dieses Verhalten konjunkturpolitisch falsch war.“ (Hans Luther, Vor dem Abgrund, Berlin 1964, S. 144). Und an anderer Stelle: „Er ahnte nicht nur, daß seine Haushaltspolitik die Lage der Wirtschaft im Augenblick weiter erschwerete . . . , sondern er wußte dies genau und sprach es deutlich aus, so in Gesprächen mit mir und sogar öffentlich“ (ebenda, S. 149). Auch heute drängt sich wieder der Eindruck auf, daß die Folgen dieses wirtschaftlichen Kurses bekannt sind und zur Durchsetzung politischer Absichten ausgenutzt werden.

Aus der Geschichte lernen!

Trotz allem öffentlich zur Schau getragenen Optimismus wird die krisenhafte wirt-

schaftliche Entwicklung, zu der die Finanzpolitik nicht unwesentlich beiträgt, zur Legitimation des Sozialabbaus instrumentalisiert. Die sich infolge eines Verzichts auf eine wirksame, expansive Beschäftigungspolitik leerenden Kassen dienen zur Rechtfertigung, das soziale System auf amerikanische Verhältnisse zurückzustützen, worauf dann – so das offizielle Credo – die vom Sozialsystem erdrückten Marktkräfte wieder ihre Dynamik entfalten. Die Erfahrungen mit der Notverordnungspolitik Brünings lehren jedoch etwas anderes: Die Mitte der 30er Jahre einsetzende wirtschaftlichen Erholung war nicht das Resultat der „Selbstheilungskräfte“ des Marktes, sondern das der Aufrüstung Nazi-Deutschlands gewesen. Die Notverordnungspolitik hat die wirtschaftliche Krise vor 50 Jahren nicht beendet, aber dazu beigetragen, daß der Nationalsozialismus 1933 die Macht ergreifen konnte.

Joachim Eisbach, Bielefeld

Der Autor ist Mitverfasser des Sondermemorandum '82: Mehr Arbeitsplätze und soziale Sicherheit (s. DOKU-Teil)

Königmacher-Demokratie, Herz-Jesu-Marxismus und Operation '83

Von Hans See

Unsere Königsmacher-Demokratie

Das Recht, die Einnahmen und Ausgaben des Staates haushälterisch festzulegen, ist unbestritten das vornehmste des Parlaments oder um es exakter auszudrücken, der Parlamentsmehrheit. Normalerweise kommt eine solche Mehrheit durch demokratische Wahlen zustande. Sie kann aber auch durch den verfassungsrechtlich durchaus vertretbaren Frontenwechsel „freier“ Abgeordneter, manchmal genügt ein einziger Überläufer, entstehen. Dann geht die durch die Wahl gewonnene alte Mehrheit verloren, es bildet sich eine neue. Diese kann eine neue Regierung wählen und so tun, als handele es sich um die größte Selbstverständlichkeit einer freiheitlich-demokratischen Grundordnung.

Es soll hier nicht untersucht werden, ob die Väter des Grundgesetzes zu viel Vorsicht walten ließen, als sie die Spielregeln unserer Demokratie festschrieben. Daß sie damals Gründe genug hatten, plebisittäre Elemente aus der Prozedur der Willensbildung auszuklammern, sei akzeptiert. Ob es freilich nur die Erfahrungen der Weimarer Zeit waren, die diese Gründe lieferten, oder nicht etwa auch stark sozialistische Tendenzen, die sich nach dem Zusammenbruch des Faschismus abzeichneten, müßte nach den inzwischen gewonnenen Erfahrungen noch einmal gründlich geprüft werden. Ihr Mißtrauen gegenüber dem direkten Einfluß des Volkes mag gerechtfertigt gewesen sein oder nicht, wie jedoch ist ihr Vertrauen in den „freien“, nur „seinem Gewissen unterworfenen“ Abgeordneten zu erklären?

Wem die Gnade der Königsmacherfraktion zuteilt wird, den Kanzler stellen zu dürfen, hängt offensichtlich davon ab, wie gehorsam die Fraktion und die Partei, der der Kanzler angehört, die Forderungen erfüllt, die die FDP im Namen der Kapitalverwarter formuliert und in die Koalition einbringt. Helmut I. mußte zweifellos seinen Thron nur deshalb räumen, weil es ihm immer weniger gelang, die Gewerkschaften und den linken Flügel seiner Partei auf den von seinen Ministern Genscher und Lambsdorff für richtig gehaltener Kurs einzuschwören.

Da die Fundamente des Osthandels mit den Ostverträgen gelegt waren und die CDU/CSU längst akzeptiert hatte, was die sozialliberale Koalition hier für die deutsche Wirtschaft geleistet hat, nun aber innerpolitisch neue Saiten zur Absicherung von Kapitalinteressen aufgezogen werden mußten, schien Helmut II., für die kapitalhörrigen Königsmacher der FDP der geeignete Thronfolger. Mit ihm würde es – so die berechtigte Annahme – leichter sein, den schon unter Kanzler Schmidt begonnenen Abbau sozialer Rechte und Sicherheiten konsequent fortzusetzen. Mitglieder der

eigenen Fraktion und Partei, die sich während der Jahre der Koalition mit der SPD vom Sozialdemokratismus hatten infizieren lassen, mußte die FDP – ungeachtet der damit drohenden Gefahr ihres Scheiterns an der 5 %-Klausel – isolieren. Möchten sie doch die Partei verlassen. Ohne sie würde man sicher wieder mehr Parteispenden bekommen als mit ihnen. Sind die Profite hoch genug, fällt auch reichlich für jene ab, die dafür sorgten, daß sie durch Senkung der Löhne und Lohnnebenkosten wieder wuchsen oder gesichert werden könnten.

Störfaktor: Der „Herz-Jesu-Marxist“ Blüm

Die Hoffnung der FDP, das Kapital werde schon dafür sorgen, daß sie ihre Königsmacher- und Wächterfunktion weiterhin ausüben könne, große Teile der „freien“ Presse und der „freien“ Journalisten würden den Wählern schon erklären, weshalb die „freien“ Demokraten die Freiheit des Frontwechsels als Garant für die Erhaltung der freiheitlich-demokratischen Grundordnung betrachtet, ist nicht völlig unberechtigt. Freilich geht es hier nicht um die Verhinderung des Einzugs von Strauß in eine Bonner Regierung. Denn wer Zimmermann akzeptiert, kann getrost auch Strauß zum Kanzler oder Vizekanzler machen.

Nein, es geht um liberale Kontrolle der Sozialausschüsse (CDA), des linken Flügels der Christdemokraten, deren Vorsitzender offensichtlich nicht mehr nur den Lockvogel und das Feigenblatt für eine christliche Unternehmerpartei sein möchte. Als ehemaliger Arbeiter und IG-Metaller könnte der „Herz-Jesu-Marxist“ Blüm ein Störfaktor werden. Kohl wird – wie vor ihm Schmidt – die FDP brauchen, wenn er den linken Flügel seiner CDU vor allzu gewerkschaftsfreundlichen Tendenzen schützen will. Daß dies nötig erscheint, läßt sich in der StandesPresse der Ärzte ablesen. Die Zeitschrift „status“ warnte nach Verabschiedung des „Gesundheitspolitischen Programms“ der Sozialausschüsse: „Auch caritativer Dirigismus bedroht die Freiheit“.

Erschrocken wird registriert, daß jetzt der CDA-Vorsitzende Blüm immerhin Arbeitsminister geworden sei, man also diese Organisation nicht mehr nur als den Flügel einer großen Partei begreifen könne, „der den Partei-Lenkern unverbindlich zur freien Verwendung zuarbeitet“. Die Aufwertung dieses Flügels durch die Berufung seines Vorsitzenden zum Arbeitsminister beunruhigt die Ärzte, und sicher nicht nur sie. In besagtem Gesundheitsprogramm entdeckten die Ärzte einen „Caritativen-Dirigismus, deckungsgleich mit den Bestrebungen des DGB, der die unabdingbare Freiheit ärztlichen Handelns übergeht und das duale Arzt/Patient-Verhältnis mißversteht“. Ärger bereiten Vorstellungen wie die einer besseren Kontrolle ärztlicher Leistungen durch die Versicherten, eine Idee, die „den Patienten zum Spitzel macht, der seinen Arzt im Auftrag der Kasse observiert“; ärgerlich auch die Forderung, den Krankenkassen die Entscheidungskompetenz bei der Zulassung von Medikamenten zu übertragen und die Voraussetzung für verbraucherfreundliche Arzneimittelpreise zu schaffen. Klage von „status“: „So hatte sich die Mehrzahl der Ärzte die Wende sicher nicht vorgestellt“. Und ein interessanter Hinweis: „Da die F. D. P aus innerparteilichen Gründen als Liberalitätsgarant ausfällt, muß die Ärzteschaft darauf bauen, daß die CDA nur ein Steinchen ins Wasser werfen wollten, die Wellen jedoch die neue Politik nicht überschwappen“ (status 30/82).

Haushaltsoperation '83

Mittlerweile haben sich die Gemüter etwas beruhigt, wenn auch das Mißtrauen gegen den „caritativen Dirigismus“ Blüms geblieben ist. Nachdem Blüm glaubhaft versichert hat, daß der von SPD und FDP ins Auge gefaßte Kassenübergreifende Finanzausgleich zu den Akten gelegt sei, sieht die Ärzteschaft wieder Licht. „Der Weg zur Einheitsversicherung ist unter dem neuen Hausherrn im Bonner Arbeitsministerium wieder länger geworden.“ (status 30/82, S. 12.) Dankbarkeit und taktisches Entgegenkommen seitens der Ärzte: Kammerpräsident Sewering will noch

nicht gleich jedes Wort der Neuen in Bonn auf die Goldwaage legen, obwohl Blüm mit „kesser Lippe“ Schlagworte zum Fenster hinausposaunte, die man bei Ärzten wie Standesvertretern nicht gern hört. Da war die Rede von „Gefälligkeits-Attesten“, „Vertrauensärzten“, „Bußgeld“, „Transparenz“, „Luxus- und Bagatellmedizin“. Natürlich merkte die Standesvertretung, daß sich hinter dem Etikett „Bagatellmedizin“ die Negativliste der sozialliberalen Koalition verbirgt.

Nun fällt freilich auch der neuen Koalition schwer, angesichts bevorstehender vorzegernter Wahlen am 6. März 1983 so tief in die Haushaltsstruktur einzugreifen, wie dies nach ihrer eigenen Sanierungsstrategie erforderlich wäre. Blüm vor dem Hartmannbund: „Einen Alkoholiker kann man auch nicht von heute auf morgen auf Null setzen“. So wurde die von den Sozialliberalen geplante Neuverschuldung von 28 Milliarden (Kohl als Oppositionsführer: „unerträglich“) auf über 41 Milliarden festgesetzt. Die Rüstungspolitik kostet eben

träge der Arbeitslosen wurde von den „CDU-Linken“ Blüm und Geißler geschluckt. Wer also von den Unternehmern wegrentalisiert wird, wird obendrein mit einer Minderung seiner späteren Rentenerwartung bestraft. Altersarmut wird durch „caritativen Dirigismus“ vorprogrammiert.

Die Rezeptgebühr wird, wie schon von den Sozialliberalen geplant, von DM 1,50 auf DM 2,— (bei gleichzeitiger Selbstfinanzierung sog. „Bagatellmittel“) je verordneter Arznei erhöht.

Und künftig muß der Krankenhauspatient bis zur Dauer von 14 Tagen täglich fünf Mark aus eigener Tasche bezahlen, bei Kuren sogar DM 10,— für jeden Tag. Das Anspruchsrecht auf Arbeitslosenunterstützung wird durch Einführung einer Staffelung rabiat eingeschränkt. Wer nicht mindestens 36 Monatsbeiträge innerhalb von vier Jahren entrichtet hat (bisher 24 Beiträge in drei Jahren), hat für die Dauer eines Jahres keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld.



Geld. Und hier einzusparen, ginge zu Lasten unserer Sicherheit, durch die allein unsere Freiheit gewährleistet werden kann. Trotzdem sind die Eingriffe in das soziale Sicherungssystem beträchtlich und gehen zu Lasten derer, die gerade in der kapitalistischen Krise darauf angewiesen sind.

So wird denen, die ohnehin Lohnverzicht leisten sollen und schon lange nicht mehr in der Lage sind, sich eine ihren Leistungen angemessene Tariferhöhung zu erkämpfen, eine Erhöhung der Mehrwertsteuer, des Arbeitslosenversicherungsbeitrags (auf 4,6 %) und des Rentenversicherungsbeitrags (auf 18,5 %) zugemutet. Die Rentner müssen eine Verschiebung der Rentenanpassung in Kauf nehmen (Einsparung rund 440 Millionen DM), und es wird ihnen ab 1. 7. 1983 ein Prozent ihrer Rente als Krankenkassenbeitrag abgezogen. 1984 sollen es drei, 1985 sogar fünf Prozent der Rente sein. Lambsdorffs Vorschlag einer drastischen Senkung der Bemessungsgrundlage für die Rentenbe-

Was die neue Opposition vorsichtig einleitete, wird hier konsequent weiterentwickelt: Umverteilungspolitik zugunsten der Kapitaleigentümer (Hausbesitzer, Grundbesitzer und -erwerber, Aktionäre, der potentiellen Investoren) auf Kosten der Lohn- und Gehaltsempfänger bis etwa zur Versicherungspflichtgrenze und der sonstigen kleinen Leute, vor allem jener, die unverschuldet in Not geraten und auf das Netz der sozialen Sicherung angewiesen sind. Von einer Trendwende kann gewiß nicht gesprochen werden. Der schon seit Beginn der Wirtschaftskrise im Jahre 1974 zu beobachtende Trend wird lediglich verschärft vorangetrieben. Weil dies mit der SPD nicht mehr so einfach war und die Gewerkschaften ihre Loyalität zur Regierung Schmidt/Genscher ohnehin aufkündigten, hat die Königsmacherpartei auf ein anderes Pferd gesetzt. Das Kapital verharrt in Wartestellung. Erst muß man in den Chefetagen der Konzerne und Banken wissen, was aus der FDP wird. Ohne die Chance zur Wechselreiterei traut das Kapital unserer Demokratie nicht so recht.

DOKUMENTE

H. Koch

„Sozialgesetzliche Chronik 1933–1945“

anlässlich des 50. Jahrestages der faschistischen Machtergreifung in Deutschland (30. 1. 1933), die einen beispiellosen „Sozialabbau“ einleitete, vorbereitet in der Endphase der Weimarer Republik

(Eine durchaus gewollt subjektive Auswahl von Gesetzen zum Thema Faschismus und Gesundheitswesen; gedacht als Hintergrundinformation, aber auch als Motivation, bei den zitierten Autoren weiterzulesen!)

„Waren die Tuberkulosekranken (Thüringen), Landstreicher, Zigeuner und Bettler (Bayern), Kleinkriminellen und „asozialen“ bzw. „arbeitsscheuen“ Gettobewohner (Baden-Württemberg, Hamburg) und die Prostituierten und Homosexuellen (München, Thüringen, Berlin) die ersten, die den „Bolschewisten“ in die SA-Lager und die Anstalten nachgeschickt wurden, so bekam der oft chaotische Angriff auf das wimmelnde Massenelend nach und nach Methode. Im „Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst“ wurde er zusammengefaßt, und seit dem Sommer '33 kamen in rascher Folge fünf Gesetze heraus, die den „Ausmerze“-Terror verstaatlichten: das „Sterilisierungsgesetz“, das „Sicherungsverwahrungsgesetz“, das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“, das „Ehegesundheitgesetz“ und das Nürnberger „Blutschutzgesetz“. Sie alle zogen eine Flut von Durchführungserlassen und Verordnungen nach sich, und ab 1934/35 gehörte die behördliche „Aussonderung“ zum Familienalltag nicht nur sozialer Minderheitsgruppen, sondern der gesamten Unterklassen. Jeder, ob Mann oder Frau, war der möglichen Denunziation ausgesetzt, „erbkrank“ oder „schwachsinnig“ zu sein ... Soziale Angepaßtheit wird dadurch erzwungen, daß abweichendes Verhalten fortan immer die Gefahr in sich birgt“, für derartig Denunzierte, „mit Leibesstrafen (Sterilisation, Zwangsabtreibung bzw. Asylierung (bis hin zur „Vernichtung durch Arbeit“; HK) geahndet zu werden“. (K. H. Roth)

Eine entsprechend antisoziale und antidemokratische „Behandlung“ erfuhren auch die Einrichtungen der Sozialversicherung.

„Entscheidend (hierbei, HK) wurde zunächst, daß durch das „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“, 7. 4. 1933, etwa 30 v.H. der Ortskrankenkassenangestellten, insgesamt etwa 6000 Personen, wegen ihrer politischen Einstellung entlassen wurden, in der AOK Berlin wurde über 95 v.H. des Personals gekündigt. Vom Hauptverband deutscher Krankenkassen wurde das Personal (27) entlassen, teilweise sogar in „Schutzhaft“ genommen ... Für 103 einzelne Krankenkassen und für 41 Krankenkassenverbände bestellte der Reichsarbeitsminister staatliche Kommissare, die Ortskrankenkassen waren mit 91 Kommissaren besonders stark betroffen. In Thüringen, Bremen, Bayern und Baden erfolgte die Kommissariatsbestellung für das ganze Land ... Die Ausschaltung der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung war allerdings letztlich nur möglich, weil die hohe Arbeitslosenziffer der Weltwirtschaftskrise die Kampfbeliefschaft der Gewerkschaften gemindert hatte und ihre bürokratische Führung in seltsamer Legalitätspolitik und Kapitulationsbereitschaft verharren, so daß sie am 2. Mai 1933 aufgelöst (Gewerkschaftshäuser und -büros besetzt, Verbandsvorsitzende und Bezirkssekretäre verhaftet, das Millionenvermögen beschlagnahmt) und durch die DAF (Deutsche Arbeitsfront, HK) unter Robert Ley „ersetzt“ werden konnten ... Von den Angestellten der freien Gewerkschaften wurden über 4000, von denen der christlichen über 500 entschädigungslos entlassen, führende Funktionäre wurden verhaftet, mißhandelt und ... unmittelbar erschlagen. Sämtliche Spitzenverbände wurden der Aufsicht des Reichsarbeitsministers unterstellt, der „Hauptverband“ und der „Gesamtverband“ wurden zum „Reichsverband“

der Ortskrankenkassen“ zusammengelegt ... 1935 wurden die (relativ bedeutungslosen) Arbeiterersatzkassen und 1937 die Angestelltenersatzkassen in Körperschaften des öffentlichen Rechts umgewandelt.“ (Fl. Tennstedt)

„Innerhalb der Ärzteorganisation erfolgte ebenfalls eine „Gleichschaltung“: der Reichsärztekreisführer G. Wagner setzte in allen Untergliederungen des Hartmannbundes und des Ärztevereinsbundes Beauftragte des NS-Deutschen Ärztebundes ein ... „Die Verordnung vom 22. April 1933 (Verordnung über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen, d. Verf.) bringt für die Ärzte die Angleichung an das „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“. Nichtärzliche Ärzte sind künftig von der Zulassung zur Kassenärztlichen Praxis ausgeschlossen. Das gleiche trifft die Ärzte, die sich im kommunistischen Sinne betätigt haben ... Diese Bestimmungen führten zu einem Ausscheiden einer erheblichen Anzahl von Ärzten ...“ Das Jahr 1938 brachte die „vollkommene Ausschaltung der jüdischen Ärzte. In den Jahren danach starben viele in den Konzentrationslagern ...“ (alle 3 Zitate: Fl. Tennstedt)

„Für das Verhältnis von Krankenkassen und Ärzten wurde entscheidend, daß am 2.8. 1933 die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) (jetzt erstmals als Körperschaft des öffentlichen Rechts, HK) der alleinige Träger aller Beziehungen zwischen Kassenärzten und den Krankenkassen wurde. Laut ihrer Satzung lag die kassenärztliche Versorgung als eine Gesamtleistung in den Händen der deutschen Ärzteschaft (ambulant-kassenärztliches Behandlungsmonopol, HK; siehe auch vorhergehende sozialgesetzliche Chronik): somit waren die Krankenkassen und Ihre Verbände endgültig davon ausgeschaltet.“ (Fl. Tennstedt)

Am 14. 7. 1933 wurde „das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (Sterilisierungsgesetz; HK) erlassen, welches die Zwangssterilisierung von mindestens 200 000 (laut K. Novak, bis zu 350 000, HK) psychisch Kranken zur Folge hatte. Die Vielfalt psychiatrischer Krankheitsbilder wurde in das Schema weniger Diagnosen gezwängt: Schizophrenie, Zyklothymie, Alkoholismus und Schwachsinn galten als psychiatrische Sterilisungsgründe, wobei einige der überzeugten Vertreter der faschistischen Rassenpolitik die Ausklammerung der „Psychopathen“ ausdrücklich als Schwäche des Gesetzes bezeichneten, die man nur über den „Umweg“ der Diagnose Alkoholismus kompensieren könnte. Darüber hinaus waren z.B. auch Epilepsie und erbliche körperliche Mißbildungen in das Gesetz einbezogen.“ (Güse und Schmacke)

„In Kraft trat das Gesetz am 1. Januar 1934. Es unterschied sich deutlich von allen bisherigen Gesetzentwürfen. Wenn im Preußischen Gesetzentwurf von 1932 (Weimarer Republik, HK) noch die Einwilligung des Unfruchtbarzumachenden unerlässliche Voraussetzung der Sterilisierung war, so war das beim Gesetz vom 14. 7. 1933 nicht mehr der Fall. Neben der Beantragung der Sterilisierung durch den Unfruchtbarzumachenden selbst bzw. durch dessen gesetzlichen Vertreter konnten jetzt auch der zuständige beamtete Arzt oder Anstaltsleiter die Sterilisierung beantragen. Beim Preuß-

schen Gesetzentwurf hatten lediglich Vormundschaftsrichter und approbierte Ärzte zu entscheiden. Das Reichsgesetz dagegen sichert den Einfluß des Staates in vollem Umfang ... Die Ärzte hatten Anzeigepflicht, wenn Ihnen eine Person bekannt wurde, auf die die Bestimmungen zutrafen ... Bei Nichtbefolgung (durch den von Zwangssterilisierungs-Einleitung Betroffenen, HK) griff die Polizei mit Zwangsmaßnahmen ein. Es war verboten, Patienten aus den Heil- und Pflegeanstalten zu entlassen, bevor nicht der Eingriff erfolgt war.“ (K. Novak)

„Neben der Sterilisierung richtete sich ebenfalls seit 1933 eine andere Maßnahme gegen die sog. „Erbkranken“: Die Anstalten bekamen systematisch weniger Geld ...“ eine Entwicklung, die „zwangslös“ einmündete in den sog. „Halbierungserlaß“ (1942), den N. Schmacke in Heft 2/82 von DG („40 Jahre „Halbierungserlaß“ in der Psychiatrie“) gewürdigte hat; „lediglich die Verwaltungsabteilungen der Anstalten seien mit hinreichenden Geldmitteln ausgestattet“, so Prof. Kleist (laut Dörner et al.). „Darüber hinaus wurden psychiatrische Anstalten ab 1933 und besonders im Krieg regelrecht ausgehungert, so daß die Zahl der durch den Faschismus umgekommenen psychiatrischen Patienten schwer zu ermitteln ist. Bereits im Ersten Weltkrieg waren mindestens 50 000 Kranke in psychiatrischen Anstalten dem Hungertode preisgegeben worden.“ (Güse/Schmacke)

„Der alleinige Maßstab für die Bemessung der Fürsorge sollte der Wert des Hilfsbedürftigen für die NS-Volksgemeinschaft sein. Daraus ergab sich die Schlüffolgerung, unheilbar Kranken keine Zuwendungen mehr zu machen.“ (K. Novak)

Aber nicht nur psychisch Kranke waren vom „Sozialabbau“ betroffen: „Insgesamt wurden fast alle Sozialversicherungsleistungen, so auch die in der Krankenversicherung, zugunsten der Wirtschafts- und Aufrüstungspolitik der Nationalsozialisten systematisch abgebaut. In der Krankenversicherung wurden alle vor der Machtergreifung (30. 1. 1933, HK) gewährleisteten Mehrleistungen gestrichen. Dazu gehörten die umfassende Familienversicherung, Genesendenfürsorge, die in den kasseneigenen Genesungsheimen geleistet wurde, die prophylaktischen Fürsorgeleistungen, die zum Teil in den Ambulatorien oder in anderen kasseneigenen Instituten erbracht wurden, die kostenlose Abgabe von Heilmitteln und anderes mehr.“ (Tennstedt, Leibfried et al.)

„Im Hinblick auf die (vorgeblichen; HK) nationalsozialistischen Vorsorgepläne ist es interessant zu sehen, daß in diesem Zeitraum die Zahl der zur Krankheitsverhütung und Genesendenfürsorge verschickten Personen nie den Stand vor den (Weimarer; HK) Notverordnungen von 1930 erreichte: ... die Zunahme 1934 ist auf das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses zurückzuführen, die Kosten waren (welch Zynismus; HK) unter „Krankheitsverhütung und Genesendenfürsorge“ zu buchen!“ (Fl. Tennstedt)

3. 7. 1934: Gleichschaltung des gesamten Gesundheitswesens durch das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ („Vereinheitlichungsgesetz“). „Die staatlichen und kommunalen

Behörden in den Ländern, Städten und Provinzen, die privaten und karitativen Organisationen mit bis dahin uneingeschränkter Selbstverwaltung werden durch das Vereinheitlichungsgesetz eng zusammengefaßt. Der Gesundheitsdienst wurde jetzt ... einer totalitären Linie eingearbeitet, ganz parallel zu der übrigen Entwicklung. Erinnert sei in diesem Zusammenhang nur an das Gesetz vom 30. Januar 1934, das die Staatshoheit der Länder auf das Reich übertrug, oder an die deutsche Gemeindeordnung vom 30. Januar 1935, durch die das NS-Reichsinnenministerium zur letzten Instanz für die Ernennung und Entlassung der Bürgermeister wurde! (K. Novak) Der Gesundheitsapparat wurde seinem Aufbau und seinem Wesen nach zur Exekutive (Ausführungsorgan; HK) der Maßnahmen zur „Erb- und Rassenpflege“ und Arbeitskraftpolitik. (Siehe auch: „Sanierungsgesetz“ vom 7. 12. 1933 zur Rentenversicherung, „Aufbaugesetz“ v. 5. 7. 1934 zur Sozialversicherung und „Ausbaugesetz“ v. 21. 12. 1937 zur Rentenversicherung.)

„Eine weitere Stufe der Maßnahmen gegen Erbkranken ... erfolgte 1935: ... in Form der **Gesetzesänderung (zum „Sterilisierungsgesetz“, HK) vom 26. Juni 1935**, nach der auch innerhalb einer Schwangerschaft aus erbhygienischen Gründen sterilisiert werden konnte ...“ (d.h. hier: die Leibesfrucht abgetrieben werden konnte; HK). (Dörner et al.) „Immer wieder (ist) die Erweiterungsbestimmung zum Gesetz zur Verhütung erkrankten Nachwuchses ... bezeichnet worden ... als ein deutlicher Hinweis auf die Ermordungsak-

tion“ des deutschen Faschismus. Während des Krieges wurden die Sterilisierungen durch die sog. „**Erbpflegeverordnung**“ v. 31. 8. 1939 auf die „dringendsten Fälle“ beschränkt, um der kriegsbedingten Einschränkung der Gerichts- und Verwaltungsverfahren Rechnung zu tragen ...“ (K. Novak)

15. 9. 1935: Gemeinsam mit dem sog. „**Reichsbürgergesetz**“ wird in der „Stadt der Reichsparteitage“ (offizieller Nazijargon), Nürnberg, das „**Gesetz zum Schutz des deutschen Blutes und der deutschen Ehre**“ („Blutschutzgesetz“) verkündet („Nürnberger Rassegesetze“). Es verbietet sog. „Mischungen“ und außerehelichen Verkehr zwischen Juden und „Reichsbürgern“.

18. 10. 1935: „**Erbgesundheitsgesetz**“ oder „**Ehegesundheitsgesetz**“ = „**Gesetz zum Schutz der Erbgesundheit des deutschen Volkes**“. „Hatten anfänglich nur diejenigen, die Ehestandsarbeiten beantragten, ihre „Ehetauglichkeit“ ärztlich bescheinigen zu lassen, so waren es seit dem „Ehegesundheitsgesetz“ v. 1935 alle Heiratskandidatinnen und -kandidaten. Seit 1934 starteten Rassenhygiene-Institute und Rassenpolitische Ämter eine gigantische „**Erbbiologische Bestandsaufnahme**“. Die Gauäräte für Volksgesundheit der NSDAP legten seit 1935 „**Gesundheitskarten**“ an, um nach und nach die gesamte Bevölkerung zu erfassen. Ein weitverzweigtes Melde- und Kommunikationsnetz entstand, um „Ausmerze“-Kandidaten ausfindig zu machen ...“ (K. H. Roth)

1. 9. 1939: „**Euthanasie**“-Erlaß Hitlers, rückdatiert von Ende Oktober 1939; deckt die schon im September „anlaufende Ermordung aller Geisteskranken“ (H. Bergschicker) im Rahmen sog. „**Gnadentod**“-Aktionen für „unheilbar Kranke“ (Kinder-, „Aktion“: ca. 5000 Opfer; „Nazimord-Aktion T4“: ca. 100 000 Opfer; „Sonderaktionen“, z.B. „14-f-13“ in KZs); in „Zusammenarbeit mit dem Reichsärsatzführer Dr. Conti (wurde) eine hierfür zuständige und zugleich vor der Öffentlichkeit die Wissenschaftlichkeit garantierende Organisation gegründet: „**Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leidern**“.“ (Dörner et al.). Die Therapie bestand hierbei in Tötung bzw. Mord mittels Schlafmittel-Injektionen (Kinder-, „Aktion“). „Die ganze Aktion blieb bis zum Ende des Krieges geheime Reichssache, wurde nie unterbrochen, sondern im Gegenteil bei Ende der Aktion gegen die Erwachsenen (offiziell; tatsächlich ging auch diese als sog. „**wilde Euthanasie**“ weiter; HK) im August 1942 auf die jugendliche Altersstufe bis zu 16 Jahren ausgedehnt ... G. Schmidt beschreibt für die bayerischen Fachabteilungen das administrative Schema der „Anihilierung“ der nicht sofort getöteten Kinder: ab 1942 mußte zunächst jede Therapie körperlicher Erkrankungen unterlassen werden; dann mußten die Kinder laut **Verfügung vom 30. November 1942 auf Hungerkost gesetzt werden** ...“ (Dörner et al.)

Zitierte Quellen (Auswahl):

- „Der Krieg gegen die psychisch Kranken“, Sonderband der Zeitschrift „Sozialpsychiatrische Informationen“, von: Dörner et al. (Hrsg.), Psychiatrie-Verlag, 1980.
- „Euthanasie und Sterilisierung im „Dritten Reich“, von Kurt Novak, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 1980, Göttingen.
- „Medizin und Nationalsozialismus“, Dokum. d. Gesundheitstages Westberlin 1980, Band 1, Hrsg. G. Baader und U. Schulz (zit. Autor: K. H. Roth), „Forum“-Sonder-Band 15.
- „Jahrbuch für kritische Medizin“, Band 4, Argument-Sonderband AS 37, Argument-Verlag, Westberlin 1979 (zit. Autoren: H.-G. Güse und N. Schmacke).
- „Nazimordaktion T 4“, v. F. K. Kaul, DDR; in der BRD verlegt unter dem Titel: „Die Psychiatrie im Strudel der Euthanasie“, Verlag EVA (Europ. Verlags-Anstalt), Frankfurt/M. 1979.

Bundeskongreß der Arbeitslosen:

Initiativen, Treffs, Adressen und Anlaufpunkte

Am 4./5. Dezember 1982 fand in Frankfurt der 1. bundesweite Arbeitslosenkongreß in der Geschichte der Bundesrepublik statt. An diesem Kongreß beteiligten sich Arbeitsloseninitiativen aus allen Teilen des Landes. Wir veröffentlichen heute eine Liste von Adressen der verschiedensten Arbeitsloseninitiativen – christliche, autonome und gewerkschaftlich orientierte, die sich am Kongreß beteiligten.

Bielefeld: Arbeitslosentreffen, Altstädter Kirchstr. 12; Initiative Bielefelder Arbeitslosenzentrum IBAZ e.V., c/o Ulla Wiegmann, Bonhoefferstr. 28. **Bochum:** Arbeitslosentreff, c/o Frau Begyan, Querenburger Str. 47; Arbeitsloseninitiative, c/o Hannelore Schwierz, Karl-Friedrich-Str. 46. **Bottrop:** Gruppe arbeitsloser Frauen, c/o Gerda Ragert, Lindhorststr. 228; Arbeitsloseninitiative, c/o Hildegard Grundmann, Mühlenflotte 45; Arbeitslosentreffen Bottrop-Laden, Essener Str. 19. **Bonn:** Arbeitsloseninitiative, c/o Ulrich Görres, Wolfstr. 25. **Braunschweig:** Arbeitslosengruppe i. d. GEW, c/o Gisela Witter, Steinbrecherstr. 12, Tel. (0531) 34 37 50; Treff junger Arbeitsloser, c/o Thomas-Paul Jüttner, Leopoldstr. 23, Tel. 1 82 87. **Bremen:** Bremer Arbeitsloseninitiative, BAI, c/o Erika Krüger, Kaiserauerner Str. 12; GEW-Betriebsgruppe arbeitsloser Lehrer, Löniginstr. 35; Arbeitslosenzentrum, Grenzstr. 122, Tel. (0421) 39 52 97. **Bruchsal:** Arbeitslosenini-

tiative, c/o Alfons B. Kuhnen, Am See 8. **Darmstadt:** GEW-Arbeitskreis arbeitsloser Lehrer, Kasinostr. 11. **Düsseldorf:** Selbsthilfegruppe „arbeitslos“, Ev. Stadtakademie, Bastionstraße; Arbeitslosen-Initiative Stieglitz-Treff, Stieglitzstr. 29. **Essen:** Arbeitsloseninitiative Aufschrei, c/o Lothar Scholten, Tel. 58 44 35; Arbeitsloseninitiative, c/o Karin Broska-Gräber, Rosastr. 70. **Emden:** Arbeitsloseninitiative, c/o Monika C. Schach, Philosophenweg 23. **Frankfurt:** KALIF, c/o Fritz Brehm, Untermainkai 84, Tel. (0611) 25 22 65; FALZ e.V., Soimestr. 1-3, Tel. 70 04 25; VDM-Arbeitsloseninitiative; ALI in der DGB-Jugend; Arbeitslosenprojekt TUWAS, c/o Ulrich Staschelt, FHS FB Sozialarbeit. **Gelsenkirchen:** Arbeitslosentreff Industrie- und Sozialfarrer Kurt Struppek, Pastoratstr. 10. **Hagen:** Arbeitslosentreff, c/o Frau Wippermann, Boelerstr. 196. **Hanau:** Arbeitslosen-Initiative, c/o Hans-J. Heldmann, Gutkowstr. 1, Tel. (06181) 2 89 14; Selbsthilfegruppe arbeitsloser Lehrer „Rostifit“ in der GEW, Freiheitsplatz; Arbeitsloseninitiative, c/o Frank Becker, Postfach 682; Beratungsstelle und Treff für arbeitslose Jugendliche, Philipsruheallee 6. **Hannover:** Arbeitslosenzentrum, Lange Laube 22, Tel. (0511) 1 45 51; Arbeitsloseninitiative, c/o Frank Pharsö, Albertstr. 1. **Hamburg:** 1: DGB-Jugend-Arbeitskreis Jugendarbeitslosigkeit, c/o Dieter Wegner, Brachetweg 9, Tel. (040) 6 41 38 31; Arbeitslosensebsthilfe, c/o Burkhard-Büchner, Notkestr. 23; Initiative arbeitsloser Frauen, c/o Barbara Vogt, Tel. 4 39 02 66; „Jobber“-Initiative, c/o Ronald Prüß, Arnoldstr. 55, Tel. 39 30 94. **Herford:** Arbeitslosenzentrum, c/o Hermann Koch, Münsterkirchplatz 7, Tel. 5 18 64. **Hilden:** Arbeitslosentreff, c/o Erik J. Haberer, Herderstr. 87 b; Ar-

beitslosentreff, c/o Ernst Otto Küper, Niedenstr. 107. **Kaiserslautern:** Arbeitslosenzentrum, Pfaffplatz 7. **Karlsruhe:** Arbeitslosentreff, Zamenhofstr. 6. **Kassel:** Initiative arbeitsloser Sozialpädagogen, c/o Werkstatt e.V., Friedrich-Ebert-Str. 175. **Köln:** Aktiver Kreis Nichtbeschäftiger, c/o B. Wollersheim, Gemarkenstr. 9; Arbeitsloseninitiative, Berg, Gladbachstr. 109; Gruppe erwerbsloser Frauen, c/o Marlies Christofczyk, Ohmstr. 2, Tel. (0221) 32 97 58. **Konstanz:** Arbeitsloseninitiative, Münzgasse 2. **Lampertheim:** c/o Ricky Smettan, Wilhelmstr. 25. **Lippstadt:** Arbeitsloseninitiative von Behinderten, Poststr. 32. **Ludwigshafen:** Arbeitsloseninitiative, c/o Karl Lämmerhirt, Kallstädter Str. 127. **Minden:** Arbeitslosentreff, c/o Haseloh, Stiftstr. 4. **Mülheim:** Arbeitskreis zur Verminderung der Jugendarbeitslosigkeit e.V., Delle 47, Tel. (0208) 39 05 85. **München:** Arbeitslosenzentrum, Blutenbergstr. 65, Tel. (089) 19 40 16. **Nordenham:** c/o Gerd Filbrich, Langenrieper Weg 4. **Nürnberg:** Verein Arbeitslosenselbsthilfe, c/o J. Uhirsch, Speyerer Str. 36; Arbeitsloseninitiative „Aufschrei“, c/o Gabriele Jodl, Am Messehaus 14. **Osnabrück:** Arbeitslosenselbsthilfe e.V., c/o Lore Müller, Natruper Weg 75, Tel. (0541) 6 20 05. **Reutlingen:** c/o E. Bolay, Bismarckstr. 31. **Arbeiterbildung e.V.**, c/o Johann Kuttner, Fried-Ebert-Str. 23. **Rosenheim:** DGB-Kreis Arbeitsloseninitiative. **Siegen:** Arbeitslosentreff. **Soest:** Arbeitsloseninitiative i. d. VHS, c/o Axel Tigges, Leckgadumstr. 20. **Solingen:** Arbeitsloseninitiative, c/o Helmold Steinfeldt, Peressstr. 50. **Stuttgart:** Arbeitsloseninitiative „Aufschrei“, c/o Klaus Reinhardt, Filderblickweg 3. **Velbert:** Arbeitslosentreff, c/o Paul Konjela, Wagnerstr. 6.

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

In Zusammenarbeit mit: Sektion „Politische Psychologie“ im Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP)

Gemeinsame Erklärung zu den psychischen und sozialen Folgen von Arbeitslosigkeit

Bereits im Jahre 1978 haben die psychologischen Fachverbände (die Deutsche Gesellschaft f. Verhaltenstherapie, die Deutsche Gesellschaft f. soziale Psychiatrie und die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie) auf die zunehmenden psychosozialen Schäden hingewiesen, die mit dem Anstieg der Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland zu verzeichnen sind. Damals wiesen die offiziellen Statistiken ungefähr 1 Million Arbeitslose aus.

Inzwischen ist die Arbeitslosigkeit weiterhin alarmierend angestiegen, die 2-Millionen-Grenze wurde bereits im Januar 1982 überschritten und für das nächste Jahr wird bereits mit bis zu 2,5 Millionen Arbeitslosen gerechnet.

Aus diesem Grunde wenden sich die Sektion Politische Psychologie im Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP), die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) und der Verband für Betriebs- und Arbeitspsychologie (VBAP) an die Öffentlichkeit, um auf die gegenwärtigen und bei Eintreten der prognostizierten Entwicklung sich weiter verschärfenden psychosozialen Folgeschäden von Massenarbeitslosigkeit hinzuweisen.

1. Das Ausmaß des Problems

Arbeitslosigkeit

Die Zahl von gegenwärtig annähernd 2 Millionen Arbeitslosen, die sich den Angaben der Bundesanstalt für Arbeit entnehmen läßt, ist an sich schon erschreckend genug. Sie beschreibt jedoch nicht annähernd das wirkliche Ausmaß, in dem die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland vom Problem der Massenarbeitslosigkeit betroffen ist. Die gesellschaftliche Gruppe der Arbeitslosen umfaßt über die offiziell arbeitslos Gemeldeten hinaus

- entmutigte Jugendliche, die sich nach vergeblicher Ausbildungs- oder Arbeitsplatzsuche von einer Meldung beim Arbeitsamt keine Hilfe mehr versprechen
- Ehefrauen, die sich nach Verlust ihres Arbeitsplatzes resignierend in die „stille Reservearmee“ des Arbeitsmarktes zurückgezogen haben
- Arbeitslose, die aufgrund des Verdienstes ihres Ehepartners keine Arbeitslosenhilfe mehr erhalten
- ehemalige Bezieher von Arbeitslosenhilfe, die nach Überprüfung ihrer „Arbeitsfähigkeit“ zur Sozialhilfe überführt wurden
- Arbeitslose, die nur in kurzfristige Stellen vermittelt werden konnten, an Arbeitsbeschaffungs- oder Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen, die ihnen jedoch keine dauerhafte Zukunftsperspektive geben können
- Beschäftigte, die eine zeitweilige Arbeitslosigkeit in Form von Kurzarbeit verarbeiten müssen, welche zudem noch häufig der Vorbote von Entlassungen ist
- Bewohner von Heimen, Anstalten und Nichtseßhaften.

Neben diesen direkt betroffenen Personengruppen, die nur aufgrund des offiziellen Erfassungssystems der Bundesanstalt für Arbeit nicht als arbeitslos gelten, werden häufig auch die Millionen von Familienangehörigen, Partner und Kinder von Arbeitslosen übersehen, die durch ihre indirekte Betroffenheit von Arbeitslosigkeit ebenfalls psychische Schädigungen erfahren.

Man kann folglich davon ausgehen, daß gegenwärtig in der Bundesrepublik die soziale und psychische Situation von über 6 Millionen Menschen durch die Erfahrung von Arbeitslosigkeit bestimmt ist.

2. Die Bedeutung von Arbeit für die Persönlichkeitsentwicklung

Das Ausmaß an psychosozialen Belastungen, welches durch Arbeitslosigkeit bewirkt wird, hängt insbesondere

ab von der Bedeutung, die der Arbeit in unserer Gesellschaft beigemessen wird.

Als wichtigste sozial- und individualpsychologische Funktion gesellschaftlicher Arbeit läßt sich folgendes anführen:

- der Einzelne objektiviert seine Fähigkeiten in der Bewältigung seiner Arbeitsaufgabe und gewinnt dadurch ein Gefühl seiner eigenen Kompetenz
- die Erfahrung, die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten zur Ausführung einer bestimmten Arbeit zu besitzen, bildet die wesentliche Grundlage für die Entwicklung der personalen Identität
- Die Arbeitstätigkeit stellt ein wichtiges soziales Kontaktfeld dar und bildet damit die Grundlage für die Entwicklung kooperativer Fähigkeiten
- durch die Herstellung nützlicher Güter oder Leistungen, die für den Erhalt und den Fortgang des gesellschaftlichen Lebens von Bedeutung sind, erfährt der Arbeitende, daß er nützlich für die Gesellschaft ist.
- die Arbeitstätigkeit bietet dem Beschäftigten einen sozialen Orientierungsrahmen, der wesentlich für seine individuelle Selbsteinschätzung ist
- auch die arbeitsfreie Zeit wird maßgeblich von der Arbeit überschattet, die dem Tun nach der Arbeit ihren Stempel aufdrückt. Einkommen und Arbeitsinhalt stellen die wesentlichen Bedingungen dar, unter denen die Freizeit erst genutzt werden kann.

Erst die Berücksichtigung einer engen Verknüpfung von Arbeit mit dem Erwerbsstatus, dem Selbstwertgefühl und den psychischen Entwicklungschancen während der Freizeit ermöglicht es, das individuelle und kollektive Ausmaß an Schädigungen, welches durch einen unfreiwilligen Verlust des Arbeitsplatzes entstehen kann, richtig einzuschätzen.

3. Die persönlichkeitszerstörenden Auswirkungen unfreiwilliger Arbeitslosigkeit

Neben der wirtschaftlichen Verarmung und dem sozialen Abstieg, dem viele Arbeitslose unterworfen sind (lediglich zwei Drittel der arbeitslos Gemeldeten erhielten 1981 Unterstützung in Form von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe) wurden durch die psychologische Forschung vielfältige psychische Schäden als Folge von Arbeitslosigkeit nachgewiesen.

In Abhängigkeit von dem Anstieg der Massenarbeitslosigkeit lassen sich auf der Ebene kollektiven Verhaltens folgende Auswirkungen sozialstatistisch nachweisen:

- Verstärkung der Kriminalisierung insbesondere Jugendlicher
- Zunahme von Drogenabhängigkeit, Selbsttötungsversuchen und depressiven Symptomen
- Zunahme von Einlieferungen in psychiatrische Kliniken
- Zunahme psychosomatischer Erkrankungen (wie z.B. Herzkrankheiten, Magengeschwüre, Gelenkrheumatismus)
- Verschlimmerung einer Vielzahl psychischer Störungen

Bei den einzelnen Arbeitslosen führt Arbeitslosigkeit häufig zu:

- einer Abnahme des Selbstvertrauens, Selbstwertgefühls als auch des Vertrauens gegenüber Mitmenschen
- Depression, Fatalismus und Apathie als letzte Stufe der Entmutigung langfristig Arbeitsloser, die mit dem Gefühl des Unwertseins und der Hoffnungslosigkeit verbunden ist
- Zunahme der sozialen Isolation
- Entwicklung von Schuldvorwürfen hinsichtlich der eigenen Familie.

Bei den Angehörigen Arbeitsloser lassen sich folgende Auswirkungen feststellen:

- Zunahme familiärer Konflikte bei Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben

- bei Kindern Arbeitsloser die Zunahme von Entwicklungsstörungen (z.B. emotionale Labilität, nervöse Symptome, antisoziales Verhalten), Schulleistungsschwächen und Beziehungsprobleme in der Familie (z.B. Autoritätsverlust des arbeitslosen Vaters)

Bei den Beschäftigten führt die Erfahrung von Massenarbeitslosigkeit und die damit verbundene Angst vor der drohenden Entlassung zu

- einer Verschärfung des Leistungsdrucks
- einer Erhöhung des Konkurrenzdrucks, was eine Entsolidarisierung der Belegschaften bewirkt
- Unterlassung berechtigter Krankmeldungen und notwendiger Kuranträge.

4. Nicht die Arbeitslosen, sondern das Gesellschaftssystem schafft die Arbeitslosigkeit

Die von einem Teil der öffentlichen Meinung vertretene Auffassung, daß die Arbeitslosen primär selbst für ihre Situation verantwortlich seien – entweder hätten psychische Defizite zu ihrer Entlassung oder Arbeitsunwilligkeit zu Mißerfolg bei der erneuten Arbeitsplatzsuche geführt –, verkehrt in einer schlimmen Weise das Verhältnis von Ursache und Wirkung.

Individuelle Schuldzuschreibungen dieser Art sind geeignet, die negativen psychosozialen Folgen von Arbeitslosigkeit in eklatanter Weise zu verstärken.

Diese weitverbreitete Tendenz zu einer objektiv falschen individuellen Ursachenzuschreibung (Arbeitsunwilligkeit, Arbeitsunfähigkeit, individueller Konkurrenzkampf um Arbeitsplätze) führt:

- zu negativen psychischen Folgen (Resignation, Depression)
- zu Disziplinierung der Arbeitslosen und
- zur Verschärfung der Ausländerfeindlichkeit.

Obwohl die Zahl der offenen Stellen inzwischen zu einem „Erinnerungsposten“ von 65 000 herabgesunken ist – so daß gegenwärtig ungefähr 30 Arbeitslose auf eine offene Stelle kommen – und es demzufolge für die meisten Arbeitslosen überhaupt keine Arbeitsplätze mehr gibt, weder zumutbare noch unzumutbare, kann die Diskussion darüber, wie groß der Prozentsatz der Arbeitslosen sei, die als „Drückeberger“ oder „Arbeitsscheue“ auf Kosten der Gemeinschaft „die soziale Hängematte“ ausnutzen, den Eindruck erwecken, es solle darmit von den gesellschaftlichen Ursachen der Arbeitslosigkeit abgelenkt werden. Darauf deutet auch hin, daß in den westlichen Ländern individuelle Schuldzuschreibungen in dem Maße zunehmen scheinen, in dem Massenarbeitslosigkeit als Dauererscheinung sichtbar wird.

Unseres Erachtens führt Massenarbeitslosigkeit in westlichen Industriestaaten auf die Dauer zu einer psychischen Verelendung großer Bevölkerungsgruppen und damit zu psychosozialen Schäden, die langfristig sehr schwer, wenn überhaupt, zu beheben sind.

Wir halten es für eine wesentliche Verkürzung und Verengung der Problemlage, wenn an die Stelle politischer und wirtschaftlicher Maßnahmen zur Vermehrung von Arbeitsplätzen bzw. zur Änderung der gegenwärtigen Verteilung von Arbeit dauerhaft nur noch psychologische Beratungskonzepte und Trainingsprogramme treten sollen.

Diese sind aktuell unbedingt notwendig und durchaus im Stande, psychische Schäden bei Arbeitslosen und ihren Familien zu mildern, sie werden allerdings aus der Perspektive konzipiert und durchgeführt, daß die Teilnehmer solcher Programme später auch tatsächlich eine reale Chance zur Wiedergewinnung eines Arbeitsplatzes haben.

Kurative psychologische Maßnahmen im Vorfeld klinisch-therapeutischer Intervention haben so gesehen den Charakter von Überbrückungshilfen in kritischen Lebenssituationen, die von den Betroffenen ohne fremde Hilfe nicht gemeistert werden können. Auf Dauer sind sie aber für sich genommen, isoliert von der realen Lebenssituation und dem Alltagsverhalten der Betroffenen nicht in der Lage, die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung psychischen Leidens durch eine weiterbestehende Arbeitslosigkeit zu verhindern.

Daraus folgt:

- Arbeitslose benötigen eine kollektive Interessenvertretung im Rahmen gesellschaftlich breit verankerter Institutionen (in der Diskussion u.a. Gewerkschaften und Kirchen). Die Isolation von einzelnen Arbeitsloseninitiativen muß auf diesem Wege vermieden werden. Eine derartige Integrationsmöglichkeit kann auch zur Überwindung psychischer Folgeschäden von Arbeitslosigkeit beitragen.

2. Die einzige auf Dauer erfolgsversprechende Maßnahme gegen die Folgen der Arbeitslosigkeit ist die Beisetzung von Arbeit.

Dabei wird man an der Umverteilung der jeweils vorhandenen Arbeit keinesfalls vorbeikommen.

Bernhard Scholten
Thomas Kieselbach

von Christoph F. Büchermann

Gesundheitsverschleiß am Arbeitsplatz und Arbeitslosigkeit*)

Die Lage am Arbeitsmarkt hat sich nicht nur durch den seit knapp 1 Jahr anhaltenden erneuten Anstieg der Arbeitslosigkeit auf ein bisher ungekannt hohes Niveau verschärft.

In den Jahren eines anhaltend hohen Arbeitskräfte-Überangebots seit 1975 hat sich auch die Struktur der Arbeitslosigkeit nachhaltig zu Lasten bestimmter Problemgruppen am Arbeitsmarkt verschlechtert, - d. h. Arbeitslosigkeitsrisiken sind heute stärker ungleich verteilt als 1975.

Laut Strukturanalyse der Bundesanstalt für Arbeit lagen bei annähernd jedem dritten Arbeitslosen vom September 1980 gesundheitliche Einschränkungen vor, bei mehr als jedem fünften Arbeitslosen werden die Vermittlungsaussichten durch gesundheitliche Einschränkungen im Urteil der Arbeitsvermittler in stärkstem Maße beeinträchtigt.

Die absolute Zahl der schwerbehinderten Arbeitslosen erreichte in der Mitte des offiziellen „Jahres der Behinderten“ ihre bisherige Rekordhöhe von annähernd 84 500.²⁾

Aus der Sicht der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist die sich in diesen Zahlen ausdrückende Verfestigung oder „Strukturalisierung“ der Arbeitslosigkeit primär ein personengebundenes Problem der Arbeitslosen selbst, welches allerdings schwerwiegende Folgen für die Personalpolitik der Unternehmen nach sich ziehe. Ich zitiere aus ihrem Jahresbericht 1980:

„Die vielfältigen Qualifikations-, Motivations-, Verhaltens- und Mobilitätsdefizite bei den Arbeitslosen erschweren weiterhin die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt.“³⁾

Und die BDA zieht hieraus den – bei über 1 Mio. registrierten Arbeitslosen zunächst paradox, angesichts der verschlechterten Struktur der Arbeitslosigkeit jedoch manchem plausibel anmutenden – Schluß:

„So verwundert es nicht, daß . . . für die Betriebe weiterhin der Arbeitskräftemangel das Hauptproblem des Arbeitsmarktes darstellt.“⁴⁾

Wie der Titel andeuten soll, möchte ich den Zusammenhang von Gesundheitszustand und Arbeitslosigkeit im folgenden aus einem anderen Blickwinkel betrachten.

Die zugrundeliegende Hypothese lautet dabei:

Der wiederholt festgestellte schlechte Gesundheitszustand vieler Arbeitsloser und ihre infolgedessen geringen Vermittlungsaussichten sind vornehmlich auf betriebliche Selektionsprozesse bei der Freisetzung wie auch bei der Neueinstellung von Arbeitskräften zurückzuführen.

Das bestehende rechtliche und arbeitsmarktpolitische Instrumentarium reicht nicht aus, um einen wirkungsvollen Schutz gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer am Arbeitsmarkt zu gewährleisten. Durch die spezifische Funktionsweise der Arbeitsvermittlung, bei der sich – aus strukturellen Gründen – die Arbeitgeberinteressen stärker durchzusetzen vermögen als die Interessen der betroffenen Arbeitslosen, werden präventiv ausgerichtete sozialpolitische Zielsetzungen vielfach konterkarert.

Ich will mich im folgenden auf eine thesenartige Zusammenfassung der wichtigsten Untersuchungsbefunde beschränken.

1. Der schlechte Gesundheitszustand vieler Arbeitsloser ist weitgehend Folge hoher Arbeitsbelastungen im Berufsleben sowie am letzten Arbeitsplatz

Von den im Rahmen der genannten Infratest-Längsschnittuntersuchung 1978 befragten Arbeitslosen aus dem Arbeitslosenbestand (vom Nov. 1977) hatte

- rd. jeder achte eine amtliche Erwerbsminderung,
- mehr als jeder vierte gesundheitliche Einschränkungen beim Arbeitsamt angegeben,
- litt annähernd jeder vierte an einem „weniger guten“ oder „schlechten“ Gesundheitszustand, sowie
- jeder dritte an psychosomatischen Beschwerden⁴⁾ und
- jeder zweite an ernsthaften chronischen Erkrankungen wie Herz- und Kreislaufbeschwerden, Magen- und Darmbeschwerden, Bandscheibenschäden, Rheuma usf.

Arbeitslose mit derartigen gesundheitlichen Einschränkungen und Beeinträchtigungen verrichteten an ihrem letzten Arbeitsplatz überdurchschnittlich häufig körperlich schwere, eintönige Arbeit mit hoher Stressbelastung, verkrampfter Körperhaltung und gesundheitsschädlichen Umwelteinflüssen wie Lärm, Verunreinigter Luft, Schmutz, Nässe, Kälte, Hitze usf.

Häufiger haben Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen an ihrem letzten Arbeitsplatz Schicht- und Nacharbeit sowie Akkordarbeit verrichtet und regelmäßig Überstunden geleistet.

Erwartungsgemäß sind es überdurchschnittlich häufig ehemalige Arbeiter, besonders un- und angelernte, die einen schlechten Gesundheitszustand zu erkennen geben.

Psychosomatische Beschwerden, d. h. nervöse Unruhe, Abgespanntheit, Schlafstörungen sowie Erschöpfungs- und Ermüdungszustände, werden überdurchschnittlich häufig von arbeitslosen Frauen genannt –, besonders, wenn sie zuvor körperlich schwere Arbeit mit verkrampfter Körperhaltung, erhöhter Unfallgefährdung und schädlichen Umwelteinflüssen wie Lärm, Schmutz, Hitze und verunreinigter Luft verrichteten.

Das heißt: Arbeitslosigkeit ist bei einem erheblichen Teil der Betroffenen nicht als isolierte Problemlage zu betrachten, sie markiert vielmehr häufig nur den Endpunkt bereits früher einsetzender berufsbiographischer Verschleißprozesse.⁵⁾

2. Fortgeschrittener Gesundheitsverschleiß infolge hoher Arbeitsbelastungen im Berufsleben charakterisiert insbesondere das Beschäftigungsrisiko älterer Arbeitnehmer

Die Ergebnisse der Infratest-Untersuchung erlauben einen Vergleich des Gesundheitszustandes bei Perso-

nen, die – innerhalb eines bestimmten Zeitraumes – arbeitslos werden⁶⁾, und bei den beschäftigten Arbeitnehmern insgesamt. Solch ein Vergleich ermöglicht Aussagen darüber, ob gesundheitliche Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit das Freisetzungsrisko von Arbeitnehmern erhöhen.

Insgesamt zeigt sich, daß Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand unter den von Arbeitslosigkeit Betroffenen nicht häufiger vertreten sind als bei den beschäftigten Arbeitnehmern insgesamt.

Berücksichtigt man indes den Altersunterschied zwischen den Arbeitslosen und den Beschäftigten, dann verändert sich das Bild: betrachtet man in beiden Gruppen jeweils nur die 45jährigen und älteren, dann zeigt sich eine deutliche Überrepräsentation von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen unter den von Arbeitslosigkeit Betroffenen.⁷⁾

Dies bedeutet: Aufgrund des – stark an das Senioritätsprinzip geknüpften – gesetzlichen Kündigungsschutzes sowie aufgrund der seit Anfang der 70er Jahre erheblich ausgeweiteten tariflichen Absicherungsregelungen laufen ältere Arbeitnehmer insgesamt zwar ein geringeres Arbeitsplatzrisiko als jüngere, bei Vorliegen gesundheitlicher Einschränkungen scheint dieser Kündigungsschutz indes partiell seine Wirksamkeit zu verlieren:

Im Vergleich zu den älteren Arbeitnehmern insgesamt werden diejenigen mit gesundheitlichen Einschränkungen unter ihnen überdurchschnittlich häufig freigesetzt.

Von den befragten 45jährigen und älteren von Arbeitslosigkeit Betroffenen geben 37 % einen „weniger guten“ oder „schlechten“ Gesundheitszustand zu erkennen und annähernd zwei Drittel ernsthafte chronische Erkrankungen (in den zurückliegenden 3 Monaten vor dem Befragungszeitpunkt) an.

Dasselbe zeigt sich in bezug auf die Belastungen am Arbeitsplatz: Im Vergleich zur gleichen Altersgruppe bei den beschäftigten Arbeitnehmern waren die 45jährigen und älteren Arbeitslosen häufiger zuletzt an Arbeitsplätzen mit körperlich schwerer sowie Schicht- und Nacharbeit beschäftigt.

Während sich bei den beschäftigten Arbeitern und Angestellten mit zunehmendem Lebensalter insgesamt eine tendenzielle Belastungsabnahme abzeichnet, verhält es sich bei den von Arbeitslosigkeit Betroffenen geradezu umgekehrt: Besondere Arbeitsbelastungen am letzten Arbeitsplatz werden von den (45jährigen und) älteren Arbeitslosen häufiger genannt als von den jüngeren.⁸⁾

3. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des beruflichen Leistungsvormögens sind in den meisten Fällen der ausschlaggebende Grund für die Beendigung des letzten Beschäftigungsverhältnisses

Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen, einer amtlich anerkannten Erwerbsminderung, schweren chronischen Erkrankungen (Magen- und Darmbeschwerden, Herz- und Kreislaufbeschwerden) sowie einem entsprechend schlechten subjektiven Gesund-

Arbeitslose von November 1977, die vor ihrer Arbeitslosigkeit berufstätig waren, nach Art und Gründen der Beendigung des letzten Beschäftigungsverhältnisses (Prozentwerte senkrecht)

Tab. 4

	Befragte gesamt	Erwerbs-geminderte	darunter: gesundh. Einschränk. beim AA angegeben	Gesundheits-zustand weniger gut oder schlecht
Art der Kündigung				
(Basis gew.)	1559	191	412	359)
- vom Arbeitgeber gekündigt / Kündigung nahegelegt	59%	70%	65%	68%
- Kündigung aus eigenem Antrieb	38%	27%	32%	29%
Keine Angabe	3%	3%	3%	3%
Summe	100%	100%	100%	100%
Wenn arbeitgeberseits gekündigt				
(Basis gew.)	598	134	268	244)
- aus rein wirtschaftlichen Gründen	58%	48%	45%	42%
- gesundheitliche Gründe spielen eine Rolle	36%	78%	74%	70%
Wenn selbst gekündigt				
(Basis gew.)	592	52	132	104)
- aus gesundheitlichen Gründen	14%	52%	42%	39%

heitsbefinden wurde überdurchschnittlich häufig vom **Arbeitgeber** gekündigt bzw. die Kündigung nahegelegt. Dies trifft auf 70% der von uns befragten erwerbsgeminderten Arbeitslosen sowie jeweils zwei Drittel der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen bzw. einem schlechten subjektiven Gesundheitsbefinden zu.

Bei rd. jedem vierten Arbeitslosen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfolgte die Kündigung aus eigenem Antrieb.

Interessant ist auch die unterschiedliche Gewichtung von **Kündigungsgründen** bei Arbeitslosen mit und ohne gesundheitliche Einschränkungen: gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitslose wurden seltener aus „rein wirtschaftlichen Gründen“ vom Arbeitgeber gekündigt. Demgegenüber spielen **gesundheitliche Gründe** bei rd. Dreiviertel der Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen eine Rolle für die Kündigung seitens des Arbeitgebers.

Auch bei gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitslosen, die ihre letzte Stelle **selbst** gekündigt haben, erfolgt dieser Schritt in den wenigen Fällen „aus freien Stücken“. Auch sie nennen am häufigsten ihren **Gesundheitszustand** als Grund für die Eigenkündigung.

Diesbezüglich zeigen sich auch Unterschiede zwischen gesundheitlich eingeschränkten Arbeitslosen und den (45jährigen und) älteren Arbeitslosen insgesamt:

Ältere Arbeitnehmer werden in den meisten Fällen aus „rein wirtschaftlichen Gründen“ gekündigt, worin sich ihr besserer gesetzlicher und tariflicher Schutz gegen personen- und verhaltensbedingte Kündigungen ausdrückt.

Liegen **zusätzlich** gesundheitliche Einschränkungen vor, dann scheint dieser Kündigungsschutz in der betrieblichen Praxis jedoch seine Wirksamkeit zu verlieren.⁹⁾

Hierin wird deutlich, daß es nach geltendem Recht gegen eine Arbeitgeberkündigung, die sich auf „wirtschaftliche Gründe“ beruft, so gut wie keinen effektiven rechtlichen Schutz gibt – sieht man von der im Kündigungsschutzgesetz (§ 1 KSchG) verankerten Pflicht zur sozialen Auswahl einmal ab.

Auch bei der **krankheitsbedingten** Kündigung des Arbeitgebers, an welche nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts zwar „strenge Anforderungen“¹⁰⁾ zu stellen seien, haben betriebswirtschaftliche Rentabilitätskriterien („unzumutbare wirtschaftliche Belastung“) Vorrang vor dem Interesse des betroffenen Arbeitnehmers am Erhalt seines Arbeitsplatzes.¹¹⁾

Wie die zunehmende Zahl **Schwerbehinderter** im Arbeitslosenbestand zeigt, greifen auch die für diese Gruppe geltenden besonderen Kündigungsschutz-Bedingungen (§§ 12ff. SchwbG) partiell zu kurz: Arbeitgeber bedienen sich bei dieser Personengruppe immer häufiger der Ausweichstrategie des **Aufhebungsvertrages**, um den Umweg über die laut Gesetz zustimmungspflichtige Hauptfürsorgestelle zu umgehen: Nach Befunden der vom **Max-Planck-Institut** für das Bundesarbeitsministerium durchgeföhrten Kündigungsschutzstudie¹²⁾ werden schwerbehinderte, aber

auch gesundheitlich eingeschränkte Arbeitnehmer mit hohen Fehlzeiten öfter als andere Arbeitnehmer über sog. „einvernehmliche“ **Aufhebungsverträge** freigesetzt.

Aber auch die im Gesetz verankerte Zustimmungspflicht bei der Kündigung Schwerbehinderter stellt nach Ausführungen von **Bundesarbeitsminister Ehrenberg** kaum eine Einschränkung unternehmerischer Dispositionsmöglichkeiten dar:

In einem Appell an die Arbeitgeber, mehr Schwerbehinderte einzustellen, beruhigte er seine Adressaten mit der Feststellung, daß es sich auch dabei nicht um einen „absoluten Kündigungsschutz“ handle: vielmehr „blieb nach der Statistik der Hauptfürsorgestellen 1980 nur in einem Fünftel der Fälle das bisherige Arbeitsverhältnis bestehen“¹³⁾. Im nächsten Satz verweist er auf die „Möglichkeit, Probearbeitsverhältnisse abzuschließen und sie ohne Eintritt des Kündigungsschutzes wieder zu beenden“¹⁴⁾.

In den meisten Fällen haben die Betroffenen nur äußerst geringe Chancen auf berufliche Wiedereingliederung: häufig handelt es sich bei der sukzessiven Arbeitslosigkeit gesundheitlich eingeschränkter bzw. erwerbsgeminderter (älterer) Arbeitnehmer um eine „**erwerbsbiographische Endstation**“.

In diesem Sinne ergab eine neuere Untersuchung von **Infratest Sozialforschung**, daß aus dem Erwerbsleben **ausgeschiedene** ältere Arbeitnehmer, die ihre Erwerbstätigkeit über die „**Zwischenstation**“ **Arbeitslosigkeit** beendet haben,

- Überdurchschnittlich häufig besonders verschleißenden Arbeitsbelastungen in ihrem Berufsleben ausgesetzt waren (besonders: Wechselschicht/Nachtarbeit; Akkordarbeit),
- Überdurchschnittlich häufig angaben, die Arbeitsbelastungen hätten in den letzten Jahren ihres Berufslebens eher zugenommen,
- infolgedessen auch an ihrem **letzten** Arbeitsplatz überdurchschnittlichen Belastungen (besonders: gesundheitsschädigende Umwelteinflüsse, Wechselschicht/Nachtarbeit, Akkordarbeit) ausgesetzt waren und
- gleichzeitig ein Nachlassen ihrer Leistungsfähigkeit registrierten.¹⁴⁾

In besonderem Maße trifft dies auf ehemalige Arbeitnehmer zu, die über sog. „**59er Aktionen**“ und/oder mit **Sozialplan** aus dem Betrieb ausgeschieden sind.

Dementsprechend nehmen die parallel befragten **Arbeitgeber** als Gründe für die Entlassung oder Freisetzung älterer Arbeitnehmer

- an erster Stelle, die Betroffenen seien zu häufig krank gewesen, und
- an zweiter Stelle gleichrangig, die Betroffenen seien den Arbeitsplatzbelastungen nicht mehr gewachsen gewesen, und Umsetzungsmöglichkeiten auf weniger belastende Arbeitsplätze seien im Betrieb nicht vorhanden.

Über die Hälfte der ebenfalls befragten **Betriebs- und Personalräte** sind dabei jedoch der Meinung, durch die

vorzeitige Ausgliederung älterer Arbeitnehmer aus dem Erwerbsleben würden letztlich die belastenden Arbeitsbedingungen, die zum vorzeitigen Gesundheitsverschleiß der Betroffenen geführt haben, im Betrieb erhalten bleiben. Ein Teil der Befragten schließlich will nicht ausschließen, daß die systematische Verjüngung von Belegschaften durch selektive Freisetzung älterer, gesundheitlich eingeschränkter Arbeitnehmer über kurz oder lang zu einer **Erhöhung der Leistungsanforderungen** für die Gesamtbelegschaft führt.

Damit in Einklang stehen auch neuere Forschungsergebnisse des **Wissenschaftszentrums Berlin** zur Praxis des betrieblichen Arbeitsschutzes.¹⁵⁾

4. Im Falle von Arbeitslosigkeit haben Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Einschränkungen nur sehr geringe Wiedereingliederungschancen; ihre berufliche Wiedereingliederung scheitert primär an der verschärften Selektivität der Betriebe bei Neueinstellungen

Die geringen Wiedereingliederungschancen von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen drücken sich in einer weit überdurchschnittlichen **Dauer der Arbeitslosigkeit** aus. Dies zeigen die Ergebnisse des im Rahmen unserer Arbeitslosen-Untersuchung von 1978 durchgeföhrten **Längsschnitts**:

Arbeitslose, die bei der Erstbefragung Anfang 1978 ihren **Gesundheitszustand** als „weniger gut“ oder „schlecht“ bezeichneten, sind bei der Zweitbefragung Ende 1978 sehr viel häufiger immer noch arbeitslos (50%) als Arbeitslose mit einem guten Gesundheitsbefinden (34%). Dies gilt auch, wenn man ausschließlich die Gruppe der 45jährigen und älteren betrachtet. Oder anders herum:

Von den über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg ohne Unterbrechung arbeitslosen Befragten stift jeder zweite Mann sowie jede vierte Frau ihren **Gesundheitszustand** als „weniger gut“ oder „schlecht“ ein. Besonders die ununterbrochen arbeitslosen Männer geben signifikant häufiger ernsthafte chronische Leiden wie Bandscheiben-, Magen-, Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Schlafstörungen an als die Befragten insgesamt.

Auch hierbei bleibt der festgestellte Zusammenhang von Belastungen am letzten Arbeitsplatz, **Gesundheitszustand** und **Beschäftigungsrisiko** bestehen: Arbeitslose, die vor Eintritt der Arbeitslosigkeit hohen Arbeitsbelastungen wie Schicht- und Nachtarbeit, körperlich schwerer sowie monotoner Arbeit, ferner Akkord- und Stückarbeit und/oder ungünstigen Umwelteinflüssen ausgesetzt waren, sind Ende 1978 – bei unserer Zweitbefragung – häufiger immer noch arbeitslos als die Befragten insgesamt.

Häufiger als gesundheitlich nicht beeinträchtigte Arbeitslose nehmen Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen im Anschluß an Arbeitslosigkeit keine Beschäftigung mehr auf, sondern werden in die **Nicht-Erwerbstätigkeit**, vornehmlich **Invalidität** oder **vorzeitigen Ruhestand** abgedrängt.

Seit Einsetzen der Beschäftigungskrise 1974/75 haben so die Zugänge in Erwerbsfähigkeit sowie die Zugänge beim „vorzeitigen“ Altersruhegeld ab 60 Jahre nach mindestens einjähriger Arbeitslosigkeit deutlich zugenommen, während das Durchschnittsalter beim Antrag auf Erwerbsfähigkeitsrente gesunken ist.¹⁶⁾

Gemäß einer Bundestagsanfrage vom 6. November 1979 wurden allein 1978 knapp 50 000 Berufs- und Erwerbsfähigkeitsrenten unter sog. „Berücksichtigung der Lage am (Teilzeit-)Arbeitsmarkt“ bewilligt; in jedem 4. Fall war die Situation am Arbeitsmarkt ausschließlich Grund für die Rentengewährung.¹⁷⁾

In vielen Fällen – dies ergab die zitierte **Infratest-Studie** – hätten die Betroffenen eigenen Angaben zufolge lieber länger gearbeitet.¹⁸⁾

Obgleich Arbeitslose mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Durchschnitt sehr viel länger arbeitslos bleiben als Arbeitslose ohne gesundheitliche Einschränkungen, erhalten sie im Durchschnitt etwas seltener Vermittlungsgange von Arbeitsamt. Hier wird deutlich, wie die Vermittlungstätigkeit des Arbeitsamtes

Tabelle 8: Verbleib der Arbeitslosen und Abgänger aus Arbeitslosigkeit, die bei der Erstbefragung arbeitslos gemeldet waren, zehn Monate später (Zweitbefragung) – nach Indikatoren zum Gesundheitszustand (Prozentwerte quer)

	Basis gew.	erwerbstätig	arbeitslos	krank	Rente	Sonst.	Summe
Befragte insgesamt	1026	38%	37%	1%	4%	20%	100
Gesundheitszustand bei Erstbefragung (Febr. 1978)							
– gut/sehr gut	449	48%	30%	1%	2%	21%	100
– zufriedenstellend	260	35%	41%	1%	4%	19%	100
– weniger gut/schlecht	248	25%	49%	3%	10%	13%	100

Verbleib der Arbeitslosen von November 1977 zehn Monate später im Nov./Dez. 1978 nach Belastungen am letzten Arbeitsplatz vor der Arbeitslosigkeit

	Basis	erwerbstätig	arbeitslos	krank	Rente	Sonst.	Summe
Befragte insgesamt:	1281	43%	32%	1%	6%	18%	100
Belastungen am letzten Arbeitsplatz vor der Arbeitslosigkeit							
– Schicht-/Nacharbeit	195	41%	39%	1%	9%	10%	100
– körperlich schwere Arbeit	424	42%	38%	1%	8%	11%	100
– eintön., uninteressante Arbeit	277	37%	38%	2%	7%	16%	100
– Akkord-/Stückarbeit	210	39%	35%	2%	5%	19%	100
– verunreinigte Luft, Dämpfe, Gase	288	39%	38%	1%	8%	14%	100

unter anhaltend ungünstigen Arbeitsmarktbedingungen weitgehend vom Arbeitskräfte-Nachfrageverhalten der Arbeitgeberseite strukturiert wird, was längerfristig freilich zwangsläufig zu einer kontinuierlichen Erhöhung des Problemdruckes der Arbeitsvermittlung führen muß.¹⁹⁾

Erhalten sie aber dennoch ein Vermittlungsangebot vom Arbeitsamt, dann müssen Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen häufiger die Erfahrung machen, daß die angebotene Stelle danach anderweitig besetzt wird.

Meistgenannter Grund für die Nicht-Einstellung durch den Betrieb ist aus der Sicht der Arbeitslosen selbst dabei ihr beeinträchtigter Gesundheitszustand – direkt gefolgt von der Begründung, der Betrieb bevorzugt jüngere Bewerber. Auch wenn – wie in wenigen Fällen – ein Stellenangebot des Arbeitsamts vom Bewerber selbst abgelehnt wurde, erfolgte dies in der Regel aus gesundheitlichen Gründen.

Demgegenüber behaupten die Anfang 1978 parallel zur Arbeitslosen-Erstbefragung befragten Arbeitgeber, gesundheitliche Gründe spielten bei der Ablehnung vom Arbeitsamt geschickter Stellenbewerber nur eine ganz untergeordnete Rolle.²⁰⁾

Interessante Akzentverschiebungen ergeben sich schließlich, wenn man die entsprechende Einschätzung der ebenfalls befragten **Arbeitsvermittler** noch hinzuzieht:

Ablehnungen aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen des Bewerbers haben in ihrem Urteil bei den Betrieben einen weit höheren Stellenwert als dies die Angaben der Arbeitgeber selbst vermuten lassen; über die Hälfte der 100 befragten Vermittler sind der Meinung, gesundheitliche Beeinträchtigungen hätten während der zurückliegenden drei Monate häufig eine Rolle für die Ablehnung vom Arbeitsamt geschickter Stellenbewerber seitens der Betriebe gespielt; nur 7 Vermittler äußerten die Ansicht, dies sei praktisch nie vorgekommen.²¹⁾

Damit rangieren gesundheitliche Einschränkungen – eng assoziiert mit höherem Lebensalter – aus der **Vermittlersicht** unter den häufigsten Ablehnungsgründen.

Die Befragung der Arbeitsvermittler in den Arbeitsämtern als quasi neutrale Instanz im Arbeitsmarktgescchenen ergab ein weiteres interessantes Ergebnis:

Drei Viertel der befragten Arbeitsvermittler sind der Ansicht, die Betriebe stellten „heute“ (1978) alles in allem **höhere Anforderungen** an Stellenbewerber als während der letzten Vollbeschäftigungssphase 1970–1973.

Auf die Frage, welche betrieblichen Ablehnungsgründe im Vergleich zur letzten Vollbeschäftigungssphase erst infolge des anhaltenden Arbeitskräfte-Überangebots am meisten an Bedeutung hinzugewonnen hätten, nennen die Vermittler am häufigsten – nämlich zu 44% – **gesundheitliche Einschränkungen**.²²⁾

Arbeitslosigkeit. Damit ermöglichen sie auch eine vorzeitige Überprüfung vorwiegend von Psychologen geäußerter Hypothesen, die soziale Erfahrung insbesondere längerfristiger Arbeitslosigkeit stelle selbst einen – mehr oder minder eigenständigen – Krankheitsfaktor dar.²³⁾

Entgegen derartigen Annahmen zeigen unsere Längsschnittbefunde, daß sich die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes bei **anhaltender Arbeitslosigkeit** im Beobachtungszeitraum (Anfang 1978 bis Ende 1978) per Saldo nicht verändert: Die jeweiligen Anteile von Personen unter den befragten Arbeitslosen, die einen „weniger guten“ oder „schlechten“ Gesundheitszustand erkennen lassen, sind zu beiden Befragungszeitpunkten gleich hoch (jeweils 32%).²⁴⁾

Leichte Veränderungen im subjektiven gesundheitlichen Befinden zeigen sich jedoch, wenn im Beobachtungszeitraum zwischen Erst- und Zweitbefragung ein **Wechsel des Erwerbsstatus** erfolgt ist: Während sich mit **erneutem Zugang zur Arbeitslosigkeit** das gesundheitliche Befinden per Saldo deutlich **verschlechtert**, zeichnet sich beim **Übergang in die Hausfrauenaktivität** eher eine **Verbesserung** ab, die sich mit zunehmender zeitlicher Entfernung von Arbeitsleben und Arbeitslosigkeit fortsetzt.

Dies trifft jedoch nicht auf die Situation der inzwischen **Wiederbeschäftigte** zu: Sie geben bei der Zweitbefragung einen im Vergleich zur Zeit, als sie noch arbeitslos waren, **unveränderten** Gesundheitszustand zu erkennen. Zum Teil dürften hierfür die mit der beruflichen Wiedereingliederung verbundenen, teils erheblichen beruflichen Veränderungen sowie die Belastungen der Einarbeitungssituation am neuen Arbeitsplatz verantwortlich sein.

Die Veränderung des Erwerbsstatus führt darüber hinaus per Saldo auch zu leichten Veränderungen im **psychosomatischen** Bereich: Beim **wiederholten Zugang in Arbeitslosigkeit** zeichnet sich eine Zunahme von Schlafstörungen und Magenbeschwerden ab, die **Wiederbeschäftigte** geben indes eine Abnahme nervöser Unruhe, gleichzeitig aber auch eine Zunahme von Magenbeschwerden, Abgespanntheit, Erschöpfungs- und Ermüdungszuständen gegenüber der Erstbefragung an.

Vermutungen, anhaltende Arbeitslosigkeit stelle einen **eigenständigen** Krankheitsfaktor dar, finden in unseren Ergebnissen keine Bestätigung.

Ebensowenig scheint jedoch der mit Arbeitslosigkeit verbundene (vorübergehende) Wegfall verschleißender Arbeitsbelastungen zu einer **Verbesserung** des subjektiven gesundheitlichen Befindens zu führen.

6. Die berufliche Wiedereingliederung von Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen ist in den meisten Fällen mit beruflichem Abstieg und Dequalifikation, per Saldo allerdings auch mit einer Abnahme von Arbeitsbelastungen gegenüber vor der Arbeitslosigkeit verbunden

Für insgesamt 150 Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen liegen sowohl Angaben über den **letzten Arbeitsplatz vor der Arbeitslosigkeit** als auch Angaben über den **neuen Arbeitsplatz nach der beruflichen Wiedereingliederung** vor.

Obgleich es sich bei den gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitslosen, die 10 Monate nach der Erstbefragung wieder eingegliedert sind, um Personen mit vergleichsweise besseren Wiedereingliederungschancen handeln dürfte, sind die beruflichen Verschlechterungen, die sie in Kauf zu nehmen gezwungen sind, erheblich:

- Annähernd die Hälfte der gesundheitlich eingeschränkten Arbeitslosen, die vor der Arbeitslosigkeit noch im erlernten Beruf tätig waren, sind nach der Arbeitslosigkeit als Angelernte, in den meisten Fällen jedoch in ungelernter Stellung beschäftigt;

der Anteil der vom Arbeitsamt umgeschulten liegt bei ihnen nicht höher als bei den Arbeitslosen insgesamt (2%); annähernd die Hälfte der wiedereingliederten Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen meint deshalb auch, am neuen Ar-

Wie – nicht-repräsentative – Ergebnisse einer neueren Betriebsräte-Befragung durch das Wissenschaftszentrum Berlin ergaben, werden in den meisten erfaßten Großbetrieben – aber auch bereits in größeren Mittelbetrieben – häufig sog. ärztliche „Einstellungsuntersuchungen“ von Stellenbewerbern vorgenommen, bei welchen es sich weniger um Eignungsuntersuchungen für den vorgesehenen Arbeitsplatz denn um – ich zitiere – „allgemeine gesundheitliche Belastbarkeitsprüfungen“ durch den **Betriebsarzt** handelt, welche nicht zu den im Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) vorgesehenen Aufgaben des Betriebsarztes gehören. Nach Schätzungen der **Betriebsräte** liegt der Anteil auf diese Weise „aussortierter“ Stellenbewerber zwischen 20% und 50%.²⁵⁾

Ähnliche Befunde liegen aus der zitierten **Kündigungsschutzstudie** für das Bundesarbeitsministerium vor: Die Frage, ob sich besondere Kündigungsschutz-Regelungen auf ihre Auswahl-Kriterien bei Neueinstellungen auswirken, wird von 60% der befragten **Arbeitgeber** (in der Privatwirtschaft, ohne öffentlichen Dienst) bejaht; auf die Nachfrage, in welcher Form dies geschehe, nennen sie an erster Stelle – nämlich zu über 40% – „keine Neueinstellungen von Schwerbehinderten“. Dementsprechend nennen die Arbeitgeber – nach ihren **Anderungswünschen** beim Kündigungsschutzrecht befragt – am häufigsten den Abbau des „zu großen Schutzes Schwerbehinderter“!²⁶⁾

Das heißt, nicht nur bei Arbeitskräftefreisetzungen, sondern auch und vor allem bei der Neueinstellung von Arbeitskräften wirkt sich eine verschärzte betriebliche Selektionspraxis zugunsten gesundheitlich eingeschränkter Arbeitnehmer aus.

Der einzelne Arbeitnehmer gerät hierdurch in eine Art „Teufelskreis“: Hohe Arbeitsbelastungen führen zu mindest längerfristig zum vorzeitigen Verschleiß des gesundheitlichen Leistungsvormögens, was wiederum zu erhöhter Arbeitsplatzunsicherheit und – im Falle eines Arbeitsplatzverlustes – zu in der Regel lang anhaltender Arbeitslosigkeit mit geringen Aussichten auf eine (stabile) Wiedereingliederung ins Erwerbsleben führt.

5. Das subjektive gesundheitliche Befinden Arbeitsloser wird nicht so sehr durch längerfristige Arbeitslosigkeit und anhaltend erfolglose Arbeitssuche beeinträchtigt, als durch den Wechsel des Erwerbsstatus und die damit verknüpften veränderten Verhaltensanforderungen

Die Ergebnisse unserer Längsschnittuntersuchung bei Arbeitslosen von 1978 erlauben erstmals auch relativ zuverlässige Aussagen über die **Veränderung** der gesundheitlichen und psychosozialen Situation Arbeitsloser bei anhaltender, erneuter sowie bei Beendigung der

Tabelle 8: Arbeitslose und Abgänger aus Arbeitslosigkeit nach Verbleib im Beobachtungszeitraum Febr. 1978 (T_1) bis Nov./Dez. 1978 (T_2) und Krankheiten/Beschwerden in den jeweils zurückliegenden drei Monaten (Längsschnitt-Angaben in %)

Krankheiten und Beschwerden in den letzten drei Monaten	Zweimal Befragte gesamt Angaben in		In T_1 arbeits- los und in T_2 noch arbeitslos Angaben in		In T_1 erwerbs- tätig und in T_2 erneut arbeitslos Angaben in		In T_1 arbeits- los und in T_2 (wieder-) beschäftigt Angaben in		In T_1 arbeits- los und in T_2 Hausfrau Angaben in		In T_1 (Wieder-) beschäftigt und in T_2 noch erwerbstätig Angaben in	
			T_1	T_2	T_1	T_2	T_1	T_2	T_1	T_2	T_1	T_2
Basis (gew.)	1966	1966	404	404	50	50	366	366	151	151	531	531
Kopfschmerzen	26	26	27	28	20	21	24	28	29	29	28	26
Rheuma	7	8	12	11	4	3	7	8	6	9	4	6
Bandscheibenbeschwerden	13	15	20	20	10	13	12	14	13	16	9	11
Schlafstörungen	13	13	20	20	8	15	13	12	20	11	7	8
Nervöse Unruhe	15	16	22	24	21	16	18	14	15	16	11	13
Bronchitis	7	6	10	9	9	4	7	6	4	5	4	4
Magenbeschwerden	11	12	16	17	6	13	10	14	7	7	11	10
Verdauungsbeschwerden	5	5	8	5	6	6	6	5	4	6	3	3
Herzbeschwerden	8	8	13	12	5	4	6	6	11	7	3	5
Kreislaufbeschwerden	21	21	28	26	14	24	22	22	27	23	12	15
Zu hoher Blutdruck	6	7	9	9	5	4	6	5	4	4	4	4
Diabetes	2	2	2	3	—	3	2	3	4	1	1	1
Erschöpfungs-/Ermüdungszustand	9	11	13	14	5	5	6	11	10	11	7	8
Abgespanntheit	8	10	10	10	15	9	7	13	7	8	7	11
Leber-/Gallenbeschwerden	5	5	9	9	4	2	5	4	3	4	3	3
Übelkeit	3	3	5	5	4	1	2	4	4	3	2	2
Nierenbeschwerden	5	4	6	6	3	4	6	3	4	4	3	3
Unterleibsschmerzen	5	4	6	5	4	2	5	3	6	6	2	3
Hautleiden	3	3	2	3	4	7	3	2	3	5	3	3
Venenleiden	4	4	6	6	—	4	2	3	7	6	2	2
(Unfall-)Verletzungen	4	7	5	8	4	6	5	9	3	3	3	5
Keine dieser Krankheiten/ Beschwerden	22	26	21	18	24	19	24	27	17	22	25	32

Quelle: C. F. Büchermann, B. v. Rosenbladt, Arbeitslose 1978 ..., a.a.O., S. 33.

beitsplatz von den einmal erworbenen beruflichen Kenntnissen und Fähigkeiten wenig, sehr wenig oder nichts verwenden zu können.

- 40% der Befragten sind der Meinung, sich beruflich verschlechtert zu haben, 56% bezeichnen die neue Stelle als partielle oder uneingeschränkte Notlösung; einen eindeutigen beruflichen Abstieg müssen mindestens 38% der gesundheitlich eingeschränkten Arbeitslosen in Kauf nehmen.²⁷⁾

Diese erheblichen beruflichen Verschlechterungen sind mithin der Preis dafür, daß am neuen Arbeitsplatz die Belastungen niedriger sind als am letzten Arbeitsplatz vor der Arbeitslosigkeit: Eine besonders deutliche Belastungsabnahme zeigt sich per Saldo hinsichtlich

- körperlich schwerer Arbeit,
- Akkord- und Stückarbeit,
- Arbeitstempo, Stress,
- unbedeckter Körperhaltung bei der Arbeit, sowie
- gesundheitsschädlicher Umwelteinflüsse.

Verbunden mit dieser Belastungsabnahme ist ein überdurchschnittlich häufiger Wechsel von Arbeiter-In Angestelltenpositionen sowie von der Industrie in andere Wirtschaftsbereiche.

Festzuhalten bleibt jedoch, daß sich die berufliche Situation der wiedereingegliederten Arbeitslosen mit gesundheitlichen Einschränkungen hinsichtlich so gravierender Belastungen wie

- Schicht- und Nachtarbeit,
- körperlich schwerer Arbeit und
- unbedeckter Körperhaltung am Arbeitsplatz

insgesamt nicht positiv abhebt von der beruflichen Situation der Wiederbeschäftigen, die (noch) keine gesundheitlichen Einschränkungen angegeben haben.

Nicht zuletzt aufgrund dieser fortgesetzten Belastungen sowie der Tatsache, daß der neue Arbeitsplatz vielfach als „Notlösung“ bezeichnet wird, weisen Arbeitslose mit gesundheitlichen Einschränkungen auch leicht instabile Wiederbeschäftigungskarrären auf als die wiedereingegliederten Arbeitslosen insgesamt: leicht häufiger sind sie im Beobachtungszeitraum zwischenzeitlich erneut arbeitslos geworden.

7. **Indem die Vermittlungstätigkeit der Arbeitsämter weitgehend vom Arbeitskräfte-Nachfrageverhalten der Arbeitgeber strukturiert wird, trägt sie tendenziell zu einer Perpetuierung des skizzierten Zusammenhangs von Arbeitsbelastungen, Gesundheitsver-**

schleiß und Beschäftigungsrisiken bei. Dadurch werden grundlegende Ziele der Sozial- und Arbeitsmarktpolitik konterkariert bzw. in Frage gestellt.

Der Problemdruck der Arbeitsvermittlung hat sich in den letzten Jahren nicht nur infolge der anhaltend hohen Arbeitslosigkeit, sondern zusätzlich infolge der gleichzeitig gestiegenen Einstellungsanforderungen und -selektivität der Betriebe deutlich erhöht.

Während der Arbeitsvermittlung – von in ihrer Wirksamkeit zweifelhaften finanziellen Anreizen abgesehen²⁸⁾ – keine Zugriffsmöglichkeiten auf die Nachfragerseite am Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, besitzt sie ein erhebliches Sanktionspotential gegenüber den Arbeitslosen, welches vornehmlich aus der – in der Bundesrepublik gegebenen – engen Institutionellen Verzahnung von Arbeitsvermittlung und Leistungsgewährung aus der Arbeitslosenversicherung resultiert.

Gerade in den Zeiten anhaltend hoher Arbeitslosigkeit führt dies bei den Arbeitsämtern tendenziell zu einer verschärften Kontrollorientierung und einem erhöhten Vermittlungsdruck auf die Arbeitslosen.²⁹⁾

Die Frage, welche Arbeit einem Arbeitslosen „zumutbar“ und er infolgedessen unter Androhung des Arbeitslosengeldverlusts anzunehmen gezwungen sei, erlangte vor diesem Hintergrund seit 1976 zunehmende Bedeutung in der gesellschaftspolitischen Diskussion und wurde zuletzt mit dem 5. AFG-Änderungsgesetz und einer entsprechenden „Zumutbarkeits-Anordnung“ der Bundesanstalt für Arbeit 1979 rechtlich geregelt. Danach sind bei der Beurteilung der „Zumutbarkeit“ neben der „Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes“ sowie den „Umständen des Einzelfalles“ insbesondere die „bisherige berufliche Tätigkeit und die beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten des Arbeitslosen“ als auch die Dauer der Arbeitslosigkeit zu berücksichtigen.

Nicht erwähnt werden im Kanon schutzwürdiger Interessen des Arbeitslosen die spezifischen Belastungen am in Frage kommenden Arbeitsplatz.³⁰⁾

Im Rahmen unserer Arbeitslosen-Erstbefragung Anfang 1978 bezeichneten jeweils rund die Hälfte der Befragten Belastungen wie

- Schicht- und Nachtarbeit (43%)
- Akkord- und Stückarbeit (43%)
- körperlich schwere Arbeit (45%)
- unbedeckter, verkrampfte Körperhaltung (58%)
- ungünstige Witterungsverhältnisse (43%)

- gesundheitsschädliche Umwelteinflüsse (Schmutz, Nässe, Kälte, Hitze) (44%), sowie
- verunreinigte Luft, Dämpfe oder Gase (53%) als „unzumutbar“.

Bei unserer Wiederholungsbefragung Ende 1978 zeigt sich der problematische Befund, daß ein nicht unerheblicher Anteil der Arbeitslosen, die die genannten Belastungen zuvor als „unzumutbar“ bezeichnet hatten, 10 Monate später am neuen Arbeitsplatz dennoch gerade diesen verschleißenden Arbeitsbelastungen ausgesetzt ist.

Dies trifft besonders auf die Belastungen

- Schicht- oder Nachtarbeit (10%),
- Akkord- oder Stückarbeit (10%),
- körperlich schwere Arbeit (20%),
- hohes Arbeitstempo, Stress (33%),
- monotone, uninteressante Tätigkeit (19%),
- unbedeckte, verkrampfte Körperhaltung (18%),
- ungünstige Witterungsverhältnisse (13%), sowie
- gesundheitsschädliche Umwelteinflüsse am Arbeitsplatz (Schmutz, Nässe, Kälte, Hitze – 27%; verunreinigte Luft, Dämpfe, Gase – 21%).

zu, die – wie die vorangegangenen Ausführungen zeigen sollten – mit hohen Gesundheits- und damit auch erneuten Beschäftigungsrisiken verknüpft sind.

Auf diese Weise werden jedoch – einst für zentral gehaltene – arbeitsmarkt- und sozialpolitische Zielsetzungen, wie die vom AFG vorgeschriebene „ständige Verbesserung der Beschäftigungsstruktur“ (§ 1 AFG), nachhaltig in Frage gestellt.

In dieselbe Richtung verweist die im kürzlich von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf eines „Arbeitsförderungs-Konsolidierungsgesetzes“ (AFKG) neben anderen Leistungskürzungen und -einschränkungen vorgesehene Verlängerung der Sperrzeit des Arbeitslosengeldes bei Ablehnung eines „zumutbaren“ Vermittlungsangebots des Arbeitsamts von 4 auf 6 Wochen.³¹⁾

Gleichzeitig wird mit dem Ziel der Bekämpfung vermeintlicher „Mißbräuche“ der Arbeitslosenversicherung die Bundesanstalt für Arbeit verpflichtet, bis Ende März 1982 eine neue „Zumutbarkeits“-Anordnung zu erarbeiten.³¹⁾

Eine sozialstaatsgemäße Beurteilung der Zumutbarkeit bei der Arbeitsvermittlung, welche auch einen Beitrag zur Humanisierung des Arbeitslebens zu leisten beabsichtigt, wird diese Belastungsaspekte und ihre Folgeprobleme in weit stärkerem Maße als bisher berücksichtigen müssen.

Tabelle 10: Subjektive „Unzumutbarkeit“ von Arbeitsbelastungen und Belastungen am neuen Arbeitsplatz zehn Monate später (Prozentwerte)

Belastungsarten	Anteil Befragter, die die jeweilige Belastungsart Anfang 1978 als „unzumutbar“ bezeichnen Basis: Befragte, die Anfang 1978 arbeitslos sind und eine Arbeit suchen (gew. = 1394)	Anteil Befragter, die die jeweilige Belastungsart Anfang 1978 als „unzumutbar“ bezeichnet haben, 10 Monate später an ihrem neuen Arbeitsplatz jedoch der jeweiligen Belastungsart ausgesetzt sind Basis: Befragte, die Anfang 1978 arbeitslos und Ende 1978 wiederbeschäftigt sind Basis %
Schicht- oder Nachtarbeit	43%	127
Arbeit auswärts, so daß man nur am Wochenende zu Hause ist	57%	196
Arbeit am Sonntag	48%	151
Arbeit im Außendienst	43%	111
Akkord- oder Stückarbeit	43%	133
Körperlich schwere Arbeit	45%	139
Geistige Anspannung, ständige Konzentration	17%	(44)
Hohes Arbeitstempo, Streß	37%	101
Eintönigkeit, keine interessante Tätigkeit	41%	146
Unbequeme, verkrampfte Körperhaltung	58%	188
Unfallgefahr	49%	159
Lärm	37%	105
Schmutz, Nässe, Kälte, Hitze	43%	120
Verunreinigte Luft	44%	126
Dämpfe, Gase	53%	171
		10%
		7%
		5%
		5%
		10%
		20%
		(36%)
		33%
		19%
		18%
		23%
		30%
		13%
		27%
		21%

Anmerkungen

- 1) Siehe die Zusammenfassung der methodischen Grundlagen sowie der wichtigsten Ergebnisse dieser Untersuchung in: B.v.Rosenbladt, C.F.Büchtemann, Arbeitslosigkeit und berufliche Wiedereingliederung, in: MittAB 4/1981; C.F.Büchtemann, B.v.Rosenbladt, Arbeitslose 1978: Die Situation in der Arbeitslosigkeit, in: MittAB 1/1981. Die Untersuchung wird von Infratest Sozialforschung als mehrjähriges „Panel“ fortgeführt.
- 2) Siehe: Strukturanalyse der Bestände an Arbeitslosen und an offenen Stellen, Ergebnisse der Erhebung von Ende Sept. 1980, in: Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit (ANBA) 2/1981, 108f.; sowie ANBA 7/1981, S.797.
- 3) Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Jahresbericht 1980, S.63.
- 4) Darunter fallen: nervöse Unruhe, Abgespanntheit, Schlafstörungen, Erschöpfungs- und Ermüdungszustände.
- 5) Siehe: B.v.Rosenbladt, C.F.Büchtemann, Arbeitslosigkeit und berufliche Wiedereingliederung, a.a.O., S.560.
- 6) Aussagen hierüber ermöglicht die Stichprobe laufender Abgänge(r) aus Arbeitslosigkeit; siehe: B.v.Rosenbladt, C.F.Büchtemann, Arbeitslosigkeit und berufliche Wiedereingliederung, a.a.O., S.554f.
- 7) Siehe hierzu den detaillierten Forschungsbericht: Infratest Sozialforschung, C.F.Büchtemann, Ältere Arbeitslose – Sekundäranalysen, i.A. des BMA, München 1980.
- 8) Siehe hierzu: Infratest Sozialforschung, Forschungsprojekt: Motivation von Arbeitsuchenden, Hemmnisse für die Einstellung von Arbeitslosen, Effektivität von Vermittlung und Beratung, Fortbildungs- und Mobilitätsbereitschaft von Beschäftigten, Materialbände 1, 2 und 5, i.A. des BMA, München 1978.
- 9) Siehe hierzu auch den Forschungsbericht: J.Falke u.a., Kündigungspraxis und Kündigungsschutz in der BRD: Eine empirische Untersuchung, Bd.47 der Forschungsberichte des BMA, Bonn 1981, bes. Bd.1; sowie die Zusammenfassung in: o.V., Kündigungsschutzrecht – Untersuchung der Praxis, Bundesarbeitsblatt 5/1981; K.Dohse u.a., Die präventive Wende der staatlichen Sozialpolitik: Formen des Unterlaufens und der Verkehrung auf Betriebsebene, WZB – IIMV, 1980.
- 10) BAG AP Nr. 1 zu § 1 KSchG Krankheit, zitiert bei: W.Däubler, Das Arbeitsrecht 2, Reinbeck 1979, S.282.
- 11) Hierzu u.a.: B.Klaes, Kündigungsschutz – Anspruch und Wirklichkeit in der Bundesrepublik Deutschland, in: Blätter für Steuerrecht, Sozialversicherung und Arbeitsrecht 12/1978, S.177ff.

Weil die befragten andauernd Arbeitslosen Anfang 1978 bereits seit mindestens drei Monaten, tatsächlich größtenteils jedoch bereits seit über einem Jahr arbeitslos waren, kann nicht ausgeschlossen werden, daß gerade die erste Zeit in der Arbeitslosigkeit (Einstiegsphase) einen (erheblichen) Einfluß auf Gesundheitszustand und -befinden der Betroffenen ausübt, worauf einige ausländische empirische Untersuchungsbefunde hindeuten; siehe: Frese, M., G.Mohr, Die psychopathologischen Folgen des Entzugs von Arbeit: Der Fall Arbeitslosigkeit, in: M.Frese u.a., Hrsg., Industrielle Psychopathologie, Bern 1978, 306f. Im vorliegenden Kontext sind wir zur Bestimmung der Bedeutung des Einstiegs in Arbeitslosigkeit auf vorsichtige Rückschlüsse von dem Anfang 1978 Wiederbeschäftigt, Ende 1978 jedoch bereits erneut Arbeitslosen angewiesen. Die Auswertung der Längsschnittdaten beschränkt sich darüber hinaus auf den Vergleich des jeweiligen Anteils von Personen, welche einen „schlechten“ bzw. „weniger guten“ Gesundheitszustand angeben, zu den beiden Befragungszeitpunkten; obgleich zu beiden Zeitpunkten derselbe Personenkreis befragt wurde, bedeuten etwaige Veränderungen der Antworthäufigkeiten nicht, daß diese Veränderungen von jeweils derselben Person angegeben wurden. Formuliert werden kann deshalb nur, daß im Durchschnitt der Gesundheitszustand der jeweiligen Befragengruppe sich verändert hat.

27) Siehe die ähnlichen Befunde bei: C.Brinkmann, K.Schober, Zur beruflichen Wiedereingliederung der Arbeitslosen während der Rezession 1974/75, in: MittAB 2/1976; U.Cramer, Anpassungsvorgänge bei der Besetzung von offenen Stellen durch Arbeitslose, in: MittAB 1/1980. C.Brinkmann, Zur Situation . . ., a.a.O.

28) Siehe: G.Schmid, K.Semlinger, Instrumente gezielter Arbeitsmarktpolitik: Kurzarbeit, Einarbeitungszuschüsse, Eingliederungsbeihilfen, Meissenheim 1980.

29) Siehe: E.Blankenburg, U.Krautkrämer, Ein Verwaltungsprogramm als Kaskade von Rechtsvorschriften: Das Arbeitsförderungsgesetz, in: R.Mayntz, Hrsg., Implementation politischer Programme, Meissenheim 1980. C.F.Büchtemann, „Aktive Arbeitsmarktpolitik“ in der „sozialen Marktwirtschaft“? Ökonomische Grenzen der politischen Steuerbarkeit, in: Politische Bildung 1/1981.

30) Siehe: Arbeitsförderungsgesetz (AFG) i.d.F. v. 1.8.1979, besonders §§ 103, 119 AFG; sowie „Anordnung des Verwaltungsrates der Bundesanstalt für Arbeit über die Beurteilung der Zumutbarkeit einer Beschäftigung“ vom 3.10.1979, in: ANBA 11/1979, S.1387f.; die erneute Debatte um die „Zumutbarkeit“ bei der Arbeitsvermittlung wurde bereits Ende 1980 von der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) auf ihrer Jahrestagung entfacht: Im Jahresbericht 1980 der BDA heißt es, bei vielen Arbeitslosen seien „Zweifel an ihrer Vermittlungswilligkeit“ gerechtfertigt (S.64); deshalb müsse „im Rahmen der Vermittlung . . . wieder verstärkt die Frage der Zumutbarkeit von Arbeitsplätzen (§ 103 AFG) in sachlicher Weise und orientiert an den Verhältnissen am Arbeitsmarkt entschieden werden“ (S.67). Im Mai 1981 präsentierten die Arbeitgeber im Verwaltungsrat der BA ihre „Ansatzpunkte für eine Konsolidierung der Finanzsituation der BA“, welche u.a. eine achtwöchige Sperrperiode des Arbeitslosengeldes bei Nichtannahme eines „zumutbaren“ Arbeitsangebots vorsehen (FR v. 4.7.1981, S.6). Bei ihren inzwischen beschlossenen Sparmaßnahmen im Bereich der Arbeitsmarktpolitik erhofft sich die Bundesregierung durch die geplante Verschärfung der „Zumutbarkeitsregelung“ und die Verlängerung der Sperrzeiten „Einsparungen“ in Höhe von 310 Mio. DM für das Haushaltsjahr 1982 (SZ v. 1.8.1981, S.32).

31) Siehe: Sozialpolitische Informationen, Hg. v. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, 62/1981. Hierzu: U.Engelen-Kefer, Entwurf der 7. Novelle zum AFG: Konsolidierung der Arbeitslosenversicherung und Arbeitsmarktpolitik zu Lasten der Arbeitnehmer, in: Soziale Sicherheit 9/1981, S.267f.

* Referat auf dem „Gesundheitstag“ in Hamburg 1981.

Der Verfasser ist Studienleiter bei der Infratest Sozialforschung GmbH, München, Abt. Bildungs- und Arbeitsmarktforschung.

Sozialabbau im Faschismus

von Walter Wuttke

Am 30. Januar 1933 wurde Hitler zum Reichskanzler ernannt. Nachdem alle anderen Versuche gescheitert waren, mit diktatorischen Mitteln die politische und soziale Krise der Weimarer Republik zu lösen, trat die deutsche Bourgeoisie einen Teil ihrer Macht an die faschistische Partei ab, mit der Aufgabe, die aktuellen Probleme des Herrschaftsverfalls nicht nur zu lösen, sondern darüber hinaus, die Demokratie in Deutschland wirksam und dauerhaft zu liquidieren und eine Revision der außenpolitischen Ergebnisse des Ersten Weltkrieges, in dem das Deutsche Reich seine Rolle als Weltmacht verloren hatte, vorzunehmen.

Um diese Ziele zu erreichen, war es den Faschisten anheimgestellt, Terror und Mord anzuwenden. Gemessen an der Aufgabe, die dem Faschismus zugedacht war, sah die Mehrheit des Bürgertums und seiner Eliten, unter ihnen auch die meisten Ärzte, darin bestenfalls „Unebenheiten“, unerfreulich vielleicht, aber zumindest so lange unvermeidbar, als das „Volk“ nicht anders im „Geiste der Disziplin und der Opferbereitschaft“ „zum Entzagen, zum Verzicht, zur Leistung um ihrer selbst willen“ angehalten werden konnte.

Im Zentrum faschistischer Politik stand von Anfang an die Absicht, einen Krieg vorzubereiten und durchführbar zu machen. War es zur Stabilisierung der Herrschaft auch notwendig, das Massenelend in seinen größten Erscheinungsformen zu beheben, so bedeutete dies doch nicht die Notwendigkeit, auf dem Weg aus der Krise die Rücksichtnahme auf die Interessen der Bevölkerungsmehrheit hinter den Anforderungen der Aufrüstung zurückzustellen. Im Gegenteil: Wirtschafts-, Sozial- und Gesellschaftspolitik wurden so aufeinander abgestimmt, daß ein rasches Wirtschaftswachstum zwar neue Reichtümer schuf, die jedoch nicht nach unten, sondern zwischen Wirtschaft und Staat zur Vorbereitung des Krieges verteilt wurden. Bei diesem Verteilungsprozeß nahm die faschistische Sozial- und Gesundheitspolitik eine Schlüsselstellung ein.

Von 1933 bis 1939 stieg das Volkseinkommen um ca. 93%. Der Anteil der Rüstungsausgaben am Volkseinkommen betrug 1933 1,6%, 1939 30%! Die Reinausgaben der gesamten Sozialversicherung beliefen sich 1933 auf 5,9% des Volkseinkommens, 1939 waren dies nur noch etwa 4,7%; die Reinausgaben der Reichsgesetzlichen Krankenversicherung sanken von 2,3% auf 2% des Volkseinkommens. In absoluten Zahlen ausgedrückt, stiegen die Sozialausgaben natürlich an, die Dynamik der sozialpolitischen Entwicklung der Weimarer Republik wird jedoch trotz erheblich günstigerer wirtschaftlicher Lage nicht erreicht. Beispielsweise nähern sich die Krankenkassenleistungen je Mitglied 1939 erst wieder dem Niveau des Jahres 1930; das Niveau der Jahre 1927/29 wird nicht wieder erreicht. Zwischen 1934 und 1939 sinken die anteiligen Ausgaben für Krankenhilfe im engeren Sinn um 0,6%;

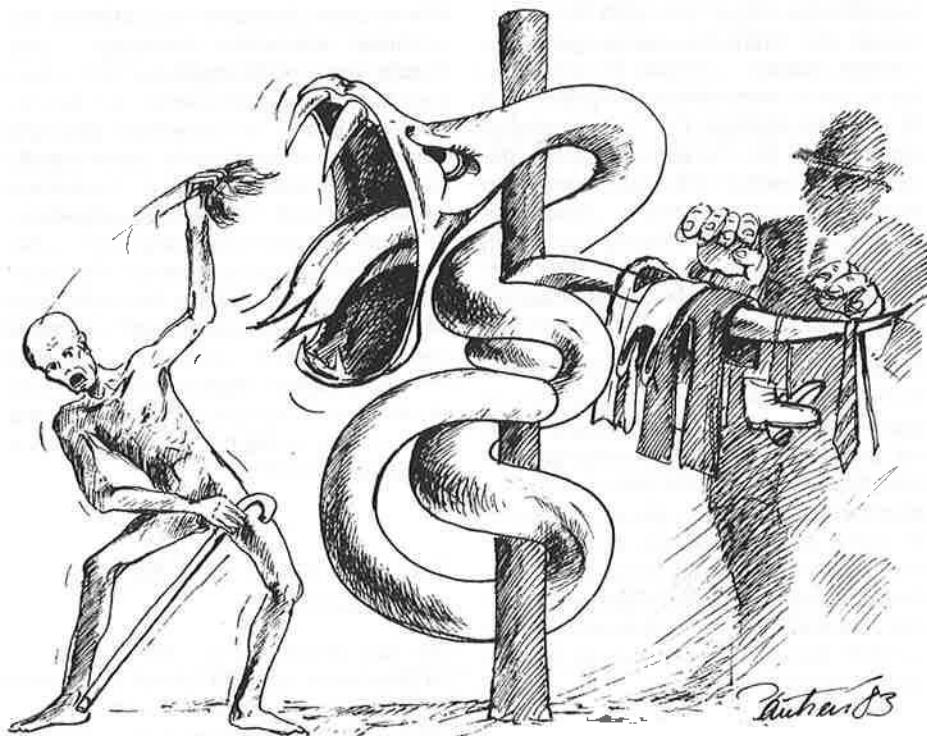
einzelne Ausgabenposten gehen wesentlich stärker zurück, so für Arznei- und Heilmittel.

Kostendämpfung und Einfrieren der Leistungen im Sozial- und Gesundheitsbereich waren begleitet von einer zunehmenden psychischen und physischen Belastung und Vereindigung der Bevölkerung. Die Krankheitshäufigkeit nahm zu, gleich-

immer realere Gefahr, für die Wirtschaft ein immer geringeres Risiko wurden. Wie dramatisch die Entwicklung war, zeigen Berichte z. B. aus dem Bergbau. Innerhalb von 3 Jahren (1935–1938) stiegen die Betriebsunfälle um 59%; Magenerkrankungen nahmen nach dieser Quelle um 100% zu, Krankheiten der Bewegungsorgane um 327%.

Säuberung der Sozialversicherung

Das begann mit dem „Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ vom 7. 4. 1933 und einigen späteren Verordnungen, mit deren Hilfe die Selbstverwaltungsorgane der Sozialversicherungsträger von „jüdischen und kommunistischen“ Beamten „gesäubert“ wurden, um Platz für einen den faschistischen Interessen gefügigen Funktionärsapparat zu schaffen. Auf der Grundlage dieses Gesetzes verlo-



zeitig wurde die Krankheitsdauer gesenkt. Entgegen dem Trend der modernen naturwissenschaftlich-technischen Medizin gelang es den Nazis nicht einmal die gesundheitliche Bedrohung durch Infektionskrankheiten in den Griff zu bekommen; zwischen 1932 und 1939 nahmen die Todesfälle infolge von Infektionskrankheiten um 50% zu, die Neuerkrankungen an Scharlach und Diphtherie z. B. stiegen seit 1933 kontinuierlich an. Der gesundheitliche Raubbau zeigt sich besonders deutlich an der Entwicklung der Berufskrankheiten und Betriebsunfälle, die 1938 einen nie bekannten Höchststand erreichen, wobei parallel zu dieser Entwicklung immer weniger „Berufsopter“ entschädigt werden, was nichts anderes heißt, als daß Berufsunfall und -erkrankung für die Arbeitnehmer eine

ren bis 1938 auch mindestens 6000 Ärzte ihre Kassenzulassung und später überhaupt die Approbation, wodurch nicht nur sozialpolitisch fortschrittliche Alternativen ärztlicher Forschung und Praxis in eine bis heute in ihren Folgen noch nicht erhobene Emigration getrieben wurden; zugleich wurde die kassenärztliche Versorgung in manchen Regionen bis hin zu ernsthaften, auch zugegebenen, Engpässen ausgedünnt.

In die Anfangsphase der gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen des Nationalsozialismus fallen ferner die Neufassung des Kassenarztrechtes, die die Position der Krankenkassen gegenüber den Ärzten entscheidend und andauernd schwächen sollte, der Ausbau der Ge-

sundheitsämter für ihre Aufgaben bei der Durchführung des rassenpolitischen Programms und schließlich die rassenpolitischen Gesetze selbst, die der faschistischen Gesundheits- und Sozialpolitik ihr Gepräge gaben und ihr Kernstück wurden. Sozialpolitik wurde ersetzt durch Rassenpolitik, eine Politik, die nicht für Kranke, Schwache, sozialer Hilfe Bedürftige eintrat, sondern gegen sie.

Um die Verteilung des Volkseinkommens zugunsten der Aufrüstung und zu Lasten der sozialen, kulturellen, psychischen und physischen Bedürfnisse der Bevölkerung vornehmen zu können, bedienten sich die Nationalsozialisten eines ganzen Bündels von Maßnahmen, bei denen es selbst ihnen und den ihnen nahestehenden Chronisten ihrer Sozialpolitik schwer fiel, von Reformen zu sprechen. Tatsächliche materielle Verbesserungen konnten sie nur in wenigen Fällen nachweisen und dies auch nur auf Kosten anderer Bereiche, wie Verbesserungen der zahnärztlichen Versorgung und der Schwangeren- und Säuglingsfürsorge zeigen, die durch Umschichtungen der Krankenkassenausgaben finanziert wurden. „Soziale Reformen“ – das waren im wesentlichen Eingriffe in das Organisationsgefüge der Sozialversicherungsträger, die Zusammensetzung bestehender Gesetze und Verordnungen zu einem dann so genannten „Reformgesetz“ und v. a. die Freisetzung von Mitteln zur Finanzierung des faschistischen Terrors mit den Beiträgen der Sozialversicherten und die Legalisierung des Terrors.

Am 14. Juli 1933 wurde das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) verabschiedet, das zusammen mit den nachfolgenden Verordnungen die Grundlage schuf, um 200 000 bis 350 000 psychisch Kranke, Behinderte, Hilfsschüler, Auffällige und Mißliebige zu „sterilisieren“, d. h. zwangsweise zu verstümmeln, Abtreibungen gegen den Willen der Mütter vorzunehmen und Menschen schlachtweg zu töten; bei den Sterilisierungen starben über 1000 Patienten.

„Blutsmäßige Erhaltung des Volkes“ ...

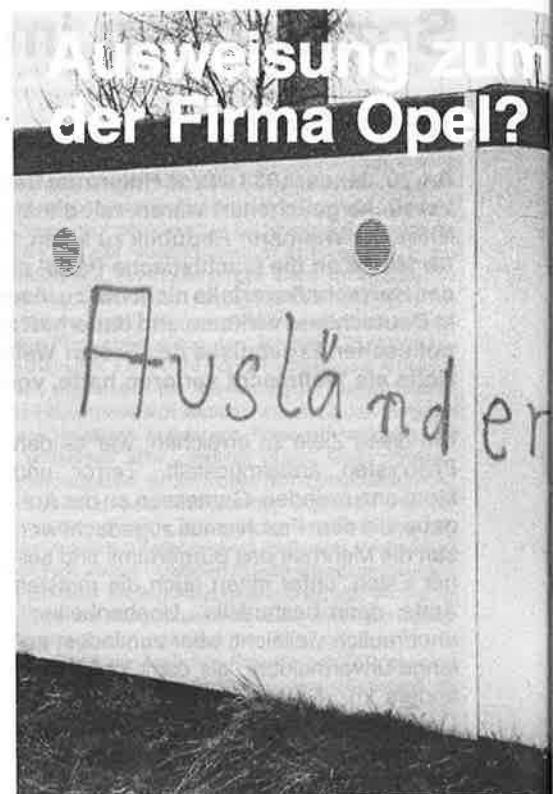
Es folgten bis 1935 u. a. das „Reichsbürgergesetz“, das „Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre“ und das „Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes“ (Ehegesundheitsgesetz). Diese und andere Gesetze, Verordnungen und Durchführungsbestimmungen schufen die Voraussetzungen, daß die knapp gehaltenen Geldmittel und sozialen Rechte an ganzen Bevölkerungsgruppen vorbei gelenkt werden konnten und der Terror zum Mittel der NS-Gesundheits- und Sozialpolitik werden konnte, unter den schließlich die Mehrheit der Bevölkerung zu geraten drohte: 1936 kommen nur noch 42% für eine „blutsmäßige Erhaltung des Volkes in Betracht“, wie

es in einer Pressemeldung heißt. Den Schlußpunkt setzt die Ermordung von mindestens 100 000, sicherlich aber wesentlich mehr, psychisch Kranke durch die verschiedenen „Euthanasie“-Aktionen, die seit dem Sommer 1938 vorbereitet wurden und bis zum Kriegsende andauerten. Begründet wurde die Behinderung, Verstümmelung und Vernichtung von Leben fast ausschließlich mit ökonomischen Überlegungen, die offen ausgesprochen wurden, da sie die Grundlage einer breiten sozialdemagogischen Kampagne bildeten, in der das Ausbleiben versprochener sozialer Reformen mit dem Argument entschuldigt wurde, daß die Pflege der „Erblichbelasteten“ „ungeheure“ Geldmittel sinnlos binden. Das war nichts anderes als der Versuch, materielle Verbesserungen der Lebensbedingungen von einer Komplizenschaft mit dem nationalsozialistischen Terror abhängig zu machen.

In den mit tödlicher Konsequenz und allen Mitteln vorangetriebenen sozialen Leistungsabbau waren nicht nur psychisch Kranke oder als asozial und artfremd bezeichnete Menschen einbezogen. Das Prinzip, soziale Leistungen nur im Rahmen von Ausgrenzungsstrategien zu bewilligen, die immer feinmaschiger gezogen wurden, betraf im Grunde jeden Arbeitnehmer. Der dafür notwendige Kontrollapparat wurde seit 1936 gezielt ausgebaut. Vertrauens-, Betriebs- und sog. „Arbeitseinsatz“-Ärzte sorgten für eine optimale „Verwendbarkeit der Arbeitskraft im allgemeinen Wirtschaftsprozeß“. Erreicht war das Optimum, „wenn der Zeitpunkt des allmählichen Kräfteschwundes kurz vor dem Eintritt des physiologischen Todes liegt und der endgültige Kräfteverfall mit ihm zusammenfällt“.

Vor 50 Jahren und schon vergessen?

Die Rückbesinnung auf den 30. Januar 1933 ist heute, nach 50 Jahren, angesichts einer sich täglich verschärfenden ökonomischen und politischen Krise von brennender Aktualität. Wenn es auch stimmt, daß Bonn nicht Weimar ist, so heißt das doch noch lange nicht, daß man davor die Augen verschließen darf, daß Elemente faschistischer Sozialpolitik auch heute noch hoffnig zu sein scheinen. Wie der deutsche Faschismus versuchte, soziale Demagogie als Mittel der Sozial- und Gesundheitspolitik einzusetzen, Gesunde gegen Kranke aufzuhetzen, die „Solidargemeinschaft“ der Arbeitnehmer aufzubrechen, den Klassenkampf durch einen Kampf innerhalb der Klassen zu ersetzen, so gehen auch heute wieder Politiker, Publizisten und bürgerlich-konservative Ideologen und Praktiker des Sozialabbaus mit großer Selbstverständlichkeit daran, sozialdemagogische Argumente anzuwenden, um jene für die Krise verantwortlich zu machen, die ihre Opfer sind.



Die meisten ausländischen Arbeiter bekamen mit der deutschen Medizin erstmals bei den sogenannten Voruntersuchungen zu tun. Diese Voruntersuchungen wurden von beauftragten, meist deutschen Ärzten in den Anwerbeländern durchgeführt. Zu ihrer Rechtfertigung wurden zwar vor allem „seuchenhygienische“ Überlegungen angeführt, tatsächlich aber waren sie direkt dem Ziel einer Minimierung der Sozialkosten verpflichtet. Im Mittelpunkt stand die Untersuchung des Stütz- und Bewegungsapparates, „da der ausländische Arbeitnehmer vornehmlich mit körperlicher Arbeit belastet“ werde (2). Über die Praxis dieser musterungsartigen Prozedur in der Türkei schrieb Esenkova: „Die Ärzte der deutschen Verbindungsstelle führen eine strenge, oft vernichtende, übertriebene und demütigende Untersuchung durch.“

Die innerhalb der EG oder als Familienzusammenführung stattfindende Migration wird von den Gesundheitsämtern kontrolliert, deren „Unbedenklichkeitsbescheinigung“ eine Voraussetzung für die Erteilung der Aufenthaltserlaubnis ist. Zudem ist „Krankheit“ als Ausweisungsgrund im Ausländerrecht selbst verankert. Dies betrifft besonders Personen, die wegen Krankheit ihren Lebensunterhalt nur über die Sozialhilfe bestreiten können, oder deren Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt angeordnet wurde. In den letzten Jahren mehren sich aber auch die Versuche der Ausländerämter, die im Ausländerrecht angelegten Möglichkeiten einer Abschiebung wegen Krankheit stärker zu nutzen. Der im Faksimile wiedergegebene Brief des Ausländeramtes Bochum ist ein Beispiel. Stärker noch als für den deutschen ist für den ausländischen Arbeiter „Krankheit“ also nicht nur eine individuelle Belastung, sondern auch eine unmittelbare

F A U S T

„... daß der Ausländer durch seine Arbeitskraft in ausreichendem Maße zum Wohl der Allgemeinheit beiträgt“

Bedrohung seiner ohnehin unsicheren politischen und ökonomischen Existenzgrundlagen.

Zwei Schlußfolgerungen sind wichtig: Erstens sind die Arbeitsmigranten der ersten Generation überwiegend einer strengen gesundheitlichen Selektion unterworfen worden; der gesundheitliche Status dieser Gruppe bei Einwanderung kann also als vergleichsweise günstig angesehen werden. Zweitens hat die Beziehung der ausländischen Familien zur deutschen Medizin einen stärker ausgeprägten kontrollierenden, politischen Charakter. Daher erklärt sich das Wort von der „Ausländerpolizei im weißen Kittel“.

Ausländerpolizei im weißen Kittel

Zu einem Zeitpunkt, da wachsende Anteile der ausländischen Versicherten Rentenansprüche erwerben und sich berufsbedingte Verschleißerscheinungen bemerkbar machen, nimmt der ökonomische und politische Druck auf die ausländischen Familien zu. „Rückwanderung“ wird zum Lösungswort der Regierung. Größere Betriebe gehen dazu über, durch die Kapitalisierung des betrieblichen Rentenanspruchs den ausländischen Familien ein Zuckerbrot mit Namen „Reintegrationshilfe“ vorzuhalten. Für die Rückkehr türkischer Familien zahlt z.B. die Firma Krupp in Bochum eine Prämie von 20000 DM pro Beschäftigten.

Reintegration = Re-Import von Krankheit?

Die Folgen risikoreicher und körperlich belastender Arbeitsbedingungen, verstärkt durch die schlechten Wohnbedingungen

und die psychischen Belastungen der Migration, machen sich nun mit einer gewissen Verzögerung vor allem für die Herkunftsänder bemerkbar; für sie wird der „Re-Import von Krankheit“ zu einem erheblichen Problem. Die im Zeitraum 1974–1977 nach Griechenland zurückgekehrten Arbeiter z. B. mußten zu 25 % als arbeitsunfähig eingestuft werden. Versuche der Betroffenen, gesundheitliche Schäden rückwirkend gegenüber den Trägern der Sozialversicherung geltend zu machen, scheitern meist.

Die Konstruktionen der deutschen Sozialversicherung sind für den ausländischen Versicherten undurchsichtig, die zwischenstaatlichen Abkommen, v. a. mit der Türkei, unklar. Häufig ist die Vollständigkeit der Unterlagen nicht gegeben, die rechtzeitige Anmeldung der Ansprüche wird versäumt, der häufige Wechsel des Arbeitsplatzes erschwert die rückwirkende Anerkennung von Berufskrankheiten etc. Ein besonderes Hemmnis stellt der Prozeß der medizinischen Begutachtung dar, der nach unseren Informationen für ausländische Antragsteller mit Barrieren gespickt ist, die über das übliche Maß hinausgehen. Die schlechten Erfahrungen mit der Medizin als Kontrollinstanz sowie sprachliche, kulturelle und soziale Verständigungsprobleme erzeugen Angst und Hilflosigkeit bei den Betroffenen. Von Seiten der Versicherungsträger wird praktisch keine Informationspolitik betrieben, die den besonderen Problemen der ausländischen Gruppen im Begutachtungs- oder gerichtlichen Entscheidungsprozeß Rechnung tragen. Man will offenbar keine „schlafenden Hunde“ wecken.

So scheint sich auch bei den gesundheitlichen Spätschäden abzuzeichnen, was Esenkova als Export von Gesundheit und Import von Krankheit bezeichnete: „Die in Deutschland gesund angekommenen Türken kehren, wenn sie die verschiedenen freiwillig oder durch die Umstände auferlegten Einschränkungen und Entbehrungen überstanden haben, körperlich und geistig müde, erschöpft und oft krank zurück... Es scheint demnach, daß der türkische Arbeitnehmer in Deutschland als ein Lasttier betrachtet wird, aus dem so schnell wie möglich und so billig wie möglich das meiste herausgeholt werden muß.“ ■

Anprechpartner für einen Informationsaustausch: Arbeitskreis „Gesundheitliche Lage der Familien ausländischer Herkunft“, c/o Maria Dietzel-Papakyriakou, Lutherstraße 28, 41 Duisburg 1.

**Maria Dietzel-Papakyriakou
Franz-Josef Land**

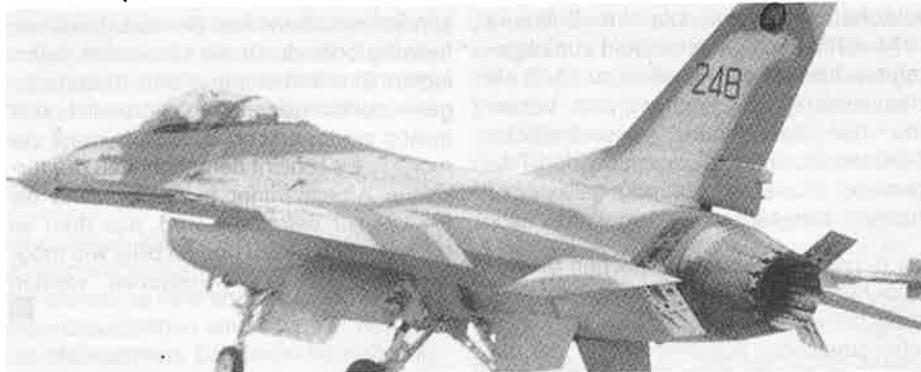
- (1) Vgl. (Dietzel-Papakyriakou): Die gesundheitliche Situation und medizinische Versorgung der ausländischen Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. Referat zum Seminar Mülheim 30./31. 5. 1981; in: Demokratisches Gesundheitswesen Nr. 5, 1981.
 Land, F. J.: Ausländerbeschäftigung und Medizin, Aspekte einer konfliktreichen Beziehung; in: Informationsdienst zur Ausländerarbeit, Nr. 4, S. 105–110, 1981.
 Land, F. J. et al.: Gesundheit und medizinische Versorgung der ausländischen Arbeiterfamilien (Bibliografie), Bochum 1981.
 Land, F. J. et al.: Gesundheit und medizinische Versorgung ausländischer Arbeiterfamilien, Ein Literaturbericht; Bochum 1982.
 (2) Höschel, E.: Wie kommen die ausländischen Arbeitnehmer in die Bundesrepublik? Voraussetzungen und Erfahrungen; in: Dtsch. Med. Journal, S. 678–681, 23. Jg., 1972.

Stadt Bochum · Postfach 10 22 69 / 10 22 70 · 4630 Bochum 1	
Herrn	
██████████	57
4630 Bochum 7	
Der Zeichenvorwurf schreibt vom 12.11.79	
Meine Zeichen (Bei Antwort bitte angeben) Tag 33 21 17.10.80	
Antrag auf Erteilung einer Aufenthaltsberechtigung	
Sehr geehrter Herr ██████████	
eine der Voraussetzungen für die Erteilung einer Aufenthaltsberechtigung gem. § 8 Ausländergesetz (AuslG) ist die Einordnung des Ausländers in das wirtschaftliche und soziale Leben der Bundesrepublik Deutschland. Hierunter ist u.a. zu verstehen, daß die Erteilung einer derartigen Berechtigung auch davon abhängig gewacht wird, daß der Ausländer, der als Arbeitnehmer im Bundesgebiet tätig ist, durch seine Arbeitskraft in ausreichendem Maße zum Wohl der Allgemeinheit beiträgt.	
Wie ich in Erfahrung gebracht habe, sind während Ihrer Beschäftigung bei der Firma Adam Opel wiederholte Fehlzeiten aufgetreten. Auf die möglichen Folgen Ihrer Fehlzeiten sind Sie von Ihren Arbeitgeber am 25.03.1980 eindringlich hingewiesen worden.	
Zur Beurteilung, ob diese Fehlzeiten möglicherweise Einfluß auf die Erteilung einer Aufenthaltsberechtigung haben können, bitte ich, mir eine schriftliche Vollmacht zukommen zu lassen, die mich ermächtigt, die Firma Adam Opel zu bitten, nähere Auskünfte über Ihre Fehlzeiten zu machen. Für den Fall, daß Sie nicht bereit sein sollten, mir eine derartige Vollmacht zu geben, weise ich Sie schon jetzt darauf hin, daß ich auf Grund der bisher vorliegenden Unterlagen Ihren Antrag auf Erteilung einer Aufenthaltsberechtigung nach pflichtgemäßem Ermessen ablehnen werde.	

Ein ganz gewöhnlicher Krieg

Nachtrag zum Krieg Israels gegen Rest der Welt

Von H. Copak



Vom 20. bis 21. November fand in Athen ein Internationales Medizinisches Forum zur Untersuchung der israelischen Verbrechen gegen das libanesische und das palästinensische Volk statt.

Diese Veranstaltung, die vom griechischen Gesundheitsminister unterstützt wurde, gehört zu einer Reihe von Initiativen in verschiedenen europäischen Ländern, die sich zur Aufgabe gestellt haben, die Öffentlichkeit über die Verbrechen der Israelis im Rahmen der Invasion vom 6. 6. 1982 zu informieren und auf eine friedliche und gerechte Lösung des Palästina-Problems zu drängen.

DG-Redakteur Helmut Copak hat an dem Internationalen Forum teilgenommen.

Die Konferenz, auf der 58 Deligierte, in der Hauptsache Ärzte und Krankenschwestern aus 17 Ländern eingeladen worden waren, um sich ein Urteil über den Terror der israelischen Militärs in Libanon zu bilden, setzte sich vorwiegend aus Experten zusammen. Also Leuten, die, in Libanon oder auf anderen Kriegsschauplätzen, fast schon an solche Bilder gewöhnt waren. Aber trotzdem versicherten viele Teilnehmer immer wieder, daß sie solche Bilder wie in Beirut in den Nothospitälern oder auf den Straßen noch nirgends gesehen hätten. Joachim Berndt, einer der erfahrensten Notfallchirurgen der DDR: „Ich habe bisher in verschiedenen Ländern hunderte von Kriegsverletzten gesehen und behandelt, aber noch nie habe ich gleichzeitig so viele Verletzungen bei einzelnen Patienten gesehen. Verletzungen, die praktisch alle Organe betrafen und fürchterliche Schmerzen hervorriefen.“

Und Keti Papaschali, griechische Krankenschwester, als Mitglied einer Untersuchungskommission: „Ich habe 16 Jahre als Krankenschwester gearbeitet, aber noch nie habe ich solche Verletzungen gesehen.“

Doch die Augenzeugen des Libanonkrieges waren nicht allein deshalb zu dieser kostspieligen Tagung ins fast noch herbstlich warme Athen gekommen, um zu demonstrieren, mit welchen Krankheitsbildern man als Mediziner in einem der mörderischen Kriege der Gegenwart konfrontiert wird, sondern sie waren zusammengekommen, um die Öffentlichkeit darüber aufzuklären, wie weit sich in diesem Fall die israelischen Militärs von den völkerrechtlichen Normen entfernt hatten. Jedes Kind weiß, das ist eine Rotkreuzfahne, da darf man nicht schießen, oder das sind

Frauen und Kinder und alte Leute, das sind auch keine Ziele für Panzer und Bomben. In diesem Krieg, das zeigten die Berichte auf der Konferenz, fühlten sich die Israelis offenbar an keine dieser Vereinbarungen gebunden. Krankenhäuser wurden dem Erdboden gleichgemacht, ganze Straßenzüge in dicht bebauten reinen Wohngebieten wurden von den tieffliegenden F 15 und F 16 der israelischen Luftwaffe plattgebombt. Die meisten der Patienten, in den Krankenhäusern so war übereinstimmend zu hören; Zivilisten.

Eine Zeugin, die griechische Krankenschwester Liliaka Basilikou:

„Ich war in West-Beirut im Juli, zusammen mit anderem griechischen medizinischen Personal!“ Zu diesem Zeitpunkt war West-Beirut total von der Außenwelt abgeschnitten. „Kein Wasser, keine Elektrizität, keine Nahrungsmittel, keine Nachrichtenverbindungen. Ohne Ausnahme war die Einfuhr von medizinischen Einrichtungen und Arzneimitteln die täglich eintrafen, gesperrt. Und erst nach vielen Eingaben und Verhandlungen ließ man uns überhaupt nach West-Beirut rein, obwohl wir alle Patienten vom griechischen IRK hatten. Wir kamen dann nur mit Hilfe der griechischen Botschaft nach West-Beirut, formal als Botschaftsangehörige.“

Ich habe dann mit Erstaunen lernen müssen, daß die israelischen Streitkräfte ihre Bombardierungen nicht auf militärische Ziele beschränkten, sondern daß sie ebenso schwer und rücksichtslos in Wohngebiete hineinbombten.

Sie hatten nicht einmal Respekt vor Krankenhäusern. Das Akka-Hospital war zerstört, besonders schwer getroffen waren die Chirurgie und die Pädiatrie.

In dem Krankenhaus, in dem ich arbeitete, mußte ich mich um Patienten kümmern, die alle möglichen Verbrennungen am ganzen Körper hatten. Ich habe Frauen versorgt, die total verbrannt waren, Menschen mit amputierten Armen und Beinen. In Gesprächen habe ich gehört, daß das meistens zuhause passiert ist, viele wußten nicht einmal, was mit ihren Angehörigen geschehen war.“

An einem Tag um 18 Uhr begann es dann. Da fielen Leuchtbomben und Zielbomben und Phosphorbomben direkt neben unser Krankenhaus. Meine Patienten fingen an zu weinen. Sie glaubten erst, das sei nur das Feuerwerk nach Ramadan . . .“

Johani Payala, Allgemeinarzt aus Finnland wollte eigentlich in einem Gesundheitszen-



trum, das schon seit Jahren in einem palästinensischen Flüchtlingslager im Süden von einer finnisch-arabischen Freundschaftsgesellschaft unterhalten wird, arbeiten. Doch als er im Libanon eintraf, gab es das Lager und das Zentrum nicht mehr. Er wurde nacheinander verschiedenen Krankenhäusern zugewiesen, am Ende von Falangisten festgenommen und nach dem Abzug der PLO sozusagen arbeitslos. Payala hatte unter anderem in einem Schwerpunkt Krankenhaus für Verbrennungen gearbeitet.

Im Krankenhaus lernte er die unterschiedlichen Auswirkungen der Bomben kennen, die fast drei Monate lang auf Beirut herunterprasselten: Splitterbomben, Phosphorbomben, Vakuumbomben, Spielzeugbomben usw.

Payala zeigte z. B. ein Dia von einem zerstörten Gebäudekomplex. Bei dem waren die Wände alle so sauber in die Mitte drapiert, wie man es sonst nur von den Abruchunternehmen bei uns kennt. Die Sachen implodieren offenbar. Analog dazu verhält es sich mit den Menschen, die in die Nähe einer solchen detonierenden Bombe kommen.

„Die Menschen haben zunächst ein Gefühl, als ob sich etwas in ihrem Unterleib und in ihrer Brust zusammenziehen würde. Nach einer Weile haben sie Schwierigkeiten beim Atmen. Später entwickelt sich

Bluthusten, Hämatemesis (Bluterbrechen) und Maena (Blutstuhl). Nach der Operation kann man Hämorragien (Blutungen) in vielen Organen beobachten, z.B. in Leber und Milz. Behandlung: Nur symptomatisch."

Und dann die Phosphorbombe. Fast schon ein „Klassiker“ unter den konventionellen Bomben: Weißer Phosphor, wie ihn die Phosphorbombe enthält, benötigt zum Verbrennen auf und im Menschen nur: Wasser. Und das ist, wie jeder weiß, in unserem Körper reichlich vorhanden. Das weiße Puder zieht gut in die Haut ein – wie ein teures hautpflegendes, feuchtigkeitspendendes Puder – und dringt in tiefere Regionen. Es brennt manchmal drei Tage lang bis seine Aktivität erschöpft ist. Die Schmerzen, die diese Brandopfer dabei haben, sind nach den Beobachtungen von Johani Payala unbeschreiblich. Ein kleines Feuer im Körper! Die medizinische Behandlung beschränkt sich auf Schmerzlinderungsversuche. Man könnte Ausschneidungen vornehmen, aber wenn der Stoff zu tief eingedrungen ist, geht das auch nicht mehr. Wer das überlebt, behält gefährliche und häßliche Wunden.

Die schon aus dem zweiten Weltkrieg bewährten Splitterbomben hat man ständig weiter perfektioniert. Ein solches Gerät, wie man es auf einem Foto abgebildet sah, war z.B. fast zwei Meter groß. Es sah aus wie eine Riesensauerstoffflasche. Inhalt: Eine Unmenge winziger Metallsplitter, jeder einzelne zwischen zwei und zehn Millimeter im Durchmesser. Nach den Informationen des amerikanischen Bombenspezialisten Dr. Franklin, sollen sich theoretisch die Kugelchen auf einer Fläche verteilen können, so groß wie ein Fußballfeld. Und auf jedem Quadratzentimeter Lebensgefahr! Solch eine Wahnsinnsenergie besitzen diese Bomben. Je nach Dichte und Energie können Menschen fast davon durchsiebt werden. Meistens werden irgendwelche Extremitäten zertrümmert.

Von israelischer Seite wird zwar behauptet: Obwohl die Aktionen der Israelis von den internationalen Medien streng verurteilt werden – hauptsächlich auf Grund der einseitigen Berichte von Korrespondenten im bekämpften West-Beirut beweisen die Tatsachenberichte auf Grundlage der Luftbilder die „exzellente Präzision“, mit der die IAF ihre Angriffe auf Stadtziele flog. Weit davon entfernt, ihre tödliche Hardware für Flächenbombardements einzusetzen, haben die IAF Piloten sorgfältig ihre Ziele identifiziert, bevor sie ihre Last abwarf. (Born In Battle Magazine, 30, S. 28)

Da müssen sich die Piloten offenbar an falschen Stadtplänen orientiert haben,

„Die Krankenhäuser“, so sagte der Chef des Palästinensischen Halbmondes, Fati Arafat, Anfang Dezember bei seinem Be-

such in der BRD, sind die Schauplätze des Krieges. Jeder, der Augen hat, hätte sich davon überzeugen können, wer die wirklichen Ziele dieser Präzisionsbomber waren. Da lagen sie alle – fast traut man es sich nicht mehr zu wiederholen, weil es schon so abgedroschen klingt, so nach Flugblattdeutsch: Die Frauen. Die Kinder. Die alten Menschen.

Und jetzt, so scheint es, arbeitet die „Welt-

öffentlichkeit“ kräftig am Vergessen. Libanon unter der Obhut der professionellen Helfer, wird zum geschichtslosen Sozialfall. Selbstverständlich braucht das palästinensische Volk und das libanesische Volk Hilfe. Aber ebenso wichtig ist es, auch weiterhin solche Kriegsverbrechen, wie sie den Israelis vorgeworfen werden, zu untersuchen und vor dem Vergessen zu bewahren. ■

Kriegsschauplatz Krankenhaus

Fati Arafat in der BRD

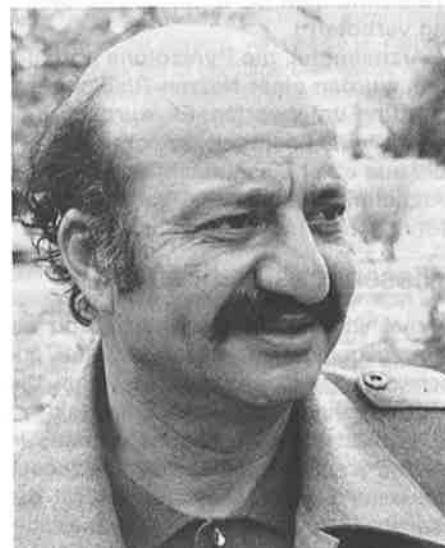
„Die Krankenhäuser sind die Schauplätze des Krieges?“ meinte Fati Arafat bei einem Informationsgespräch am 3. Dezember in Essen. Arafat, Chef der palästinensischen Organisation „Roter Halbmond“, fährt seit der Vertreibung der PLO aus dem besetzten Libanon um die halbe Welt, um Hilfe für die medizinische Versorgung zu organisieren. Für zwei Tage war er in der BRD. Nicht lange davor war es dem palästinensischen Ärzteverband gelungen, endlich auch von der Bundesregierung die feste Zusage zu bekommen, bis zu 500 schwerverletzte Kriegsopfer in Spezialkrankenhäusern aller Bundesländer zu behandeln. Am 6. Dezember sollten die ersten mit einer Lufthansamaschine bei uns eintreffen. 29 Erwachsene und 14 Kinder. Ziel: Die Medizinische Hochschule Hannover.

Auf die Hilfsaktion unserer Regierung angesprochen, sagte Dr. Nabil Deeb von den Palästinensischen Ärzten nur so viel: Es sei wohl etwas spät gekommen, dieses Angebot.

DG sprach in Essen mit Fati Arafat.

DG: Wie ist jetzt die Lage in Libanon?

Arafat: Die Situation ist sehr schlecht. Die Menschen im Süden haben alles verloren. Sie haben die Männer verloren, sie haben ihre Häuser verloren. 80 Prozent der Häuser wurden zerstört. Sie haben die Revolution verloren, die ihnen die ganze Zeit über geholfen hatte. Sie haben sogar die ausländische Hilfe verloren. Denn die Israelis verhindern, daß sie von irgendwo her Hilfe bekommen. Nur der UNWRA (Flüchtlingshilfswerk der UNO) und dem Internationalen Roten Kreuz oder einigen anderen internationalen Organisationen ist es gestattet zu helfen. Und man kennt ja die Mentalität, die diese internationalen Organisationen beherrscht. 90 Prozent ihres Etats geht drauf für Experten und für Verwaltungskosten, und nur ein sehr kleiner Teil kommt unserem Volk zugute. Deshalb benötigen unsere Menschen dort alles. Sie brauchen Geld, um einen Teil ihrer Woh-



Dr. Fati Arafat, Präsident des Palästinensischen Roten Halbmondes, am 10. 12. 1982 auf einer Informationsveranstaltung in Essen.

nungen wieder aufzubauen. Sie brauchen die Hilfe der Ärzte und der Freunde, die dort hingehen können, denn wir Palästinenser haben nicht das Recht dazu. Und darüber hinaus brauchen sie Medikamente und Ausrüstung für ihre medizinische Behandlung.

In Beirut ist die Situation etwas anders. Da steht unser Krankenhaus, das Gaza; Akra, und das Haifa-Hospital. Und die arbeiten immer noch. Aber trotzdem brauchen wir für die Krankenhäuser sehr viele Dinge. Wir haben damit begonnen, diese Krankenhäuser wieder instand zu setzen. Und deshalb brauchen wir Geld, um diese Krankenhäuser zu reparieren. Der größte Teil unserer Ausrüstung wurde zerstört. Deswegen müssen sie erneuert werden. Wir brauchen auch dringend einige ausländische Ärzte. Denn das wäre gleichzeitig ein Schutz für unser Volk. Ausländische Ärzte, wie z.B. unsere Freunde aus Norwegen, Schweden oder aus anderen europäischen Ländern können eine große Rolle dabei spielen. Die einzige palästinensische Institution, die noch existiert, ist ja das Krankenhaus. Deshalb gehen unsere Leute in die Hospitäler. Sie wollen alles dort haben. In manchen Krankenhäusern wohnen sogar Obdachlose. Tausende wohnen dort sogar. Die Situation ist also wirklich sehr schlecht.

Naturheilkunde und Arzneimittelsicherheit

Zum Verbot von Aristolochiasäure

Für alle, die im Gesundheitswesen mit Arzneimitteln zu tun haben, ist die öffentliche Diskussion zu Problemen der Arzneimittelsicherheit ausgesprochen unübersichtlich¹). Zwei Fälle der letzten 1½ Jahre verdeutlichen das.

– Aristolochiasäurehaltige Arzneimittel wurden durch das Bundesgesundheitsamt (BGA) bis zu einer bestimmten Konzentration (homöopathische Verdünnungen bis D 10) nun endgültig verboten².

– Arzneimittel, die Pyrazolone enthalten, wurden einer Nutzen-Risikobewertung unterworfen. Es wurden abgestufte Maßnahmen durchgeführt, die aus einer Gesamtzahl von 1400 Arzneimitteln nur zu 80 Verbots geführt haben³).

Wissenschaftlichkeit

Arzneimitteltherapie steht heute, trotz allem gegenteiligen Anschein, auf nur schwachen wissenschaftlichen Füßen. Die überwiegende Zahl der Erkrankungen kann nicht kausal behandelt werden. Je nach Erkrankung, Behandlungsbedingungen und äußeren Umständen kann der Placeboeffekt (Placebo = Arzneimittel ohne Wirkstoff) zwischen 0 und 100 % liegen⁴). Diese Tatsachen haben ihre Ursache darin, daß das Geschehen Krankheit einerseits noch nicht genügend erklärt ist, andererseits oft ganz einseitig verstanden wird. Die medizinische Wissenschaft ist einfach noch nicht in der Lage, die vielfältigen Ursachen von Krankheit zu erkennen und daraus begründete Handlungskonzepte abzuleiten. Diesen Zustand kann und darf man nicht vertuschen. Stattdessen muß die Forschung in der Medizin umfassend geplant und entwickelt werden.

Sicherheitsphilosophie

Leider mußte erst die Contergan-Katastrophe geschehen, bis in der BRD angefangen wurde, Arzneimittelsicherheit langsam jedoch bis heute nicht befriedigend in die Tat umzusetzen. In die Beurteilung von Sicherheitsrisiken gehen gesellschaftliche Anschauungen ein⁵). Sie ist politisch. Umso wichtiger ist, welches Menschenbild hinter Sicherheitsentscheidungen aller Art, auch bei Arzneimitteln, steht. Die Interessen der Beteiligten müssen bekannt sein.

Beispiel Aristolochiasäure (AS): AS hat sich im Tierversuch auch in niedrigen Dosierungen als außergewöhnlich starkes Carcinogen erwiesen. Sie wirkt in verschiedenen Tests mutagen. AS-haltige Arzneimittel weisen eine große Vielfalt von Anwendungsgebieten auf, für die es keine überprüfbaren wissenschaftlichen Beweise einer Wirksamkeit gibt. Wissenschaftlicher Beweis bedeutet hier nicht unbedingt Doppelblindversuch. Bis jetzt ist

aber kein Fall bekannt geworden, bei dem eine Krebserkrankung am Menschen durch Einnahme von AS-haltigen Arzneimitteln belegt wurde. Es besteht der „begündete Verdacht“ (Arzneimittelgesetz AMG 1976), daß AS auch am Menschen carcinogen wirkt²).

Alle Stoffe, die am Menschen carcinogen wirken, waren bisher auch im Tierversuch carcinogen. Bei dieser Lage schreibt das AMG ein Verbot vor und das Bundesgesundheitsamt hat danach gehandelt. Gerade um nicht zu warten, bis endlich auch eine Krebserkrankung am Menschen durch AS-Gabe aufgetreten ist, muß das Risiko beseitigt werden, besonders dann, wenn das Risiko aus Versuchen bekannt, überprüfbar und wiederholbar ist, ein Nutzen des Arzneimittels aber nicht belegt werden kann. Das ist eine Lehre aus Contergan. Am Fall von AS können sicher noch viele wissenschaftliche Einzelheiten diskutiert werden⁶. Wichtig ist, daß hier wissenschaftlich begründet und verantwortlich gehandelt wurde: Ein Risiko wurde abgewehrt, jedoch wurde keine Lücke bei den naturheilkundlichen Behandlungsmethoden gerissen.

chen sind unbestritten. In einigen Ländern hat dieser Sachverhalt zu einem Verbot dieser Substanz geführt (USA, Schweden, Australien), was dort offensichtlich nicht zu Schwierigkeiten bei der Behandlung solcher Schmerz- und Krampfzustände geführt hat. In der BRD wurden die Anwendungsgebiete nur eingegrenzt und genauer beschrieben, aber Metamizol ist rezeptfrei (ausgenommen Injektionslösungen) in jeder Apotheke weiterhin zu verkaufen. Diese Entscheidung steht offensichtlich im Widerspruch zur Sicherheitsphilosophie im AS-Fall. Hier lohnt sich ein Blick auf sonstige Umstände, die bei Sicherheitsentscheidungen eine Rolle spielen. Wer die Diskussion verfolgt hat, erkennt, daß starker politischer und wirtschaftlicher Druck seitens der Pharmaindustrie sich wieder einmal durchgesetzt hat. Die Fakten zu Metamizol bleiben, und durch den Ausgang dieses Verfahrens ist die Entscheidung zu AS nicht prinzipiell falsch geworden.

Eins ist klar: der Fall Metamizol steht in einigen Jahren erneut auf der Tagesordnung und man wird sich zu sinnvoller Entscheidungen durchringen müssen.

Interessenlagen

Die wirtschaftlichen und Machtinteressen der pharmazeutischen Industrie bestimmen die Qualität der Arzneimittelversorgung in der BRD⁷). Sie haben ein besonderes System der Arzneimittelversorgung hervorgebracht: die Industrie bestimmt Umfang, Qualität und Preis der Arzneimittel nach Profitinteressen; der Arzt bestimmt, was an Arzneimitteln verbraucht werden soll, er unterliegt dem Informationsmonopol der Industrie und behandelt, ohne zahlen zu müssen, wird vielmehr selbst gut bezahlt; der Apotheker verteilt Arzneimittel, ebenfalls ohne zu zahlen, verdient aber auch am großen Kuchen; der Patient schließlich hat gar keinen Einfluß, er ist der einzige, der wirklich zahlt.

Wenn die Argumente ausgehen, greifen Pharmaindustrie und alle, die an diesem System der Arzneimittelversorgung verdienen, zur großen Keule und behaupten, die Therapiefreiheit sei gefährdet. Dieses Argument wird von den Großen und Kleinen der Pharmabranche verwendet. Beide haben Unrecht, denn sie versuchen damit, den öffentlichen Einblick in die schwerwiegenden Mängel des Arzneimittelwesens und damit die Forderung nach einer grundlegenden Änderung zu verhindern. Angesichts von 140000 auf dem Markt befindlichen Arzneimitteln, angesichts der Tatsache, daß nur 2000 Arzneimittel bereits 93 % des Umsatzes der Apotheken ausmachen und der praktische Arzt nur 300 bis 500 Arzneimittel verwendet⁸), ist es frech, von einer Einschränkung der Therapiefrei-



Aristolochia gilt als zuverlässiges und altbewährtes Mittel bei Wundheilung, bei Blasen- und Nierenerkrankungen, bei langdauernden Fisteleiterungen und zur Steigerung der körperlichen Abwehrkräfte. Aus: Rudolf Weiss: Lehrbuch der Phytotherapie, Stuttgart 1974, S. 343.

Beispiel Metamizol: Metamizol ist eine wirksame Substanz zur Behandlung von schweren Schmerzzuständen mit zusätzlicher krampflösender Wirkung, hat also ein eng umschriebenes Anwendungsgebiet. Erwiesen ist, daß in seltenen Fällen Blutbildschädigungen und Schockzustände auftreten, die zu einem bestimmten Prozentsatz tödlich verlaufen. Diese Tatsa-

heit zu reden, sowohl nach dem Verbot AS-haltiger Arzneimittel wie nach den Maßnahmen gegen Metamizol. Umgekehrt schafft gerade die Pharma-industrie durch ihr völlig unübersichtliches Arzneimittelangebot Arzneimittelunsicherheit und Gefährdung der Patienten. „Therapiefreiheit“ bedeutet heute: Vorrang der Arzneimittelbehandlung vor anderen Behandlungsformen – ein langfristig von der Industrie durchgesetztes Konzept⁸). Sinnvoll und notwendig ist deshalb das Verbot unwirksamer und medizinisch bedenklicher Arzneimittel – eine Forderung der ÖTV⁹).

Perspektiven

Um den Patienten vor Schaden bei der Anwendung von Arzneimitteln zu schützen, ist eine Instanz notwendig, die aus Fachkenntnis und gesellschaftlicher Verantwortung heraus Sicherheitsentscheidungen fällt, auch Verbote. Gerade in unserem unsicheren System der Arzneimittelversorgung ist dies notwendig. Es ist unverantwortlich, den einzelnen Patienten mit seiner Unkenntnis „eigenverantwortlich“ entscheiden zu lassen und gleichzeitig der Pharma-industrie das Informationsmonopol zu überlassen¹⁰). Das BGA sollte die Aufgaben dieser Sicherheitsinstanz wahrnehmen. Da es das nicht konsequent tut, sollten alle Betroffenen diese Forderung ständig öffentlich an das BGA stellen. Es werden allerdings falsche Fronten aufgebaut, wenn das BGA zum „Aggressor“ gemacht wird¹¹).

In den letzten Jahren ist die Gesundheitsbewegung enorm angewachsen. Sie umfaßt die unterschiedlichsten Auffassungen zu diesem oder jenem Einzelproblem, kommt aber aus der gemeinsamen Erfahrung, daß dieses Gesundheitswesen krank ist, und aus dem gemeinsamen Willen zur Veränderung. Daß dabei auch falsche Propheten auftreten – die Vermarktung der Alternativbewegung gehört in dieses Kapitel – muß allen bewußt sein. Das erfordert ständige Diskussion und Aufklärung über die wirklichen Ursachen der gegenwärtigen Situation, das Herausarbeiten gemeinsamer Ziele und gemeinsamen Handelns. Ein Auseinanderdividieren-lassen können wir uns nicht leisten.

Axel Seefeld

- 1) Z. B. info 3, 3/82; info 3, 5/82.
- 2) BGA – Pressedienst Nr. 15/1982.
- 3) BGA – Pressedienst Nr. 9/1982.
- 4) Piechowiak, H., Internistische Praxis IV, 759 (1982).
- 5) Fülgroff, G., pharma dialog Nr. 65, 1980.
- 6) info 3 Nr. 5/82, S. 8 ist ein Beispiel dafür, wie Patienten nicht informiert werden dürfen. Durch Weglassungen und Falschdarstellungen des Sachverhalts werden die Leser gegen ein Verbot mobilisiert, das sie bei sachlicher und umfassender Darstellung verstehen und akzeptieren würden.
- 7) Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV zur Gesundheitspolitik, S. 12 (1982).
- 8) pharma daten 1982, S. 36.
- 9) Perspektiven der Gewerkschaft ÖTV ... S. 35.
- 10) info 3, Nr. 5/82, S. 9.
- 11) Ebenda, S. 8.

Gen-Technik:

Hoechst-Pressegespräch mit Provinz-Niveau

Ein bißchen erstaunt war ich schon über die Einladung der „Hoechst AG“ zu einem Pressegespräch. Über Gen-Technik sollte es gehen, „über die Zukunftsaussichten dieses neuen Arbeitsgebietes ... und über einige aktuelle pharmapolitische Fragen“. Die Einladung verriet auch, warum die DG-Redaktion gefragt war: „Wir gehen bei diesem Informationsgespräch bewußt neue Wege. Denn wir laden dazu auch Mediziner, Vertreter der Krankenkassen und der Industrie- und Handelskammern, Gewerkschafter, Parteivertreter und viele andere ein, die sich mit dem Thema „Gesundheit“ befassen.“ In Erwartung einer spannenden Diskussion über ein Thema, daß mich seit einiger Zeit schon interessiert, nahm ich einen Urlaubstag, um auch um 10.30 Uhr in Köln sein zu können. Was dann jedoch einer der Welt größten Pharmakonzern den „Fachvertretern“ in zweieinhalb Stunden anzubieten hatte, war – um mein Urteil vorwegzunehmen – an Peinlichkeit kaum noch zu übertreffen.

Zunächst freute sich der Vertreter der Geschäftsstellenleitung ausführlich darüber, daß es ihm in letzter Minute noch gelungen sei, einen so renommierten Wissenschaftler wie Herm. Prof. Dr. Gericke für die Moderation zu gewinnen. Daß der „Titel-Held“ zu nichts anderem herhalten durfte, als die firmeneigenen Referenten zum Podium zu geleiten, fiel zunächst nicht auf.

Ein Dr. rer. nat. Paul Habermann referierte das Thema, das wohl die Mehrzahl der knapp 50 Presse- und Fachvertreter angezogen hatte: „Gentechnologie – eine Wissenschaft verändert die Welt“. Mag sein, daß der erst seit 1982 der Hoechst-AG zugehörige Biologe hier seine erste, halböffentliche Bewährungsprobe zu bestehen hatte – der Vortrag war schlicht eine Zutat: dreiviertel der Zeit brachte er damit zu, den Fachvertretern erklärlich machen zu wollen, was ein Gen ist, allerdings so diffus, daß es einen Biologie-Studenten des zweiten Semesters aus dem Hörsaal getrieben hätte. Bei den eigentlich interessanten Fragen, wie Genmanipu-

lation möglich gemacht wurde, dominierte dann des Bio-Doktors Formulierung „mit einigen Tricks“. Einige verwertbare Information zum Stand der Gen-Technik bei Hoechst: Die Gewinnung menschlichen Insulins durch genmanipulierte Bakterien ist möglich, lediglich die großtechnische Herstellung bereitet noch einige, bald gelöste Probleme. Was fachlich interessiert hätte, und sicherlich auch zu Recht eine breitere Öffentlichkeit, blieb im Referat gänzlich unerwähnt: Nebenwirkungen und Risiken. Hier beschränkte sich der aufstrebende Biologe darauf, vor denen zu warnen, die die Gen-Wissenschaftler als moderne Frankensteins diskriminieren wollten. Mit der gleichen Naivität, mit der er behauptete, die Gen-Technik werde die „dringenden Weltenernährungsprobleme“ lösen können (angesichts tausender Tonnen vernichteter Nahrungsmittel jährlich), verkündete er, daß die Gen-Technik nie in der Lage sein werde Menschen zu manipulieren. Die Tatsache, daß es bereits im Genfer Gen-Laboratorium von Prof. Illmensee gelungen ist, Gen-Manipulationen an befruchteten Säugetier-Eiern (Mäusen) erfolgreich durchzuführen, war ihm offensichtlich neu. Auch der zu Hilfe eilende Moderations-Professor wußte nicht mehr beizufügen, als daß es „seinen Erfahrungen nach“ immer Jahre dauere, bis sich das auf den Menschen übertragen lasse.

Ernüchternd für mich die Reaktion der übrigen Zuhörer: Keine Fragen, keine Stellungnahmen. Falls überhaupt ein Vertreter der angeblich geladenen Verbände anwesend war, dann ohne eigene Meinung und gut getarnt!

Das sich an diesen Vortrag anschließende, rhetorisch-demagogisch einwandfreie Referat eines altdienenden Hoechst-Managers zum Thema „Kostendämpfung“ (siehe auch Zitatsammlung in diesem Heft), das dann sehr breiten Raum einnahm, nährte den Verdacht, daß das „Reizthema Gen-Technik“ nicht mehr als eine Lockvogelrolle zu spielen hatte. Eine Funktion könnte dieses „Pressegespräch“ darüber hinaus noch erfüllt haben: Im Kopf-an-Kopf-Rennen zwischen Hoechst und Eli-Lilly um das erste gebrauchsfertige Bakterien-Insulin zumindest werbmäßig eine Nasenspitze voraus zu sein.

Ulli Raupp



Auf den Spuren einer Katastrophe

Am 23. 11. 1982 erinnerte das ZDF einschaltwillige Bundesbürger nach 25 Jahren mit leicht erhobenem Zeigefinger an die größte, bekannte Arzneimittelekatastrophe in unserem Land. Fast 3000 lebende Mahnungen unter uns sollten ausreichen, für alle Zeiten die Verantwortlichen von Regierung und Industrie zu erinnern, damit eine Wiederholung mit allen Mitteln verhindert wird. Aber schon die anschließende Sendung „5 nach 10“ ließ berechtigte Zweifel auftreten.

Der Vertreter der Pharma-Industrie versuchte Zuversicht zu verbreiten und unser Vertreter des Volkes vom Bundesgesundheitsministerium ließ nicht das Gefühl auftreten, die Pharma-Industrie würde mit strengem bürokratischem Blick überwacht. Fast makaber der wiederholte Hinweis vom Moderator Herrn Mohl, ZDF, auf die „geringe Zahl“ der Contergangeschädigten und die „große Zahl“ der Behinderten durch Alkoholmissbrauch bezogen auf die letzten 25 Jahre. Als wenn sich eine Katastrophe in Zahlen, mathematisch erklären läßt! Jeder Tote eines Krieges, jeder durch Schuld eines Dritten Behinderte ist eine Katastrophe! Als ob sich die Probleme der Direktbetroffenen durch Hinweis auf noch größere Gruppen lindern ließen. Resignation in den Worten von Prof. Lenz: „Keine Medikamente, wenn man nicht sicher ist, daß keine Schwangerschaft vorliegt.“

„Warum wird jetzt, nach 25 Jahren, wieder über dieses Thema geschrieben und gesendet?“ Eine berechtigte Frage, wo es doch weitaus bequemer ist „die Vergangenheit endlich ruhen zu lassen“. Aber es zeigt sich:

Viele nichtbetroffene Jugendliche und junge Erwachsene sind über die Contergan-Katastrophe und die damit verbundenen Probleme nur lückenhaft informiert,

die Industrie und ihre verantwortlichen (?) Forscher geben sich alle Mühe der Bevölkerung einzureden, daß alle ihre Mittel harmlos sind und sich Vergangenes nicht wiederholen wird,

und last not least glauben Volksvertreter, Behörden und Verbände teilweise immer noch, durch die Entschädigung wären die Conterganer eine privilegierte finanziell abgesicherte Gruppe.

Es ist notwendig, sich diesen Fragen, den zum Teil bewußt geförderten falschen Behauptungen und Ansichten zu stellen und durch Aufklärung und Mahnungen zu helfen.

Was war geschehen?

Contergan mit seinem Wirkstoff Thalidomid, „die große Entdeckung!“ Mit überraschenden Wirkungen! Anzeigen, Werbekampagnen der Fa. Grünenthal Stolberg, versprachen Ärzten und Patienten nie Da gewesenes. Und wie recht sie behielten!

Im Jahr 1962 erbrachte der Humangenetiker Prof. Widukind Lenz, den wissenschaftlichen Beweis, daß Contergan die Ursache für in großer Zahl auftretende ähnliche Behinderungen ist. Weiter konnte er den Nachweis anhand der Behinderung antreten, an welchem Tag oder Tagen die Mutter Contergan eingenommen hatte. Man stelle sich vor, vom 38.-43. Tag der Einnahme wurden Arme, vom 41.-45. Tag der Einnahme wurden Beine mißgebildet. Contergan programmierte in der sensiblen Phase mit der Sicherheit eines Computers Mißbildungen vor. (Weitere Einzelheiten können in Form von Büchern, Zeitschriften, Aufsätzen zu allen aufgezeigten Themen angefordert oder vermittelt werden beim Landesverband der Eltern körpergeschädigter Kinder und junger körperbehinderter Erwachsener Contergangeschädigten-Hilfswerk Nordrhein-Westfalen e.V., Düsseldorfer Straße 51, 4030 Ratingen.)

Nach zähem Kampf, genau wie in heutiger Zeit bei ähnlichen Fällen, wurde das Mittel 1962 vom Markt genommen. Ungefähr 5000 Opfer, darunter ein Teil vermeidbarer, bei schnellerer, verantwortungsvoller Reaktion, waren das Resultat.

Ein zähes Ringen um Schuld, Beweise, Fahrlässigkeit in dem bekannt gewordenen Alsdorfer Prozeß begann. Nach vielen Monaten mußte ohne Ergebnis abgebrochen werden. Ohne strafrechtliches Ergebnis! Zivilrechtlich hatte man eine Einigung gefunden. Die Stiftung „Hilfswerk für behinderte Kinder“.

Von vielen Vertretern der Betroffenen, den Eltern, begrüßt, von einigen wenigen mit Skepsis und Ablehnung aufgenommen. 100 Millionen DM brachte die Fa. Grünenthal Stolberg ein. 100 Millionen DM die Bundesregierung.

Damit war Grünenthal für alle Zeit aus der juristischen Verpflichtung des Regresses heraus. Eine gute Lösung? Jeder mag das für sich entscheiden. Damals für die Vertreter der Betroffenen die optimale Lösung. Es darf nicht vergessen werden, daß durch die Stiftung „Hilfswerk für behinderte Kinder“ Finanzämter, Krankenkassen, Sozialämter leer ausgingen, welche bei einem „Schmerzensgeld“ o.ä. direkt gezahlt



an die Eltern, von den Betroffenen einen erheblichen Teil der Entschädigung gefordert hätten. Nach dem Inkrafttreten des Stiftungsgesetzes durch den Bundestag konnte die individuelle und finanzielle Hilfe durch die Stiftung beginnen. Nach einer einmaligen Kapitalentschädigung folgte eine monatliche lebenslange Rente, welche der jeweiligen Kaufkraft angepaßt wird. Eine lebenslange zusätzliche Versorgung schien gesichert, zumal per Gesetz alle Zahlungen der Stiftung vor Zugriffen der Behörden (Sozialämter, Finanzämter, Arbeitsverwaltung usw.) gesichert waren. Aber Wermutstropfen fielen auch in diese so optimistisch begonnene Regelung für diese Medikamentengeschädigten. Nicht alle Eltern hatten nur das Wohl ihrer Kinder im Sinn. Gott sei Dank ein nur geringer Teil, versuchte an das Geld der Betroffenen zu kommen. Höchste Wachsamkeit der Verantwortlichen der Stiftung verhinderte das Schlimmste. Geschützt sind die Zahlungen der Stiftung und die Objekte, welche mit diesem Geld angeschafft wurden; nicht jedoch Zinsen, Wertsteigerung usw. . . . Mit ihrem angeborenen Hang zur Perfektion stürzen sich nun Beamte der Sozialämter u. ä. Einrichtungen auf diesen Zugewinn und versuchen „zum Wohl der Allgemeinheit“ zu streichen und „herauszuholen“ was eben zulässig ist. Selbsthilfverbände versuchen hier Auswüchse zu bremsen.

Leider haben auch die Zahlungen der Stiftung viele glauben lassen, die Conterganer wären nun ausreichend versorgt und finanziell besonders gut gestellt. Die Wahrheit ist, daß hier eine Entschädigung ge-

zahlt wird in keinesfalls höherer Art als bei Unfallopfern, Kriegsgeschädigten seit langem, und ohne besonderen Fingerzeig, üblich. Es bleibt festzustellen: Die Stiftung war und ist für die Contergangeschädigten eine gute Lösung, aber auch, und das läßt sich heute sagen, für Fa. Grünenthal! Ein lebenslanger Regreßanspruch der Betroffenen war ausgeschlossen worden; von der einmaligen Zahlung scheint sich Fa. Grünenthal schnell erholt zu haben. Wiederholen läßt sich meiner Ansicht nach, bei einer erneuten ähnlichen Katastrophe in der Pharma-Industrie, diese Art der Hilfe nicht. Der Industrie würde es zu einfach gemacht.

Wie halfen sich nun die Betroffenen und ihre Eltern selbst? Nach über 20 Jahren kann man feststellen, es war eine unvorstellbare Mühe für die Betroffenen und ihre Eltern, besonders für die Mütter. Im Säuglingsalter wurde landauf, landab versucht mit Prothesen, Operationen die Deformierungen zu kaschieren. Erst nachdem in Heidelberg, Münster und Hamburg richtungsweisende Arbeit geleistet wurde, erkannte man, daß allein die Förderung der verbliebenen Restfunktionen eine Lösung bringen konnte. Gymnastik, Beschäftigungstherapie und Individualtraining waren die wichtigsten Therapien; nicht nur in Kliniken, mehr noch zu Hause.

Können Sie erahnen, was es für Mühe gekostet hat zu erlernen, mit den Füßen zu essen, zu trinken?; ohne Beine zu schwimmen, ohne Arme über Felder zu reiten? Aber auch psychische Schwierigkeiten mußten und müssen noch gemeistert werden. Freundschaft, Zusammenleben, Liebe bringen Probleme. Einen geliebten Menschen niemals in die Arme schließen zu können; wer erahnt die Traurigkeit eines Armlosen? Nicht alle meistern die Anforderungen. Über Zahlen von Flucht in den Alkohol oder Drogen, Nervenzusammenbrüchen und Selbstmorden, nicht nur bei den Betroffenen, auch bei Eltern könnte ich berichten. Ein Teil der Katastrophe!

Sonderkindergärten, Sonderschulen, Sondereinrichtungen, Sonder... bemühten sich um die Geschädigten. Immer wieder der Sonder...! Man sollte in einem eigenen Zeitungsartikel über die Auswirkungen der Sondereinrichtungen, Rehabilitationszentren usw. auf die Psyche von Behinder-ten, nicht nur von Conterganern, berichten. Man wird sehr schwer bessere Lösungen finden, aber auch wieder einen Teil der Katastrophe aufzeigen.

Ein großes Glück im Unglück war, daß rechtzeitig einige Eltern erkannten, daß man sich nicht nur auf Hilfe und Unterstützung von Behörden, Regierung usw. verlassen kann. Sie gründeten Elternverbände auf Bundes-, Landes- und Ortsebene. Heute kann man feststellen, sie arbeiteten bis zum heutigen Tage insgesamt erfolgreich. Ohne überheblich zu sein, bleibt festzustellen, was in der Geschichte der

übrigen Behindertenarbeit auch beweisbar ist, daß gerade durch die Initiativen des Contergangeschädigten-Hilfswerkes diese sehr wertvollen neuen Impulse erhalten hat.

Heute weiß wohl jeder, daß eine angemessene Interessenwahrung in unserem demokratischen Staat nur möglich ist, wenn man durch eine starke und einflußreiche Lobby vertreten wird. Traurig aber wahr!

Wie ist die heutige Situation, was bringt die Zukunft? Arbeitslosigkeit, Sorge um Studienplätze, Kampf mit den Behörden; Conterganer haben die gleichen Probleme wie alle anderen jungen Erwachsenen, wie alle Behinderten. Sie möchten einen gesicherten Arbeitsplatz, Heiraten, eine Familie gründen und Kinder haben. Nichts Conterganespezifisches. Aber halt, eines gibt es doch: Die Beruhigung: „Contergan-Schädigung ist nicht vererbar.“

Alles rosarot, alles schön für die Zukunft? Leider muß man, wenn man die „Contis“, so nennen sich viele selber, hört, mit einem klaren Nein antworten.

Das allgemeine „Streichorchester“ im Gesundheits- und Sozialwesen wird mit über-großer Skepsis beobachtet, zumal gleichzeitig streichungswürdige Prestigebauten und tabuisierte Etats ungeschoren bleiben. Zorn verbreitet sich über einen Teil der Beamten von Behörden, die ihre Aufgaben nur darin sehen, zu kürzen und zu streichen, nicht zu helfen. Können Sie sich den Zorn eines Armlosen vorstellen, wenn z. B. eine Ärztin (Name kann, wenn gewünscht, nachgeliefert werden) des Gesundheits-

amtes Bielefeld das Pflegegeld kürzen will, nur weil sie in einem Zeitungsbericht eines Regionalredakteurs gelesen hat, daß der Betroffene dank seiner sportlichen und allgemeinen Leistungen endlich kein Pflegefall mehr ist?

Ein besonderes Anliegen vieler Contergangeschädigter (man hätte vor 20 Jahren besser das Wort Grünenthalgeschädigte gewählt) ist die Beobachtung des Pharma-Marktes. Sie reagieren überraschend schnell, und sind nicht selten Mitinitiatoren von Protestbewegungen. Mit Verständnis werden dann Verharmlosungsverfahren der Überwachungsbehörden genauso begleitet wie den sogenannten abschwächenden „Forschungs- und Versuchsergebnisse“ von medizinisch-pharmazeutisch geschulten Fachleuten im Dienst der Industrie.

Contergan-Katastrophe – noch ein Thema? Es wird immer eines bleiben – und eine Warnung.

■ W. Budde

1. Vorsitzender des Landesverbandes der Eltern körpergeschädigter Kinder und junger körperbehinderter Erwachsener Contergangeschädigten-Hilfswerk, Nordrhein-Westfalen e. V.

Aus der Sicht eines Nichtbehinderten, der die Conterganopfer als Verbandsfunktionär und Vater eines Geschädigten über 20 Jahre begleitet hat.



regenbogen buchvertrieb
seelingstr. 47 • 1000 berlin 19
telefon 030 / 322 50 17



BESTANDSAUFAHME EINER PSYCHIATRIE
Katalog zur gleichnamigen Fotoausstellung - eindrückliche Fotos mit erläuterten Texten
96 Seiten 20.- DM

Hans Ludwig Siemen: DAS GRAUEN IST VORPROGRAMMIERT
Psychiatrie zwischen Faschismus und Atomkrieg.
Der Werdegang der Psychiatrie seit dem 1. Weltkrieg hat zahllose Opfer gefordert, sei es, daß sie als »Erbkranken« durch Zwangssterilisation verstummt, als Psychopathen in Konzentrationslagern überwiesen oder als »Lebensunwerte« ermordet wurden. Dieser Text will die Mauer des Schweigens durchbrechen, die die ungebrochene Tradition bis hin zur Wehrpsychiatrie umgibt.
248 Seiten 19.80 DM

Zu den Preisen kommen noch 2,- DM für Porto und Verpackung. Wir liefern gegen Vorausüberweisung auf unser Postscheckkonto 1912 - 107 Bln.W. oder beigelegten Schecks, Scheinen, Briefmarken, Gesamtverzeichnis anfordern!!!

ÄRZTE WARNEN VOR DEM ATOMKRIEG
IM ERNSTFALL HILFLOS

Seitliche Notiz:
Medizinischen Kongress und Materialien für die Verbreitung beim Amtshauptmann KHD Berlin

Reaktion auf DG

Überla: Ein solcher Artikel . . . nützlich für das Amt

In unserer letzten Ausgabe berichtete Rolf Rosenbrock über außerordentliche brisante Verflechtungen zwischen der Pharmazeutischen Industrie, der geschäftsmäßigen Arzneimittelprüfung und der öffentlichen Kontrollinstanz Bundesgesundheitsamt. Bereits kurz nach Erscheinen von DG berichtete der WDR in seiner Verbrauchersendung „Quintessence“ über die BGA-Praktiken und befragte hierzu den Amts-Präsidenten Prof. Überla. Wir dokumentieren im folgenden (Mitschnitt) den Wortlaut der Sendung.

Das Bundesgesundheitsamt bestätigt, daß zwei Mitarbeiter Amt und Geschäft verquickt haben.

Es handelt sich um Prof. Dr. Günther Stille, bis zu seinem Weggang im Frühjahr dieses Jahres Direktor der Abteilung Pharmakologie und um den ihm untergegebenen Leiter des Referates „Psychopharmaka“, Prof. Dr. Werner M. Herrmann, der bis zum 31. Dezember des vergangenen Jahres dem Bundesgesundheitsamt angehörte. Beide Professoren waren, während sie noch dem Bundesgesundheitsamt angehörten, Teilhaber von zwei miteinander verflochtenen Privatfirmen, die im Vorfeld der Zulassung von Arzneimitteln beim BGA Prüfungen der Medikamente übernehmen. Konnten auf diese Weise Mitarbeiter der obersten Prüfungsinstanz für Arzneimittel Zulassungsunterlagen prüfen und beurteilen, an deren Zustandekommen sie selber beteiligt waren?

Prof. Karl Überla; Präsident des BGA: „Nein! Dies ist falsch! Es ist kein einziger derartiger Fall uns bekannt geworden und es ist auch keiner im Amt vorhanden.“

Trotzdem weckt solche Verquickung von Amt und Geschäft Zweifel an der Unabhängigkeit des BGA. Das Bundesgesundheitsamt sieht das genauso. Es sei jedoch nach eigenen Aussagen über privatwirtschaftliche Interessen von Prof. Stille und Prof. Herrmann nicht informiert. Warum aber, so stellt sich die Frage, wird Prof. Herrmann weiter als freier Mitarbeiter für das BGA tätig? Auf der Basis von Stundenhonoraren begutachtet er für das Amt Zulassungsanträge für Psychopharmaka, weil seine Stelle noch nicht wieder besetzt wurde. Und aufgrund eines Werkvertrages betreut er die Arbeit einer Kommission, die für Medikamente gegen Alterskrankheiten zuständig ist.

Prof. Überla: „Herr Herrmann ist beim Bundesgesundheitsamt vor geraumer Zeit ausgeschieden. Er ist auf der Basis eines Werkvertrages für Notmaßnahmen verfügbar, die sich aber in keinem Fall auf Medikamente beziehen, mit denen er vorher etwas zu tun hatte. Dies ist durch Verwaltungsverfahrensgesetz ausgeschlossen.“

Das Bundesgesundheitsamt will die Zusammenarbeit mit Prof. Herrmann trotzdem so bald wie möglich beenden. Es sieht sich jetzt jedoch in einer Notsituation, da die Stelle noch nicht wieder besetzt ist. Es zeigt sich aber auch ein grundsätzliches Problem: die Fachleute für Arzneimittel kommen aus der Pharmazeutischen Industrie oder von der Hochschule – aber auch dort stehen sie meist in enger Verbindung zur Industrie. Zitat aus dem Artikel der Zeitschrift „Demokratisches Gesundheitswesen“: „Wer seinen Beruf in der

privaten Industrie gelernt hat, wird in vielen Fällen dazu neigen, deren Maßstäbe hinsichtlich Sicherheit und Wirksamkeit auch für seine Tätigkeit in der Kontrollbehörde anzulegen. Darin werden ihn mannigfache persönliche, kollegiale und andere Beziehungen aus seinem alten Arbeitsbereich eher bestärken.“

Auch der Präsident des BGA, Prof. Karl Überla, hatte vor seiner Berufung in dieses Amt als Hochschullehrer Kontakte zu einem privaten Unternehmen. Er war wissenschaftlicher Berater einer Firma, die Arzneimittelprüfungen durchführt. Seit 1978 war er gleichzeitig Vorsitzender der Zulassungskommission für Arzneimittel beim Bundesgesundheitsamt, die bei der Zulassung neuer Arzneimittel ein beträchtliches Gewicht hat.

Prof. Karl Überla: „Ich habe in einem früheren Zeitpunkt im wissenschaftlichen Beirat einer solchen Firma kurzfristig mitgewirkt, war in dieser Eigenschaft mit Grundsatzangelegenheiten beschäftigt, d. h. mit der Frage, was so ein wissenschaftlicher Beirat eben macht, wie soll die Strategie der Forschung generell sein, aber nie mit Einzelfällen.“

Die Münchener Firma hat vor ein paar Jahren auch ein Mittel der Firma Grünenthal geprüft, ein Mittel, daß Contergan sehr ähnlich ist.

Prof. Überla: „Die Studie, von der in dem Artikel geschrieben ist, zeigt bereits von der Nummer her, daß sie im Jahre 1976 lief, einem Zeitpunkt, wo überhaupt eine Tätigkeit, wie Präsident des BGA, bei mir nicht erkennbar war. Ich kann mich an die Studie im einzelnen nicht erinnern, aber ich bin ganz sicher, daß ich weder bei der Planung beteiligt war, daß ich vielleicht mal ein Wort zur statistischen Auswertung von mir gegeben habe –, aber bei 24 Fällen ein Lappalai –. Ich bin ganz sicher, daß Unterlagen dieser Studie nie dem Bundesgesundheitsamt in einem Zulassungsverfahren vorgelegt worden sind. Ich bin Ihrer Meinung, daß man hochsensibel sein muß bei diesem Bereich. Insofern ist ein solcher Artikel, wie der von Herrn Rosenbrock, sogar ganz nützlich für das Amt, weil er nämlich unsere Sensibilität amtsintern auch schärft. Und dafür bin ich dankbar.“

Ob mir Sensibilität ausreicht, um aus dem Bundesgesundheitsamt eine unabhängige Kontroll-, Prüf- und Zulassungsinstanz zu machen, die dem Schutz unserer Gesundheit Vorrang vor allen anderen Interessen gibt, – Zweifel sind wohl angebracht!

Denn zum einen fehlt dem BGA die finanzielle und personelle Ausstattung, die seiner Funktion zukäme, und zum anderen sind die Interessen der Hersteller wesentlich besser vertreten als die der Verbraucher und Patienten.

Zum Verbot von

– Arbeitsschutz oder Diskriminierung? –

von Gine Elsner und Ina Güse

Vor gut einem Jahr hat der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen ein von ihm in Auftrag gegebenes Gutachten der Öffentlichkeit vorgestellt zur Frage der „Beschäftigung von weiblichen Jugendlichen und Frauen im Baugewerbe“¹). Hintergrund der Gutachtenerstellung ist der Entwurf eines Arbeitsschutzgesetzes²), der – noch ausgearbeitet vom sozial-liberalen Kabinett – das Beschäftigungsverbot für Frauen lediglich auf Arbeiten im Bergbau unter Tage, in Kokereien, am Hochofen und in Stahlwerken beschränkt. Die bis heute noch geltende Arbeitszeitordnung von 1938, die ein Beschäftigungsverbot für Frauen auf dem Bau beinhaltet, sollte damit außer Kraft gesetzt werden.

Diesen Bemühungen stellt sich das Gutachten von Rutenfranz (einem der maßgeblichen Arbeitsmediziner der Bundesrepublik) entgegen, da es zu dem Ergebnis kommt, daß Frauen weiterhin für Bauberufe ungeeignet seien.

Im Gutachten werden verschiedene – noch untergliederte – Tätigkeitsbereiche im Baugewerbe daraufhin untersucht, wieviel Energie (Sauerstoffverbrauch) die dort beschäftigten Männer für die anfallenden Arbeiten benötigen, und es wird geschlußfolgert, daß ein großer Teil der Frauen in der vorgegebenen Zeit nicht denselben Energieumsatz aufbringen könne. Nun kann es nicht darum gehen, die im Durchschnitt niedrigeren physiologischen Kraftreserven von Frauen zu leugnen. Jedoch fragen wir, ob deshalb ein Ausschluß aller Frauen aus den Berufen des Baugewerbes – vor dem Hintergrund einer überproportional hohen Frauenarbeitslosigkeit – gerechtfertigt erscheint.

Aufgabe der Arbeitsmedizin sollte es vielmehr sein, herauszufinden, welche Arbeitsplätze in dem zur Diskussion stehenden Bereich für Frauen geeignet sind, welche Arbeitsplätze durch technische Hilfsmittel geeignet gemacht werden können und welche Tätigkeitsaspekte Männer überlassen bleiben müssen. Für die DDR wird geschätzt, daß kaum 15 Prozent der Bauarbeiter durch körperliche Schwerarbeit bedroht sind – „und das eigentlich nur noch in veralteten Technologien“³). Überlegungen in Richtung auf eine Humanisierung der Arbeitswelt z. B. durch Nutzung neuer technischer Möglichkeiten zum Abbau körperlicher Überbelastung hätten gleichzeitig positive Auswirkungen auf die

Frauenarbeit auf dem Bau

in dieser Sparte arbeitenden Männer, von denen eine bestimmte Anzahl – wie im Gutachten deutlich wird – ebenfalls überfordert ist.

Hexenschuß als Schicksal

Hinweise auf die Schädlichkeit schwerer körperlicher Arbeit gibt es in der arbeitsmedizinischen Literatur sowohl für Frauen als auch für Männer. So klagt mehr als ein Viertel der Maurer, Betonbauer, Zimmerer, Tiefbauer, Verputzer und Estrichleger häufig über Hexenschuß- und Ischiasbeschwerden.⁴⁾ Demgegenüber geben Architekten, technische Zeichner und Bürofachkräfte nur in 11 Prozent der Fälle diese Beschwerden an, Stenographen sogar nur in 7 Prozent. Gehäufte Hexenschüsse und Ischiasbeschwerden sind in aller Regel Ausdruck eines Bandscheibenschadens. Aber so wahrscheinlich es ist, daß hier ein Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der Gesundheitsschädigung besteht: er wird in der Bundesrepublik nicht anerkannt. Erkrankungen der Gelenke, der Bandscheiben und der Knochen werden bei uns nicht als Berufskrankheiten anerkannt mit dem Argument, daß diese Erkrankungen anlagebedingt seien⁵⁾. Der körperlich belastenden Tätigkeit wird nicht einmal zugestanden, daß sie eine wesentliche Teilursache in dem Krankheitsgeschehen darstelle: denn dies würde zur Anerkennung einer Berufskrankheit ausreichen. Immer werden solche Anträge auf Anerkennung des Zusammenhangs zurückgewiesen mit dem Argument des unbeeinflußbaren anlagebedingten, schicksalsmäßigen Verlaufs einer solchen Erkrankung.

Untersuchungen über Gesundheitsstörungen bei Frauen, die körperlich schwer arbeiten, liegen im deutschsprachigen Raum vor allem aus der DDR vor. In einer älteren Arbeit⁶⁾ wurde die Schädlichkeit der schweren körperlichen Arbeit bei Frauen in der Hochseefischerei untersucht. Die dort arbeitenden Frauen hatten mit 18,2 Prozent häufiger gynäkologische Beschwerden als die weibliche Landbevölkerung mit 13,7 Prozent.

Insbesondere liegen Kenntnisse über die Folgen schwerer körperlicher Arbeit aber aus zwei großen sozialgynäkologischen Modelluntersuchungen vor. In den Jahren 1972 bis 1977 wurden 25 413 erwerbstätige Frauen arbeitsmedizinisch und gynäkologisch untersucht⁷⁾. Dabei wurden bei 5,4 Prozent der Frauen Genitalsenkungen gefunden, und zwar in Abhängigkeit von der physischen Beanspruchung. Produktionsarbeiterinnen im Bauwesen, die 45 Jahre und älter waren, hatten in 16,5 Prozent der Fälle Genitalsenkungen und Landwirtschaftsarbeiterinnen derselben

Altersgruppe in 14,4 Prozent. Solche Lageränderungen nehmen zwar mit zunehmendem Alter und mit zunehmender Kinderzahl ebenfalls zu, aber die Schwere der Arbeit mußte als eine wesentliche Teilursache dieser Erkrankung angesehen werden. In einer zweiten Untersuchungsreihe in den Jahren 1976 bis 1978 wurde eine Genitalsenkung dann nur in 0,5 Prozent der Fälle gefunden⁸⁾. Erklärt wurde dieses Phänomen mit einer inzwischen verbesserten arbeitshygienischen Betreuung.



Zweierlei Maß

Auf diese Arbeiten stützt sich Rutenfranz, wenn er von der Schädlichkeit schwerer körperlicher Arbeit für Frauen spricht. Diese unbestrittene Tatsache kann jedoch zu ehr unterschiedlichen Abhilfestrategien führen: nicht ein generelles Berufsverbot, sondern eine individuelle arbeitsmedizinische Beratung und Betreuung aller Beschäftigten in Arbeitsbereichen, in denen körperlich schwere Belastungen anfallen, sollten – unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Konstitutionen von Frauen wie auch von Männern! – angestrebt werden.

Das Berufsverbot für Frauen im Bauwesen versperrt den Frauen darüber hinaus die Möglichkeit einer beruflichen Weiterqualifizierung, die auf den Grundlagen eines erlernten Bauberufes aufbaut. Andererseits bleiben schwere körperliche Belastungen in vielen Berufen völlig unberücksichtigt, weil es sich hierbei um sogenannte typische Frauenberufe handelt wie Krankenschwestern und Verkäuferinnen oder um Frauen in unqualifizierten Tätigkeiten, die für Männer eh unattraktiv sind: Putzfrauen in öffentlichen Gebäuden, Frauen in der Paketverteilung. All diese Frauen leisten schwere körperliche Arbeit und haben schwer.

Schwerarbeit nur auf dem Bau?

Für Krankenschwestern liegen diesbezügliche Untersuchungen aus dem Ausland

vor: die Tätigkeit von Krankenschwestern auf einer Intensivstation wird aufgrund von arbeitsphysiologischen Messungen sogar als schwer bis sehr schwer eingestuft⁹⁾. Aber auch Krankenschwestern im stationären Bereich sind stark belastet: wenngleich Hebe- und Tragearbeiten nur sporadisch anfallen und weniger als 8 Prozent der Schichtzeit ausmachen, so wird dabei doch ein Hebegewicht von 25 kg überschritten¹⁰⁾.

Es wird also ganz offensichtlich mit zweierlei Maß gemessen. Zusammenhänge zwischen bestimmten körperlichen Beschwerden und beruflicher Tätigkeit werden bei Männern in Bauberufen nicht problematisiert, während Frauen diese Berufssparte in Vorausschau ihrer denkbaren Beschwerden gänzlich versperrt werden soll, ohne daß dabei andere Berufe, in denen Frauen vergleichbaren Belastungen ausgesetzt sind, berücksichtigt werden.

Gine Eisner ist Hochschullehrerin für Sozialmedizin in Bremen; Ina Güse ist Arbeitsmedizinerin beim Landesgewerbeamt in Bremen.

Literatur bei der Verfasserin: Postfach 330 440, Universität Bremen, 2800 Bremen.

Anmerkungen

- 1) Rutenfranz, J., Gutachten zur Frage der Beschäftigung von weiblichen Jugendlichen und Frauen im Bauwesen, erstellt im Auftrag des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Dezember 1981 (hektographiertes Manuskript).
- 2) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Entwurf eines Arbeitsschutzgesetzes vom 26. Juni 1981.
- 3) Häublein, H.-G., Über berufsbedingte Verschleißkrankheiten am Bewegungsapparat, in: Zeitschrift für die gesamte Hygiene (Z. ges. Hyg.) 26 (1980), H. 6, S. 443–445.
- 4) Arbeitsgemeinschaft der Bau-Berufsgenossenschaft (Hrsg.), Arbeitssicherheit, Arbeitsmedizin der Bauwirtschaft – Ergebnis einer Befragung von Beschäftigten der Bauwirtschaft, Frankfurt 1979.
- 5) Zur Anerkennung von Gelenk- und Knochenerkrankungen als Berufskrankheiten bei Bauberufen in der DDR siehe: Häublein, H.-G., Über berufsbedingte Verschleißkrankheiten . . . , a.a.O.
- 6) Stiewe, M., Eine kritische Einschätzung der Frauenarbeit in der Produktionsabteilung der Fang- und Verarbeitungsschiffe, in: Verkehrsmedizin und ihre Grenzbiete, 18 (1971), H. 12, S. 521–528.
- 7) Fritsch, W., u. a., Einfluß beruflicher Faktoren auf die gynäkologische Morbidität und Tauglichkeit, in: Z. ges. Hyg., 21 (1975), H. 11, S. 825–830.
- 8) Kruschwitz, S., Aurich, I., Zum Gesundheitszustand werktätiger Frauen in der DDR – Ergebnisse sozialgynäkologischer Untersuchungen zur Tauglichkeit und Überwachung, in: Z. ges. Hyg., 27 (1981), H. 3, S. 222–225.
- 9) Knoblich, K., Bauer, H., Orientierende Untersuchungen zur Herz-Kreislauf-Beanspruchung von Krankenschwestern auf einer Intensivtherapiestation, in: Z. ges. Hyg. 26 (1980), H. 9, S. 632–633.
- 10) Neubauer, D., Ein arbeitsmedizinischer Beitrag zur Einhaltung der Forderungen der ASAO 5 bei der Berufsgruppe der Krankenschwestern, in: Z. ges. Hyg. 23 (1977), H. 2, S. 717–721. Otto, L., Zur Wirksamkeit des Betriebsgesundheitsschutzes im Gesundheitsschutz der Frau, in: Z. ges. Hyg. 22 (1976), H. 4, S. 23–27.

Mobilisierung in der Geriatrie

Vom SchneckenTempo zum Krebsgang

Von Ernst-Hermann Dittrich

Eine Laufübung, eine Atemübung oder eine Bewegungsübung dauern in den Berliner Krankenhäusern je 15 min, eine Kurzwellenbehandlung 7½, eine Massage 18½ min. Jedes Jahr wird gezählt, wieviel physiotherapeutische Leistungen im Krankenhaus erbracht worden sind.

Die Übungen werden mit den vorgeschriebenen Minutenwerten multipliziert. Man erhält die Jahresarbeitsminuten aller Krankengymnasten und Masseure. Bis 1981 teilte man sie in Berlin durch 88 000 Jahresarbeitsminuten und erhielt so den „Bedarf“ an Physiotherapeuten für das nächste Jahr.

Wenn eine Krankengymnastin Bildungsauslaub machte, krank wurde oder wenn eine Stelle nicht besetzt war, dann ging der Bedarf eben zurück.

Daß dieser Unsinn keine Bedarfsermittlung ist, weiß auch die Krankenhausleitung. Aber es ist vorgeschrieben und wird Jahr für Jahr praktiziert.

Kameralistische Bedarfsermittlung und medizinischer Bedarf

Man kann es auch anders ausdrücken:

Wir haben zwar ein kaufmännisches Rechnungswesen, mit dem die Kosten ermittelt werden, aber wir haben eine kameralistische Bedarfsermittlung, mit der kein Bedarf ermittelt werden kann.

Die Bundespflegesatzverordnung schreibt das kaufmännische Rechnungswesen zur Ermittlung der Selbstkosten und für den Nachweis einer sparsamen Wirtschaftsführung vor.¹⁾

Wir können auch nachweisen, ob wir „sparsam“ sind, d. h. ob wir mit unserem Pflegesatz auskommen.²⁾

Aber solange wir nicht wissen, wie viele und welche Leistungen wir in Pflege und Behandlung bringen müssen, können wir keine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen, wie es das Krankenhausfinanzierungsgesetz verlangt.³⁾

Wir hatten in unseren Abteilungen für Alterskranken immer einen viel geringeren Bedarf an Physiotherapeuten „ermittelt“ als in den Akutabteilungen.

1977 begannen wir, zunächst auf einer Station, nicht nur die Übungen zu zählen, die gemacht worden waren, sondern auch die, die wir für nötig hielten.

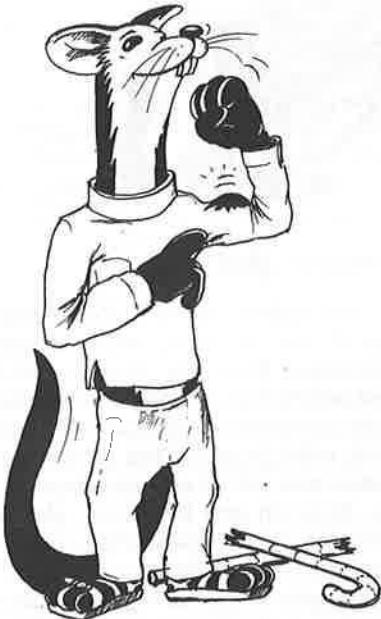
Wir ermittelten also die **Indikationen**, und nicht nur die **Behandlungen**, die uns der Personalmangel erlaubte.

Man kann es auch anders ausdrücken:

Wir verglichen die kameralistische „Be-

darfsermittlung“ mit dem medizinisch feststellbaren Bedarf.

Die Mangelversorgung war erschreckend. Auf einer 70-Betten-Station, auf der wir bisher immer einen „Bedarf“ von einer Krankengymnastin festgestellt hatten, waren in einer Woche über 125 Stunden Physiotherapie erforderlich, genug für mehr als 2 Physiotherapeuten. Von 54 behandlungsbedürftigen Alterskranken wurden 32 behandelt, die Krankengymnastin arbeitete etwas mehr als 40 Stunden pro Woche.



Wir haben diese Zahlen dem ärztlichen Leiter und der Krankenhauskonferenz mitgeteilt. Es passierte nichts. Im Gegenteil. Während der Berliner Bettenbedarfsplan mit seinem Bettentzug verkündet wurde, wurden wir darauf hingewiesen, daß die Personalbedarfssahlen Höchstwerte seien, die keinesfalls überschritten werden durften.

Seifenblasen im Wahlkampf

Im Wahlkampf 1979 erschienen in den Berliner Zeitungen Anzeigen von Beschäftigten der Kinderkrankenhäuser. Sie teilten u. a. mit, daß wegen Personalmangel nicht selten Kinder mit der Magensonde „gefüttert“ wurden.

Wider Erwarten bestätigten die Chefärzte dem Gesundheitssenator diese und andere Meldungen. Die ÖTV wies nach, daß sie den Senator schon vor den Zeitungsanzeigen informiert hatte, daß aber nichts geschehen war.

Plötzlich – es war ja Wahlkampf – waren die Personalschlüssel „Richtwerte“, sie durften bei Bedarf überschritten werden.

In der Krankengymnastik in der Geriatrie blieb es bei der vorgeschriebenen Methode der Personalbedarfsermittlung, aber die „ermittelten“ Ergebnisse durften um 10% überschritten werden.

Wir bekamen tatsächlich auch ein paar Planstellen dazu, auf der 70-Betten-Station sind jetzt eine ganze Krankengymnastin und eine Halbtagskraft. Nötig wären 4 Physiotherapeuten auf dieser Station.

1981 verlor das Land Berlin wegen der hohen Pflegesätze seiner Krankenhäuser einen Prozeß gegen die Krankenkassen.

Das war kein Wunder, weil der Senator in der Öffentlichkeit und vor dem Parlament immer behauptet hatte, die Krankenversorgung sei gut. Unter anderem wurde ihm von den Krankenkassen vorgeworfen, daß er die Personalaufhaltszahlen mal als Höchstwerte, mal als Richtwerte ausgegeben hatte.

Der Gesundheitssenator konnte das Gericht natürlich auch nicht von der Notwendigkeit der Personalausstattung überzeugen, es erging das inzwischen berühmte „Wenckebachurteil“ (s. DG 2/82).

Die Krankenhäuser kamen nun selbst unter Druck, weil die Pflegesätze von den Krankenkassen nicht anerkannt werden mußten. In unserem Betrieb besserte sich die Bereitschaft der Krankenhausleitung, bei der Ermittlung des Personalbedarfs Argumente zu finden und die Vorschläge des Personalrats zur Bedarfsermittlung zu befolgen.

Die ärztliche Leiterin ermittelte im November 1981 den Bedarf an Physiotherapeuten in der Versorgung der Chronisch- und Alterskranken.

Wir hatten damals in 5 sehr verschiedenen großen Abteilungen 931 chronisch- und alterskränke Patienten, davon wurden 835 für behandlungsbedürftig gehalten.

Fehlbedarf 200%

Für die 931 Patienten der geriatrischen Stationen hatten wir damals etwa 25, für die 200 Akutbetten etwa 12 Krankengymnasten und Masseure. Für die 835 behandlungsbedürftigen Alterskranken wurde im November ein Bedarf von 81 Physiotherapeuten festgestellt, also ein ungedeckter Bedarf von über 60 Arbeitskräften oder über 200%.

Die Krankenhausleitung schlug Ende 1981 vor, 20 % des Personalmehrbedarfs für die Krankengymnasten und Masseure in der Geriatrie aufgrund der ermittelten Verordnungsnotwendigkeiten zu berücksichtigen. Gleich 60 Stellen auszuschreiben wäre sinnlos gewesen. So attraktiv ist die Geriatrie nicht.

Dann mußte das Land Berlin, das nach dem verlorenen Wenckebach-Prozeß mit Rückforderungen der Krankenkassen in Höhe von rund 270 Millionen DM rechnen konnte – der Gesundheitssenator sprach von einem „doppelten Garski“ – einen Vergleich mit den Krankenkassen schließen.

Die Jahresarbeitsminuten wurden von 88 000 auf 100 800 heraufgesetzt, obwohl bekannt war, daß die tatsächlichen Anwesenheitszeiten für die meisten Beschäftigten noch niedriger sind. In der allgemeinen Berliner Verwaltung blieb es (noch) bei 88 000 Jahresarbeitsminuten. Der Senat erklärt den Unterschied damit, daß Krankenhäuser Betriebe und nicht Behörden sind.

Die Pflegesätze für 1982 und 1983 wurden festgelegt. Diese Festlegung führte dazu, daß 1982 in den städtischen Krankenhäusern ca. 460 Stellen gestrichen wurden.⁴⁾

Die städtischen Krankenhausbetten wurden noch stärker abgebaut als nach dem Bettenbedarfsplan beabsichtigt. Dadurch werden über 800 weitere Stellen vernichtet.⁴⁾

Die Verbesserungen für die Geriatrie sind damit erst mal gestorben.

Die Heraufsetzung der Jahresarbeitsminuten würde, wenn der „Bedarf“ an Krankengymnasten weiter kameralistisch ermittelt wird, den 10 %-Bonus auffressen.

Die Krankenkassen erwarten beim Aushandeln der Pflegesätze für 1984, daß die „Strukturverbesserungen“, also die Bettenstreichungen, und andere Rationalisierungsmaßnahmen zu einer Senkung der Pflegesätze führen. Damit werden weitere Verschlechterungen vorprogrammiert, wenn nicht vernünftige Bedarfsermittlungen beginnen und wenn der Senator weiter behauptet, die Krankenversorgung sei gut.

Man kann es auch anders ausdrücken:

Die krankengymnastische Mobilisierung ist ohne eine Mobilisierung der Kollegen und der Gewerkschaften nicht zu haben.

Literatur:

- 1) Bundespflegesatzverordnung § 20 Rechnungswesen.
- 2) Senator für Gesundheit und Umweltschutz, Berlin: „Kaufmännisches Krankenhaus-Rechnungswesen“, Berlin 1978, Abb. 5, Unterschied zwischen Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit.
- 3) Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG), § 1 Grundsatz.
- 4) Mitteilungsblatt der KV Berlin, 1/1982, S. 33. Diese Angaben sind inzwischen überholt. Es sind noch mehr Arbeitsplätze auf der Abschlußliste.

Die fortschrittlichen Listen auf neuem Kurs!

Am 11. 12. 82 kamen Vertreter aller fortschrittlichen Listen in Dortmund zu einem Erfahrungsaustausch zusammen. Es war das erste Treffen dieser Art. Eingeladen hatte die Liste dem. Ärzte Westfalen-Lippe, die 6 weitere Listen angeschrieben hatte.

Bis auf die Berliner Kollegen, die im Dezember Kammerwahlen hatten, sind von allen Listen Vertreter erschienen. Und darüber hinaus: Da kurz vor dem Termin Kammerwahlen in Baden-Württemberg und Bayern waren und dort Listen dem. Ärzte mit Erfolg kandidiert hatten, konnten auch aus diesen Bundesländern Vertreter begrüßt werden.

Die Kollegen aus Westfalen-Lippe hatten mit der Einladung zu dem Treffen das Ziel

samen Treffen in Frankfurt am 16. 4. 83 soll dieses Papier verabschiedet werden.

Die Liste demokratischer Ärzte Westfalen-Lippe hatte in Vorbereitung des Dortmunder Treffens den Vorschlag unterbreitet, eine Arbeitsgemeinschaft aller demokratischen und oppositionellen Listen zu gründen, was mit der Einsetzung eines Sprecherrates einhergegangen wäre. Dieser Vorschlag erfolgte deshalb, weil nach Auffassung der Kollegen in Westfalen-Lippe eine alternative Arbeit auf Kammelebene letztlich die Konsequenz in sich trägt, eine organisatorische Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Listen auf Bundesebene zu suchen, um die gemeinsamen Ziele und Vorstellungen wirksamer vertreten zu können.



verfolgt, einen ersten Erfahrungsaustausch zwischen den Listen zu ermöglichen, wobei davon besonders die jüngeren Listen profitieren dürften. Darüber hinaus schien es notwendig, eine inhaltliche Diskussion untereinander zu beginnen, um Gemeinsamkeiten bzw. Differenzen herauszuarbeiten. Diese inhaltliche Diskussion wurde in Dortmund anhand von 2 Thesenpapieren aus Westfalen und Hessen begonnen. Beide Papiere behandeln das Selbstverständnis der Listen, ihre Arbeitsbedingungen in den Kammern sowie grundsätzliche Positionen zur Gesundheitspolitik. Die inhaltliche Diskussion wurde sehr stark von solchen Fragen bestimmt, wie:

Wie sehen wir unser Verhältnis zu den Gewerkschaften?

Was ist der Grund für unsere Kammerarbeit?

Sollen wir auch in den Kassenärztlichen Vereinigungen arbeiten?

Sind wir Interessenvertreter der Ärzte, welche Interessen vertreten wir?

Welche Bedeutung haben für uns die Friedens-, Ökologie- und Frauenbewegung?

Es wurde beschlossen, die Diskussion mit dem Ziel fortzuführen, aus den beiden vorgelegten Papieren ein einheitliches Thesenpapier zu erstellen. Auf einem gemein-

In Dortmund stellte sich heraus, daß es zur Gründung einer Arbeitsgemeinschaft jetzt noch zu früh ist. Einige Listen hatten sich mit dieser Frage noch nicht genau genug beschäftigen können, andere erhoben Vorbehalte. Insgesamt bestand aber Einigkeit darin, daß Formen einer organisatorischen Zusammenarbeit gesucht werden müssen, die zumindest einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch untereinander ermöglichen. Als regelmäßige wichtige Aufgabe, die von den Listen gemeinsam getragen werden muß, wurde eine Präsenz auf den Ärztetagen genannt. Die Listen werden in Zukunft wieder durch Alternativveranstaltungen und ähnliches während der Ärztetage an die Öffentlichkeit treten. Konkret beschlossen wurde, daß die Liste demokratischer Ärzte in Hessen Veranstaltungen zum Ärztetag in Kassel 1983 vorbereitet.

Als erster Schritt zu einer organisatorischen Zusammenarbeit wurde eine vorläufige Kontaktadresse festgelegt. Sie liegt bei der Liste in Westfalen-Lippe.

Kontaktadresse:

Detlev Uhlenbrock

Siemensstr. 18 b

4400 Münster

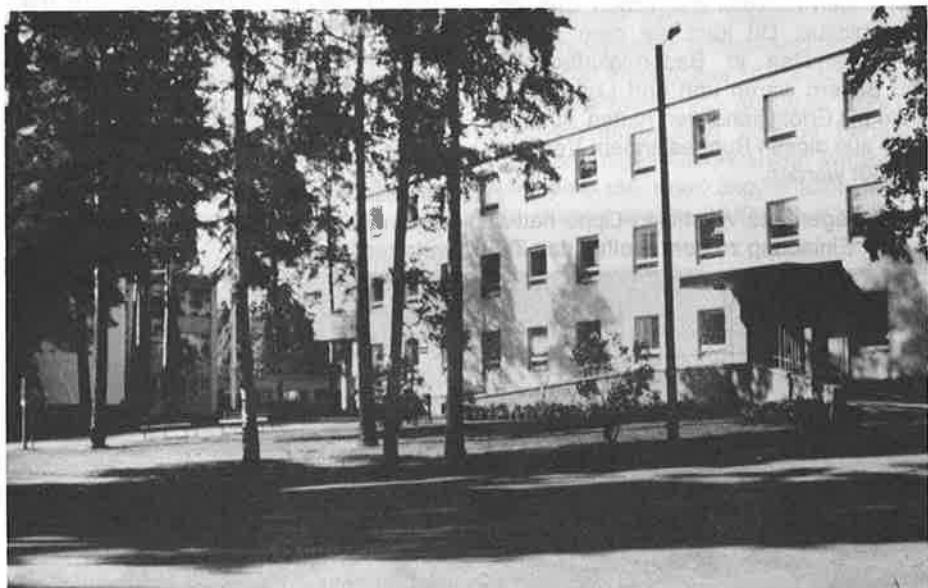
Tel: 02 51/7 33 67

D.U.

Gesundheitsversorgung in Finnland

Von Nomesco Raportti

Die medizinische Versorgung in Finnland wurde 1972 durch ein allgemeines Gesundheitsgesetz auf neue organisatorische Grundlagen gestellt. Vor 1972 waren die Gesundheitsdienste auf viele verschiedene Organisationen verteilt. Die Verwaltung der Gesundheitseinrichtungen für Schwangere und Kleinkinder, der kleinen kommunalen Krankenhäuser und Ärzte der medizinischen Grundversorgung, die sogenannten Kommunalärzte war locker und unstrukturiert, und es herrschte ein Mangel an kommunaler Gesundheitsplanung und Bedarfsplanung für die medizinische Grundversorgung.

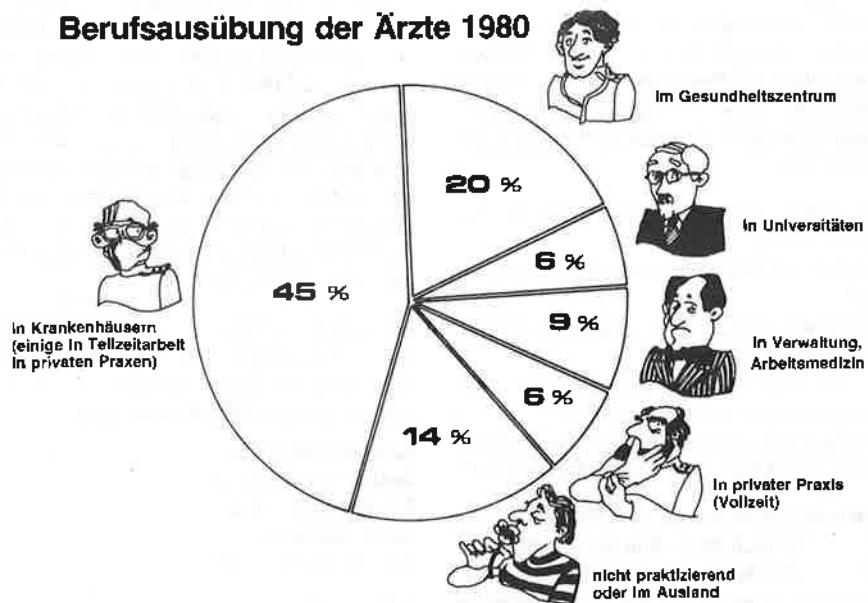


Das Krankenhaus des Gesundheitszentrums von Varkaus mit 90 Betten

Das Gesundheitszentrum bildete nun die Basis der medizinischen Grundversorgung. Heute wird der Hauptanteil der Tätigkeiten der medizinischen Grundversorgung von den Gesundheitszentren getragen. Das Gesundheitszentrum ist verantwortlich für Säuglingskliniken (well-baby clinics), Entbindungseinrichtungen wie auch kleine Krankenhäuser, die von Allgemeinärzten geführt werden. Auch für die Schulgesundheitsfürsorge, die Altenheime

und die Kontrolle des Umweltgesundheitsschutzes trägt das Gesundheitszentrum Sorge. Größere Gemeinden betreiben ihr eigenes Gesundheitszentrum, kleinere Gemeinden haben sich zu kommunalen Trägerverbänden zusammengeschlossen, um die Aufgaben der medizinischen Grundversorgung sicherzustellen. Heute gibt es in Finnland etwa 220 Gesundheitszentren und in jedem Dorf kann man die wesentlichen Gesundheitsdienste in An-

Berufsausübung der Ärzte 1980



spruch nehmen, während speziellere Dienste auf größere Dörfer konzentriert sind.

In ländlichen Gebieten sind die Gesundheitszentren normalerweise der einzige Zugang zur medizinischen Grundversorgung, während es in den Städten auch einige Privatärzte gibt. Größere Unternehmen und Firmen bieten eigene Gesundheitsdienste an.

Durch das allgemeine Gesundheitsgesetz von 1972 wurden die Verwaltung und die Gesundheitsplanung reorganisiert. Die Kontrolle der Gesundheitsdienste in den Gesundheitszentren liegt bei den Bezirksräten (lääinhallitus). Die Verantwortung für die Organisation der Planung und die Bedarfsermittlung der medizinischen Grundversorgung liegt zentral bei der nationalen Gesundheitsbehörde. Die Planung basiert auf einem Fünfjahresplan, der durch die nationale Gesundheitsbehörde erstellt und durch die finnische Regierung genehmigt wird. Die nationale Gesundheitsbehörde ist verantwortlich für Entscheidungen, die die Geldmittel, Personalausstattung, Neubauten etc. betreffen. Der Bezirksrat wiederum trifft die Entscheidungen für sein Gebiet.

Durch das allgemeine Gesundheitsgesetz wurde auch das Erstellen eines Haus-

Ausgaben für Gesundheit 1979

Krankenhäuser

Bau und Reparatur von Krankenhäusern
Gesundheitszentren
Bau und Reparatur von Gesundheitszentren
Krankenhausdienste in Sonderbereichen
Umweltgesundheitsschutz
Ausgleichszahlungen an Krankenversicherung
Arbeitsmedizin
Verwaltung
Private Gesundheitsdienste

Summe

haltsplans und das Finanzierungssystem der medizinischen Grundversorgung reorganisiert. Die Ausgaben des Gesundheitszentrums werden durch die Gemeinden getragen, welche das Gesundheitszentrum betreiben. Die Gemeinden erhalten zu diesem Zweck einen Staatszuschuß, der vom Wohlstand der Gemeinde abhängt und von 39 bis 70 % reicht. Alle Dienstleistungen in Gesundheitszentren sind für die Patienten kostenlos bis auf einige wenige Ausnahmen wie Zahnarztleistungen für Erwachsene. Allerdings wird das Finanzierungssystem der Gesundheitsversorgung und der Sozialleistungen gerade wieder geändert.

Neben den Gesundheitszentren gibt es ein großes Netzwerk von Krankenhäusern, welches sich über das ganze Land erstreckt. Die Hospitäler außerhalb der Gesundheitszentren reichen von Regionalkrankenhäusern mit 4–5 Fachgebieten bis

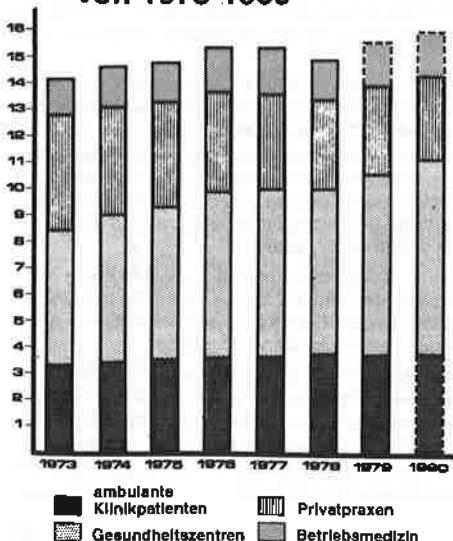
zu den Universitätskliniken mit allen Fachdisziplinen. Die Krankenhäuser gehören gewöhnlich großen Kommunalverbänden. Das Land ist unterteilt in Einzugsgebiete der 5 Universitätskliniken, die verantwortlich sind für die Tätigkeit aller Krankenhäuser in ihren Einzugsbereichen. Es gibt einen lebhaften Patientenaustausch zwischen den Gesundheitszentren und Krankenhäusern. Die fachärztlichen Konsultationen und die Krankenhauspflege der Patienten der Gesundheitszentren findet in den Krankenhäusern statt, aber nach dem Krankenhausaufenthalt wird der Patient zurück zu seinem Gesundheitszentrum geschickt. Während die Gesundheitsleistungen in den Gesundheitszentren kostenlos sind, muß man für den Krankenhausaufenthalt und den fachärztlichen Service der Polikliniken eine geringe Gebühr entrichten.

Die Zahl der Gesundheitszentren ist jetzt stabil, und in den meisten von ihnen befindet sich ein kleineres oder größeres Krankenhaus, welches von einem Allgemeinarzt versorgt wird. In den zehn Jahren seit Verabschiedung des allgemeinen Gesundheitsgesetzes ist das Personal in der medizinischen Grundversorgung sehr stark angewachsen, und viele neue Einrichtungen sind gebaut worden, insbesondere in ländlichen Gebieten.

in Millionen Finnmark

4187
164
2603
295
701
175
849
235
18
1502
10729

Zahl der Arztbesuche von 1973-1980



Das Gesundheitszentrum von Varkaus



Das Gesundheitszentrum von Varkaus wurde 1975 von drei Gemeinden errichtet, der Stadt Varkaus und den zwei kleineren ländlichen Gemeinden Joroinen und Kangaslammi. Die durch das Gesundheitszentrum zu versorgende Bevölkerung beträgt etwa 33 000 Menschen.

Es gibt Angebote in allen Gemeinden, aber der Hauptteil der Gesundheitsdienste wird in Varkaus angeboten, weil es die größte Bevölkerung (25 000) hat. Die Dienste der Allgemeinärzte, Zahnärzte wie auch der Gemeindeschwestern werden in jeder Gemeinde angeboten. In Varkaus wird die ambulante Versorgung in der Gesundheitsstation von Taulumäki betrieben, wo neun Ärzte arbeiten. Zur Taulumäki-Station gehört auch ein Labor und eine Röntgenabteilung. Konsultationen der Ärzte werden sowohl in den Mutter-Kind-Stationen als auch in dem Zentrum für die häusliche Versorgung, dem Familienplanungszentrum und Betriebsärztekzentrum abgehalten. Dem Gesundheitszentrum sind zwei Hospitäler angegeschlossen, die beide von Allgemeinärzten geführt werden. Das größere mit 78 Betten liegt in Varkaus und ist hauptsächlich für geriatrische Langzeitpatienten gedacht. Das andere mit 20 Betten liegt in Joroinen, und dort können die Ärzte auch akutere Fälle behandeln. Der zahnärztliche Dienst in Varkaus wird zentral von der Zahnarztstation in Anttipuisto angeboten. Insgesamt beträgt die Zahl verschiedener Gesundheitsstationen, Schulgesundheitseinheiten, Aufnahmestationen etc. 42, von denen 26 in der Stadt Varkaus liegen.

Die Zahl der Beschäftigten beträgt 222. Ungefähr die Hälfte des Personals arbeit-

tet in den Krankenhäusern und die andere Hälfte in der ambulanten Versorgung. Die Zahl der Beschäftigten wächst ungefähr um 5 % pro Jahr. Die Gesamtzahl der Ärzte beträgt 14, die der Zahnärzte 12 und die der Gemeindeschwestern 26. Die Zahl der Inanspruchnahmen der ambulanten Dienste betrug 1981 210 000, worin alle Besuche, Labor- und Röntgenuntersuchungen, Ärztekonsultationen etc. enthalten sind. Die Zahl der Arztbesuche betrug ca. 60 000, was etwas weniger als zwei Arztbesuche pro Einwohner und Jahr sind.

Eine neue große Gesundheitsstation wird gerade in Varkaus gebaut und viele Gesundheitsdienste, eingeschlossen die Konsultationen der Allgemeinärzte, werden 1984 dorthin umziehen.

Dann gibt es ein 142-Betten-Regionalkrankenhaus in Varkaus, welches die medizinische Grundversorgung um spezielle Dienste in Chirurgie, Innerer Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Augenheilkunde ergänzt. Auch in Neurologie und in naher Zukunft auch in Psychiatrie können die Dienste des Regionalkrankenhauses in Anspruch genommen werden. Andere Fachrichtungen für die Bewohner von Varkaus werden in der Universitätsklinik von Kuopio angeboten.

Ärzte warnen vor dem Atomkrieg

2. Medizinischer Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges vom 20./21. 11. 1982 in West-Berlin

„Den Mächtigen ein Hindernis auf ihrem Weg, Sand im Getriebe, ein unverdaulicher Brocken und – eine Widerstandsbewegung für das Leben zu sein“, diesen programmativen Anspruch stellte die Ärztin Gertrud Gummlich dem 2. Kongreß im West-Berliner Internationalen Kongreß-Centrum (ICC) voran. Vierzehn Monate nach dem ersten Kongreß (vgl. DG 6/81) hatte sich die Zahl der teilnehmenden Ärzte und anderer in einem medizinischen Beruf Arbeitender mit ca. 3000 nahezu verdoppelt. Diese Veranstaltung zeigte zudem, daß die Friedensbewegung, auch die der Friedensinitiativen im Gesundheitswesen, keine Sache der städtischen Ballungszentren geblieben ist. „25 Prozent der Anmeldungen“, so die Initiatoren, „haben uns aus Orten mit vierstelligen Postleitzahlen erreicht.“ Wie dringlich die Verstärkung des Widerstandes gegen die „Nachrüstung“ ist, das vermittelte am ICC-Zeltungsstand unfehlig das Berliner Springerblatt „Berliner Morgenpost“ mit seiner ins Auge springenden Schlagzeile „Politiker atmen auf – erfolgreicher Pershing-Test“.

Dazu gehört auch der Widerstand gegen die katastrophenärztliche Fortbildung der Ärztekammern, wie **Eberhard Weber** von der Hamburger Ärzteinitiative in seinem Referat ausführte. Seine These, daß diese Art der Katastrophenärztlichen nichts anderes als versteckte Kriegsmedizin sei, belegte er mit zahlreichen Äußerungen führender „Katastrophenärzten“: „Da wir in unseren Breiten bisher von Naturkatastrophen weitgehend verschont blieben, beziehen sich unsere kata-



Foto: Joachim Gili

chen auf den Verteidigungsfall", so Dr. R. Kirchhoff, der in seiner Person zugleich das typische Merkmal der meisten Katastrophenmediziner vereinigt, nämlich zugleich Wehrmediziner (Oberstabsarzt) zu sein. „Es geht darum, unsere heutige und kommende Ärztegeneration auf jene geistige und praktische Umstellung vorzubereiten, die Katastrophe und Krieg, Massenanfall und Beschränkungen aller Art erfordern würden“, zitierte Weber weiter den „zivilen“ Schweizer Katastrophenmediziner Rossetti.

Prof. Herbert Begemann (München) kam in seinem Vortrag zu dem Schluß, daß es bei einem Atomkrieg in der BRD für die Bevölkerung keine verbesserten Überlebenschancen gegenüber den Bewohnernen Hiroshimas gebe. Die Entwicklung der Medizin habe mit der Weiterentwicklung der atomaren, aber auch bakteriologischen, chemischen und konventionellen Waffen nicht Schritt halten können und wird es auch niemals können. Durch die bereits vorhandenen Atomreaktoren

stripharmazieischen Überlegungen im Wesentlichen kann zudem auch mit konventionellen Waffen eine atomkriegsähnliche Situation entstehen.

In den Mittelpunkt seiner Ausführungen stellte Dr. Frank Barnaby, früherer Leiter des Internationalen Friedensforschungsinstituts SIPRI, die These, daß es heute in Mitteleuropa praktisch keinen reinen konventionellen Krieg mehr geben könne, denn im Gegensatz zu früher verfüge jede Kampfeinheit über atomare Waffen.

Der US-Wissenschaftler Prof. Lloyd Dumas führte aus, daß es im 1. Halbjahr 1980 in den USA allein 2159 falsche Angriffswarnungen gegeben habe. Der Ausbruch eines Atomkrieges „infolge einer Fehleinschätzung oder einer Panne“ werde angesichts der Unkontrollierbarkeit der hochtechnisierten Einrichtungen immer wahrscheinlicher.

Die Art der medizinischen Hilfe in einem Atomkrieg verglich der amerikanische Arzt Jack Gelger mit dem Beispiel: „Es ist, als wenn ich einem zum Tode auf dem elektrischen Stuhl Verurteilten sage: „Hör zu, ich bin Medziner, ich werde alles medizinisch Mögliche tun, um Dir zu helfen.“ Ähnlich verhalte es sich mit dem Zivilschutz, wenn der Bevölkerung gesagt werde, daß es für sie in einem Atomkrieg eine Chance gebe. Als Arzt würde man unethisch handeln, wenn man diese Illusion bestehen lasse. Zivilschutz sei letztendlich ein Bestandteil einer aggressiven, offensiven Strategie.

Der Wiener Umweltwissenschaftler Dr. Peter Welsh wies nach, daß jede „friedliche“ Nutzung der Atomenergie auch die Möglichkeit für eine militärische Nut-

desto mehr Sicherheit, sei unsinnig, da die vorhandenen Waffen nicht der Stabilitätsforderung entsprächen, unverwundbar zu sein, was insbesondere für landgestützte Raketen gelte. Die Fehlerquelle Mensch könnte zu lange vor dem entscheidenden Knopfdruck zurückschrecken. Damit werde die computerisierte Militärmashinerie mit ihrer Art der Krisenlösung über die politische Krisenlösung gestellt. Diese Art der Rüstung sei nicht mehr moralisch legitimierbar. Die Politiker würden nichts mehr fürchten, als eine wirkliche Demokratisierung der Politik und diese Demokratisierung habe nun in der Sicherheits- und Umweltpolitik zum Leidwesen der Politiker stattgefunden, die sich bisher als die alleinigen Fachleute für diese Gebiete ansahen. Die Politiker würden aus diesem Grunde versuchen, die Friedensforschung finanziell auszutrocknen.

Die Ärztebewegung gegen den Atomkrieg will der Gießener Psychosomatiker **Horst-Eberhard Richter** ausdrücklich als Teil der Friedensbewegung verstanden wissen und eine enge Kooperation mit den anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen sei wichtig, doch sei auch eine eigene Ärztebewegung unverzichtbar.

Der West-Berliner Theologe Prof. Friedrich-Wilhelm Marquardt zog in seinem Referat verblüffende Parallelen zwischen der Situation der Pfarrer und Ärzte. Die Regierenden würden sich gegenüber der Bevölkerung das Bibelwort „Seid untertan“ zu eigen machen und sich im allgemeinen der Unterstützung durch Kirche und Ärzte versichern, beides Stände, die sich im allgemeinen ausgezeichnet darauf verständnen, diese Ideologie unter das Volk zu bringen. Und so seien Regierende zutiefst verunsichert, wenn sie sich der Verfügbarkeit der Ärzte und Pfarrer in einem V-Fall nicht sicher wähnen könnten. Die Kirche sei gespalten mit ihrer „Kompromißformel“ des Friedensdienstes mit oder ohne Waffen, doch die klare Aufgabe der Ärzte sei es, der Bevölkerung die Folgen eines Atomkrieges aufzuziehen, nicht etwa Angst zu erzeugen, sondern die Menschen rebellisch zu machen.

Zu erwähnen ist noch, daß neben diesen zentralen Referaten am Samstagnachmittag auch Arbeitsgruppen zusammtraten, wo die aktive Mitarbeit der Kongreßteilnehmer gefragt war. Eine Beschreibung all dieser Veranstaltungen würde den Rahmen dieses Berichtes sprengen, so seien sie der Vollständigkeit halber kurz genannt: AG Basiswissen; AG Notfall-, Katastrophen-, Kriegsmedizin; AG Ärztekammer- und Steuerboykott; AG Öffentlichkeitsarbeit in Praxis und Krankenhaus; AG Gesundheitsschutzgesetze; AG Verhinderung der „Nachrüstung“; AG Ideologie der Aufrüstung.

Parallel zu diesen Arbeitsgruppen fand eine Informationsveranstaltung für die Berliner Bevölkerung unter dem Motto „Medizin im Atomkrieg: Im Ernstfall hilflos?“ statt, die einen für die Veranstalter unerwartet großen Zuspruch fand, daß ca. 1000 Besucher draußen bleiben mußten, nachdem 3000 Einlaß gefunden hatten. Der Erfolg dieser Veranstaltung machte es notwendig, eine weitere Informationsveranstaltung dieser Art im Februar anzubieten.

Dagegen litt die im Rahmen des Kongresses ange- setzte Podiumsdiskussion darunter, daß bis auf Prof. Bernd Domres aus Tübingen alle Befürworter der gegenwärtig betriebenen katastrophenmedizinischen Fortbildung ihre Teilnahme abgesagt hatten, so daß die Gegner dieser Art der Fortbildung weitgehend unter sich waren.

Trotz der erstaunlich hohen Besucherzahl fand dieser Kongreß im Gegensatz zu dem im benachbarten Saal tagenden CDU-Landesparteitag so gut wie keine Erwähnung in den Medien. Dies widerlegt etwas das bisher vorgebrachte Argument, das hohe Ansehen der Ärzte gewährleiste eine ausführliche Medienberichterstattung. Die Medien haben sich rasch auf den Regierungswechsel eingestellt.

Der 3. Medizinische Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges wird am 23./24. April 1983 in München stattfinden. Die Einzelheiten dazu werden wir in unserer nächsten Ausgabe veröffentlichen.

Die Beiträge des 2. Kongresses sowie zusätzliche Materialien und Dokumente sollen im Februar in Buchform unter dem Titel „Im Ernstfall – hilflos“ Ärzte warnen vor dem Atomkrieg im Verlag Gesundheit erscheinen (ca. 256 Seiten, ca. 19,80 DM) und über den Buchhandel erhältlich sein.

Günar Stempel

Eingruppierung für Sektionsgehilfen verbessern

Von Georg Diederichs

Wie kaum eine andere Tätigkeit stößt die des Sektionsgehilfen in der Öffentlichkeit auf – vor allem durch Unwissenheit und Unkenntnis bedingte – Vorurteile, die sich des öfteren in diskriminierenden Verhaltensweisen und mitunter sogar in mehr oder weniger offener Ablehnung den betroffenen Kollegen gegenüber äußern. Da sowohl der Tod als solches, mehr aber noch das Arbeiten an Verstorbenen in unserer Gesellschaft nach wie vor einem Tabu unterworfen ist, finden sich diejenigen, die diese Arbeiten notwendigermaßen täglich verrichten, nur allzu schnell in ein gesellschaftliches Absatz gestellt wieder. Daß aufgrund solcher Mechanismen das gesellschaftliche Ansehen dieser Kollegen leidet, ist eine leider ebenso zwangsläufige wie in jeder Beziehung ungerechtfertigte Folgeerscheinung.

Wie dringend notwendig es ist, die Eingruppierung der Sektionsgehilfen zu verbessern und die Tätigkeitsmerkmale des BAT den praktizierten Verhältnissen in den Kliniken und Instituten anzupassen, soll anhand nachfolgender Beispiele verdeutlicht werden:

Zunächst einmal gilt es sich darüber Klarheit zu verschaffen, daß es bei der Sektion von Verstorbenen eben nicht nur darum geht, exakt die Todesursache festzustellen, sondern z.B. auch darum, den Erfolg einer im Krankenhaus eingeleiteten Behandlung nachzuprüfen, einwandfreie Unterlagen für spätere Rechtsansprüche bei Rentenverfahren oder ähnliches zu schaffen und nicht zuletzt auch, durch objektive Feststellung der den Tod verursachenden Veränderungen die wissenschaftliche Erforschung von Krankheiten zu fördern. An diesen gesellschaftlich so wichtigen, wert-

vollen und dem Gesamtwohl dienenden Maßnahmen ist der Sektionsgehilfe durch seine Tätigkeit maßgeblich beteiligt.

Und dennoch kommt für die Kollegen neben dem mangelnden gesellschaftlichen Ansehen auch noch das des sozialen als weiteres hinzu. Begründet ist dies vor allem durch eine längst überholungsbedürftige Vergütungsordnung, die für einen Sektionsgehilfen im Angestelltenverhältnis die Vergütungsgruppe BAT VIII als Endstufe vorsieht. Lediglich Sektionsgehilfen, die „in nicht unerheblichem Umfang auch Präparationstätigkeiten ausüben und denen mindestens zwei Sektionsgehilfen durch ausdrückliche Anordnung ständig unterstellt sind“ (BAT-Originalton), haben die Möglichkeit einer Höhergruppierung in Vergütungsgruppe VII BAT. In der Praxis ist jedoch festzustellen, daß die Arbeit eines Sektionsgehilfen im wesentlichen ohnehin eine präparatorische Tätigkeit ist,

daß jedoch das ebenfalls für die Höhergruppierung notwendige Unterstellungsverhältnis an den tatsächlichen Gegebenheiten total vorbeigeht.

Ebenfalls total an den tatsächlichen Gegebenheiten geht auch der Umstand vorbei, daß die Bestimmungen des BAT eine bestimmte Ausbildung für den Beruf des Sektionsgehilfen nach wie vor nicht vorschreiben, so daß sich diese für die Betroffenen meist im Dabeistehen, Zugucken und Dann-selber-machen darstellt. Theoretischen Unterricht gibt es kaum, Anatomie und Medizinerlatein müssen sich die Sektionsgehilfen im Regelfall selber beibringen. Eine qualifizierte Ausbildung, die den tatsächlichen Erfordernissen und den später durchzuführenden Tätigkeiten entsprechen würde, wäre hier ebenso anzustreben wie jährlich mehrwöchentliche Fortbildungsmaßnahmen.

Und dennoch bleibt – trotz dieser Mängel – festzuhalten: Sektionsgehilfen sind aufgrund ihrer qualifizierten Tätigkeit mehr als nur „Gehilfen“. Der „Gehilfenstatus“ mit Vergütungsgruppe BAT VIII als Endstufe wird Kollegen, deren Tätigkeit medizinische Fachkenntnisse und spezielle handwerkliche Fähigkeiten voraussetzt, schon lange nicht mehr gerecht. Tarifvertragliche Verbesserungen sind daher dringend anzustreben. ■

KONGRESS BERICHTE

„Der Mythos vom ‚harten Kern‘“

DGSP-Workshop, Wuppertal 28./29. 10. 82

Ende Oktober veranstaltete der Fachausschuß für Geistigbehinderte der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) in Wuppertal einen internationalen Workshop.

Etwa 350 Teilnehmer, überwiegend Praktiker aus den unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufen, trafen sich zur Diskussion über den „Mythos vom ‚harten Kern‘“ – so das Tagungsthema.

Der „harte Kern“: eine Metapher, die im Halse steckenbleibt und trotzdem treffend eine Menschengruppe umfaßt, die als chronisch, schwierig, unselbstständig, hoffnungslos, kurz als „anstaltsbedürftig“ oder als „Pflegefall“ gilt. Mit entsprechender Diagnose versehen, werden diese Men-

schen dazu mißbraucht, die Weiterexistenz und die Notwendigkeit von Landeskrankenhäusern und -anstalten zu rechtfertigen.

Daß dieser Mechanismus nicht nur in der BRD greift, belegten Referenten aus Schweden, Dänemark, den Niederlanden, Großbritannien, Frankreich, Österreich und Italien.

Aus Italien – wo den psychiatrischen Anstalten offiziell der Kampf angesagt wurde – berichtete L. Toresini (Triest) von der ungebrochenen Tradition der „Chronifizierung“ durch ärztliche Diagnostik und Prognose – „ein Problem des medizinischen Denkmodells“. Auch in Italien sind für die dauernd Kranken, eben für den „harten

Warum begehen „Halbgötter in Weiß“ vorsätzliche Körperverletzung, und warum schrecken sie auch vor fahrlässiger Tötung nicht zurück?

Till Bastian

Arzt · Helfer · Mörder

Eine Studie über die Bedingungen medizinischer Verbrechen

120 Seiten, DM 14,80
ISBN 3-87387-194-7

„Ich habe selbst viel aus Bastians Buch gelernt und wünsche dasselbe möglichst vielen Lesern. Es ist lang genug, um ein wichtiges Gegenwartsproblem einzukreisen, und kurz genug, dem Leser über den Informationskonsum hinaus Anstoße zu geben. Und es ist verständlich für Laien, aber fundiert genug für Fachfrauen und -männer.“

Wolfgang Schmidbauer
(Aus dem Vorwort)



Junfermann-Verlag

Imadstr. 40, 4790 Paderborn

Kern" keine Alternativen entstanden, diese Menschen verbleiben in der Anstalt.

Alle Referenten waren sich darin einig, daß auch diese Gruppe die Möglichkeit haben kann, ohne Krankenhaus oder Anstalt zu leben, vorausgesetzt, die notwendigen Hilfen zum Leben und Wohnen werden ambulant aufgebaut.

Entsprechende Modelle wurden vorgestellt, z.B. von D.H. Bennett aus England, der über den Aufbau einer Gemeindepsychiatrie berichtete, bei dem in einer Region der „harte Kern“ auf 35 Personen schmolz, die heute zusammen in einem Haus in der Nähe der Neuenklinik leben – Ergebnis einer zwanzigjährigen Arbeit.



In den Diskussionen der Referenten fiel auf, daß die deutschen Experten den „harten Kern“ durch bestimmte Persönlichkeitseigenschaften und Verhaltensweisen verursacht sahen, während die ausländischen Gäste den „harten Kern“ als Produkt von politischen und medizinischen Strukturen definierten. So kam es auch nicht zur Diskussion über die Frage, welche Faktoren in der BRD die Verbesserung der Lebenswirklichkeit für diese Menschengruppe verhindern.

Kaum berührt wurde auch die Situation von alten Menschen und Geistigbehinderten in Heimen und Anstalten: ein Randgebiet, offenbar auch von fortschrittlichen und engagierten Kritikern der gegenwärtigen psychosozialen Versorgung verdrängt.

Die Veranstalter bemängelten, daß die wenigen Ansätze und Überlegungen zu einer Psychiatriereform in der BRD an diesen Patienten fast spurlos vorübergehen oder ihre Situation sogar verschlechtert haben.

Augenmerk und Geld richten sich auf den „Akutbereich“ der psychiatrischen Anstalten, die sich klinifizieren und verkleinern, indem sie ihre „Hinterhöfe“ durch die „Verschubung“ von „fehlplazierten“ geistig und psychisch Behinderten in private oder frei-gemeinnützige Heime leeren.

Gefordert wurde, diese und ähnliche Aussonderungsprozesse in der BRD zu bekämpfen und zum Maßstab für psychosoziale Reformen die Lebenswirklichkeit der vernachlässigt Patienten zu nehmen.

Birgit Kalter, Essen

KONGRESSBERICHTE

Statt zum Arbeitsamt lieber nach Bonn marschieren

Bericht über den Bundeskongreß der Arbeitsloseninitiativen

Unter dem Motto „Arbeitslos – nicht wehrlos“ fanden sich vom 2. bis 5. Dezember 1982 in der Frankfurter Universität Vertreter von mehr als 200 Arbeitsloseninitiativen aus dem Bundesgebiet und Westberlin zu ihrem 1. bundesweiten Arbeitslosenkongreß zusammen. Nach monatelangen, z.T. sehr komplizierten politischen und organisatorischen Vorbereitungen war es den vorwiegend lokal arbeitenden Initiativen – gewerkschaftlichen, kirchlichen und „autonomen“ Gruppen – gelungen, für vier Kongreßtage ca. 1500 bis 2000 Arbeitslose, noch Arbeitende und andere Interessierte zum Meinungsaustausch und zur Beratung weiterer Aktivitäten zusammenzuführen. Von Arbeitslosigkeit Betroffene holten damit – und mit den hoffentlich folgenden Aktivitäten – selbst das nach, was eigentlich Aufgabe der Gewerkschaften wäre: Über Ursachen, Auswirkungen und Überwindung der Arbeitslosigkeit als soziales Problem Nr. 1 nachzudenken und über nur programmatische Vorstellungen hinausreichende Durchsetzungsmöglichkeiten für das Menschenrecht auf Arbeit, also konkrete Aktivitäten, zu beraten. Daß dies auf dem Kongreß z.T. an den Gewerkschaften vorbei geschah, also unter Nichtberücksichtigung der Bedeutung und Möglichkeiten der Gewerkschaften zur Durchsetzung sozialpolitischer Forderungen – bis hin zur allerdings nicht mehrheitlichen Zustimmung findenden Forderung nach Gründung einer „Arbeitslosengewerkschaft“ –, ist allerdings auch den Gewerkschaften anzulasten, die nur sehr verhalten, wenn nicht sogar mißbilligend, diesen Kongreß **beobachteten**, wo sie ihn doch eigentlich hätten organisieren müssen. Es war bei dieser wie bei so manchen anderen Veranstaltungen im fortschrittlichen politischen Spektrum: von einzelnen DGB-Kreisen oder Vertretern von Einzelgewerkschaften abgesehen war der DGB als Organisation der Arbeiter, Angestellten und Beamten in der Bundesrepublik einmal mehr nicht in der Lage (und bereit) ein auf breiter Basis stehendes Unternehmen gebührend zu unterstützen. Zu groß war wohl die Furcht vor „autonomen“ Arbeitsloseninitiativen, Gewerkschaftskritikern oder auch nur solchen, denen der DGB zu wenig aktiv gegen die Arbeitslosigkeit kämpft. Dabei zeigte der Kongreß, daß sich aus den Arbeitsloseninitiativen heraus keineswegs eine gegen die Gewerkschaften gerichtete Orientierung beim Kampf gegen die Arbeitslosigkeit formieren ließ und läßt, wenn auch mit heftiger Kritik an den Gewerkschaften nicht gespart wurde.

Vielmehr wurden von der Mehrzahl der Teilnehmer die Gewerkschaften lediglich energisch daran erinnert, daß Arbeitslose Teil der Arbeiterklasse sind, mithin zur „Klientel“ der Gewerkschaften gehören und auch entsprechende Möglichkeiten zur Vertretung ihrer Interessen innerhalb der Gewerkschaften benötigen.

Insofern waren die überaus zahlreich angereiste Presse, Funk und Fernsehen, die ganz offensichtlich den „großen Bruch“ mit den Gewerkschaften erwartet hatten, und die der Veranstaltung zu großer Publizität verhalfen, möglicherweise enttäuscht. Für die Teilnehmer dagegen dürfte der Kongreß ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer wirkungsvollen Artikulation und Durchsetzung ihrer Interessen gewesen sein. In mehr als zehn Arbeitsgruppen, Plenumsdiskussionen, an Informationsständen, auf Demonstrationen durch die Frankfurter Innenstadt wurde debattiert, gestritten, analysiert und für Öffentlichkeit gesorgt. Größten Zulauf hatte die Arbeitsgruppe des Kongresses, die sich mit Fragen der zukünftigen Organisation und Orientierung der Arbeitslosenbewegung beschäftigte, weil sich hier die Meinungen wohl am unversöhnlichsten gegenüberstanden: „autonom“ – was immer das heißen mag – oder entlang gewerkschaftlicher Orientierungen sich zusammenschließen und „zentrale“ oder „dezentrale“ Organisations- und Aktionsformen zu bevorzugen – das waren die immer wieder aufeinanderprallenden Ansätze. Diese Debatten spiegelten im Grunde nur das in der „alternativen Szene“ momentan vorherrschende Spektrum an Meinungen wider, sind also nichts außergewöhnliches und schon gar nichts, was zu einem regelrechten Bruch in der Arbeitslosenbewegung führen dürfte. Es vermag lediglich einen Eindruck von den unterschiedlichen politischen Erfahrungen, sozialen Lebenszusammenhängen und Zielvorstellungen der Beteiligten zu geben. Daß es wegen solcher noch existierender Differenzen nicht zur Verabschiedung einer Abschlußerklärung des Kongresses kam, ist schade, aber kein Beinbruch. Wichtiger ist, daß z.B. beschlossen wurde, im März 1983 einen bundesweiten Arbeitslosenmarsch auf Bonn durchzuführen, die Arbeit in den lokalen Initiativen zu verbreitern und ein Koordinationsbüro für weitere Aktivitäten zu bilden. Wie sagte doch ein Teilnehmer: „Lieber nach Bonn marschieren als jede Woche zum Arbeitsamt!“

Klaus Priester

buch Kritik buch

Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen

F. Hauß / F. Naschold / R. Rosenbrock (wiss. Bearbeitung), Band 55, Reihe Gesundheitsforschung, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Pressestelle, DM 21,00.

Zu einer echten Rezession konnte ich mich nicht durchringen: dazu hätte DG in diesem Heft sicher nicht genug Platz gehabt. Und dazu: Die wissenschaftlichen Probleme, Thesen, Literaturangaben usw. sind so vielfältig, daß mir eine halbwegs gerechte Bewertung schwer gefallen wäre. So bleibt mir der Hinweis, daß die Autoren mit diesem Ergebnisband eines Symposiums mit dem gleichen Titel, das am 25./26. Februar 1981 vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung unter Leitung einer Arbeitsgruppe des Wissenschaftszentrums Berlin stattfand, eine sehr wichtige Arbeit vorgelegt haben. So richtig neugierig geworden war ich ja erst durch die zahlreichen „Verrisse“ in Standesblättern über die „Wissenschaft mit der Ideologie-Brille“.

Was dem halbwegs aufmerksamen Gesundheitsarbeiter tagtägliche Erfahrung ist, nämlich daß Krankheit und ihre Entstehung und Erkennung sowie Behandlung sehr viel mit sozialer Lage, Ausbildung etc. zu tun haben, wird hier mit den Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen untermauert. Dieser Band stellt dabei den ersten Versuch einer Bestandsaufnahme für die Bundesrepublik dar und das meine ich anerkennend, bei aller Lückenhaftigkeit. Die tatsächlichen Forschungs-, Erkenntnis- und Handlungs-Lücken sind allerdings riesig. Der Hinweis auf diesen Band erscheint mit angesichts der gesundheits- und sozialpolitischen Entwicklung der letzten Monate noch wichtiger. Bringt doch die Politik des Sozialabbaus den kompliziert klingenden Titel „Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen“ wieder der einfacher klingenden Formel näher: Weil du arm bist, mußt du früher sterben!

M. Albrecht

55 <small>Gesundheitsforschung</small>	Forschungsbericht <small>ISBN 3-17-4906</small>
<p>Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen</p> <p>F. Hauß F. Naschold R. Rosenbrock - wissenschaftliche Bearbeitung -</p> <p>Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung</p>	

Der große „Wie-lebst-du-denn“

Das Buch für Selbsthilfe, Selbstorganisation und Patientenrecht
Herausgegeben vom: Verlag Gesundheit, D-1000 Berlin 61, Gniesenastr. 2, 384 Seiten, DM 32,-

Der Titel des Buches macht Lust zum Lesen, man erwartet kritische Fragestellungen, vielleicht auch für einen selbst Ansätze zum Umdenken, auch Vorschläge zur Lösung gesundheitspolitischer Probleme.

Die Herausgeber über ihr Produkt: „Viele Menschen machen immer wieder gleiche und ähnliche Erfahrungen und finden doch nicht zueinander, um gemeinsam entstandene und entstehende Probleme anzugehen. Viele Menschen finden sich gegen ihre Isolation in Selbsthilfegruppen zusammen, um dann oft isoliert von anderen Gruppen nebeneinanderherzuarbeiten. Dies ist ein Widerspruch, dessen Auflösung dieses Buch erleichtern soll. Im Lesebuchteil berichten Gruppen und Einzelpersonen, welche Erlebnisse sie zur Selbsthilfe greifen ließen und welche Erfahrungen sie seither gemacht haben, sie erzählen von Erfahrungen und Mißerfolgen und geben Informationen für kleine und große, junge und alte Menschen, ob gesund, krank, behindert, weiblich, männlich, dick, dünn, stotternd, mit und ohne Arbeit, mit und ohne Mietverhältnis, zu Themen wie Medikamente, Drogen, Alkohol, Patientenrecht, Kunstfehler, Hausbesetzung, Umweltschutz, Frieden, Krebs, Rheuma, Schwangerschaft, Homosexualität u.v.a.m. . . .“

Der Wegweiser enthält mehr als 800 Adressen und Selbstdarstellungen von Gruppen, Initiativen und Vereinigungen aus der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin, Österreich und der Schweiz. Über diese Adressen können Kontakte geknüpft und vermittelt werden, zu 5000 regionalen Selbsthilfegruppen und Initiativen im deutschsprachigen Raum.“

Der Anspruch, den das dicke Buch sicherlich erfüllen kann, ist, daß es eine erstmals relativ umfassende Zusammenfassung und Selbstbeschreibung von Selbsthilfegruppen im Gesundheitsbereich liefert, aus der man direkten praktischen Nutzen ziehen kann. Auch geben die umfangreichen Erfahrungsberichte einen guten Einblick in die Selbsthilfegruppen, ihr sehr unterschiedlicher Charakter wird deutlich, auch werden kritische Fragen unumwunden angesprochen.

Sehr schwach finde ich die Einleitung des Buches, in der mit zum Teil recht eigentümlichen Ausführungen für die Reform des Alltags und einen gesellschaftlichen Gesundungsprozeß plädiert wird. Hier wird neben zum Teil euphorischer Selbsthilfestimmung, die schon weit hinter die gegenwärtige Diskussion zurückgeht, auch der eine oder andere kritischere Beitrag abgedruckt, doch auch bei den Autoren, die die problematischen Seiten der Selbsthilfebewegung ansprechen, fällt immer noch eine ärgerliche

Undifferenziertheit im Umgang mit allem Organisierten und Institutionalisierten auf. Man hat den Eindruck, daß eine Reihe der Beiträge nicht sehr sorgfältig vorbereitet worden ist. Es wird viel aus dem Stegreif geredet oder geschrieben, wobei in meinen Augen Unüberlegtheit noch längst nicht spontan und „Freiheit“ noch längst kein Gegensatz zu analytischem Denken darstellt. Manche der Ausführungen klingen nicht unsympathisch, aber für diejenigen Kreise, die die Umwelt zerstören oder die die politische Macht besitzen, sind solche Ausführungen reichlich wenig gefährlich.

Der große Wie-lebst-Du-denn



Das Buch für Selbsthilfe, Selbstorganisation und Patientenrecht

mit über 800 Adressen und Selbstdarstellungen



Wissenschaftliches und organisiertes Herangehen, auch an medizinische und politische Fragen, sind ein Schlüssel zu Freiheit und „Eigenart“. Schade, daß sich die Mehrzahl der Autoren einen Wissenschaftsbegriff zu eigen macht, der von den von ihnen zu recht angefeindeten „Experten“ geprägt worden ist. So wird auf die Inbesitznahme vom Kampfpositionen in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung verzichtet. Dieser Verzicht auf die Auseinandersetzung mit einem benannten politischen Gegner zieht sich aber auch wie ein roter Faden durch das ganze Buch. Es wird zuviel „Gegenkultur“ propagiert, zuviel Neuland gesucht, zu viel kommt das Gefühl auf, daß Nischen ausgefüllt werden sollen. Unsere Welt ist nicht so groß, als das die Paradiese noch gefunden werden könnten. Wo wir hin wollen, sitzen jetzt schon andere. Nicht nur Häuser, sondern Organisationen, Verbände und Institutionen können instandbesezt werden. Warum soll den Ausbeutern kampflos das überlassen werden, was mit unserem Geld, mit unseren Nerven, mit unserem Verzicht geschaffen worden ist.

In unserer Ausgabe zur Alternativmedizin DG 5/82 schrieben wir: „Wenn Selbsthilfe eine emanzipationsstrategie sein soll, ist dieser Gedanke zu konkretisieren, wenn er nicht banal oder unverbindliche Leerformel sein soll. Frag-

würdig erscheint uns jenes Verständnis, daß Emanzipation nur als individuelle Selbstbefreiung von gesellschaftlichen Zwängen; als Versuch der Realisierung nicht entfremdeten Lebens hier und jetzt, unabhängig von größeren sozialen Zusammenhängen begreift. Solche Versuche bleiben Stückwerk, da sie kaum Einfluß auf die entscheidenden gesellschaftlichen Bedingungen unseres Lebens ermöglichen."

Bezeichnend, daß die hunderttausende von Selbsthilfegruppen in den Vereinigten Staaten eben nicht Ausdruck einer großen sozialen Bewegung sind, bezeichnend, daß trotz eines solchen eben unorganisierten Potentials in diesem Winter Hunderte an Hunger und Unterernährung zugrunde gehen werden. Es ist für die soziale Entwicklung in unserem Lande nur zu hoffen, daß die Selbsthilfegruppen diesen Fragen politischer Problematik in Zukunft nicht aus dem Wege gehen werden.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die wichtige Frage auf der Titelseite des Buches „Wie-lebst-du-denn“ weder angerissen, noch in Ansätzen beantwortet wird. Was bleibt, ist ein interessantes Nachschlagewerk. Schön wäre es, wenn der Verlag Gesundheit in einer Veröffentlichung auch das noch bringen würde, was jetzt noch zwischen den Buchdeckeln fehlt.

N. Andersch

Die im Schatten leben

W. Baumann. Armut und Lohnabhängigkeit in der Bundesrepublik Deutschland, PRV 231, 14,80 DM

Einen Weg aus der Krise hat uns die Kohl-Regierung vorgezeichnet: Leistung muß wieder stärker honoriert werden, deshalb müssen die leistungsunabhängigen Einkommen gekürzt werden. Diese Argumentation kennen wir aus den USA und aus Großbritannien und wir wissen auch, daß massenhafte Unterernährung und Obdachlosigkeit zahlreiche Städte der USA zu Notstandsgebieten gemacht haben. W. Baumans Untersuchung ist in dieser Situation ein wichtiges Buch, denn Ursachen und Ausmaß von Armut und Verelendung im Sozialstaat Bundesrepublik werden hier systematisch aufgezeigt.

Auf Grund der Wirtschaftskrisen der 70er Jahre haben sich verschiedene Veröffentlichungen mit diesem Thema befaßt. Die wohl bekanntesten sind die Bücher von Jürgen Roth, die eine Zustandsbeschreibung ausgewählter Bereiche liefern und z.T. den Charakter von Reportagen haben.

Im Unterschied zu Roth versucht Baumann, die Lage aller betroffenen Bevölkerungsgruppen zu schildern und mit statistischen Angaben zu belegen. Baumann will Einsicht in die gesellschaftlichen Strukturzusammenhänge geben, die zur Herausbildung von Armut und Randgruppen in unserer Gesellschaft führen. Armut ist für ihn nicht schicksalhaft zu begreifen, sondern „Resultat gesellschaftlicher Produktionsverhältnisse bzw. der durch diese bestimmten Verfügungsgewalt über die gesellschaftlichen Ressourcen“.

Ende 1979 lebten in der Bundesrepublik 3,3 Mio. Menschen unterhalb der Armutsgrenze. Baumann schildert in getrennten Kapiteln

1. die Lage der berufstätigen Sozialhilfeempfänger,
2. der Arbeitslosen und Nichterwerbstätigen sowie
3. der „pauperisierten Schichten“, d.h. Arbeitsunfähige, Rentner, Witwen, Kinder in Heimer-

ziehung, Nichtseßhafte, Prostituierte und Kriminelle.

Weitere Informationen sind dem Tabellenanhang und der umfangreichen Literaturliste zu entnehmen. Wie bei allen Untersuchungen, die sich mit der Einkommens- und Vermögensverteilung in der Bundesrepublik befassen, ist es wegen der schlechten statistischen Grundlagen nur sehr schwer, ein zuverlässiges Bild der aktuellen Lage zu geben. Die Angaben des Buches beziehen sich deshalb auf die Jahre 1970 bis 1979, erfassen den neuesten Stand also nicht mehr.

Wer das Gerede von der „sozialen Hängematte“, das i.d.R. von zahlreichen Beispielen des Mißbrauchs von Sozialleistungen begleitet wird, leid ist, erhält hier eine Bestandsaufnahme, die er denen entgegenhalten kann, die dem Sozialabbau das Wort reden.

Vera Moss

Hagen Kühn:

Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten

Schriften des Wissenschaftszentrums Berlin Campus, 1982, 184 Seiten, DM 34,—

Hagen Kühns Arbeit ist ein Teil des Forschungsprojektes „Arbeitsschutz und Gesundheitspolitik“ am Internationalen Institut für vergleichende Gesellschaftsforschung. Die Studie präsentiert jenen Teil der Projektergebnisse, der die Belegschaft und ihre Interessenvertretung als Akteure im betrieblichen Arbeitsschutz darstellt.

Nach Hagen Kühn gibt es einen „relativen Überschuß“ an individueller Betroffenheit und Motivation zur Belastungsreduzierung auf Seiten der Beschäftigten.

Es sei „weniger das Problem, wie die Arbeitnehmer zu sicherheits- und gesundheitsgerechterem Verhalten motiviert werden sollen, sondern vielmehr, wie die, wenn auch verbogenen und verborgenen Motivationen und Kompetenzen der einzelnen Beschäftigten in Arbeitsschutzpolitik umgesetzt werden können“. Denn „Erfassung und Auswertung muß bereits da ansetzen, wo gehäuft Störungen der körperlich-psychischen Befindlichkeit auftreten“, also am Arbeitsplatz selber.

Damit ist aber die Institution Betriebsrat, besonders in Hinblick auf seine Tätigkeit am einzelnen Arbeitsplatz, hoffnungslos überfordert. Zumal auch selbst bei den Betriebsräten, deren Arbeitsschutztätigkeit auf einem hohen Niveau ist, die Umsetzung von gesetzlichen Maßnahmen mit der Vertretung der Belegschaft identifiziert wird.

Hagen Kühn schlägt vor, die Vertretungsstruktur unterhalb der Betriebsratsebene auszubauen. Gemeint sind hier die gewerkschaftlichen Vertrauensleute, die über ihre unmittelbare Nähe zu den Beschäftigten am Arbeitsplatz so etwas wie eine Ersterfassung und -auswertung von Belastungen und gesundheitlichem Mißempfinden leisten sollen.

Regionale Arbeitsschutz-Arbeitskreise sollen die Möglichkeit schaffen, überbetrieblich arbeitnehmerbezogene Arbeitsschutzpolitik zu entwickeln, zu koordinieren und auch an die Öffentlichkeit zu tragen.

Eckhard Müller

Die Psychiatrie im Strudel der Euthanasie

F. K. Kaul, EVA, Frankfurt 1979, DM 20

Der Titel „Die Psychiatrie im Strudel der Euthanasie“ steht in der BRD für das ursprünglich treffender sich ankündigende Buch von F. K. Kaul (+), „Nazimordaktion T 4“ (1973, DDR).

Das schmälert aber nicht die Bedeutung der Schrift gerade für den bundesdeutschen Leserkreis. Es ist das Verdienst der Europäischen Verlags-Anstalt (EVA), dieses schonungslos einen der dunkelsten Punkte „großdeutscher“ Geschichte aufdeckende Buch der bundesdeutschen Realität entgegenzustellen:

– **Einer gesellschaftlichen Realität**, in der es bald wieder möglich geworden war, die Graueltern faschistischer Kriegsverbrecher und Verbrecher gegen die Menschlichkeit ungestraft als Lügengeschichten „roten Gesindels“ hinzustellen.

– **Einer bundesdeutschen Gesellschaft**, deren großstädtische Jugend (Frankfurt/Main) gemäß einer Umfrage (n = 867) zu knapp 23% meinte: „Die meisten unserer sozialen Probleme wären gelöst, wenn wir die Arbeitsscheuen, die Verbrecher und die Geisteskranken aus der Gesellschaft ausmerzen könnten“ („Stern“, Nr. 10/82, S. 100/103) – knapp 50 Jahre nach der faschistischen Machtergreifung (30.1.1933)!

– **Einer Bundesrepublik**, deren Recht(s)sprecher uns weismachen wollen, es habe im sog. Dritten Reich „nur einige Möder an der Spitze des Staates“ gegeben, „daneben nur noch Gehilfen und Exzitiatoren... Die bürgerliche Gesellschaft selbst, die Vertreter der ‚führenden Stände‘ der bürgerlichen Klassen, haben die Verbrechen der Nazizeit nicht erduldet, sondern geduldet und selbst begangen“ (aus dem Vorwort). Unter Ihnen Ärzte und Pfleger, Hochschullehrer und Schwestern – wie das Buch beweist: es nennt Namen und Orte, Fakten und Zahlen, entlarvt den „Mißbrauch des Begriffs ‚Euthanasie‘, mit dem das Naziystem seine erste industriell betriebene Massenmordaktion (T 4) tarte“ (F. K. Kaul).

„Der vorliegende Tatsachenbericht läßt noch einmal ... Verbrechen an unschuldigen Menschen erstehen, denen von den Faschisten das Recht auf Erhaltung des Lebens in zynischer Grausamkeit abgesprochen wurde. Das war zugleich das finstere Kapitel in der Geschichte der deutschen Medizin“ (aus dem Original-Vorwort).

**Der Schoß ist fruchtbar noch,
aus dem das kroch!**

Bert Brecht

H. Koch

Schriften des Wissenschaftszentrums Berlin – Internationales Institut für Vergleichende Gesellschaftsforschung/Arbeitspolistik

WZB

Hagen Kühn

Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten

Liegen in der Praxis des betrieblichen Arbeitsschutzes Anlässe einer präventiven Gesundheitspolitik? Was steuert die Arbeitsschutzpolitik des betrieblichen Interessenvertreters? Die Belastungserfahrungen der Betroffenen? Die Problemwahrnehmung der professionellen Experten? Oder die Strukturen und Strategien der Unternehmen? Steigen die Chancen für einen wirklichen Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz mit wachsender Konfliktfähigkeit der Betriebsrat? Dieser Band enthält Ergebnisse aus dem Projekt „Arbeitsschutz und Gesundheitspolitik“ (F. Haub, H. Kühn, R. Rosenbrock).

Campus

In eigener Sache:

Hello, liebe Leserinnen und Leser!

Dieser Ausgabe von DG liegt das Werbefaltblatt für 1983 mit der Jahresplanung bei; damit soll die Werbetrommel kräftig gerührt werden. Denn DG braucht weiter neue Abonnenten, wenn es seine bisherige Arbeit verbessern und mit neuer Energie forsetzen soll. Also: man kann das Werbefaltblatt ganz einfach zur Hand und mit zu Arbeitskolleginnen und -kollegen, Freunden und Bekannten nehmen und sie auf DG aufmerksam machen. Denn wir merken immer wieder bei Gesprächen in vielen kleinen Orten und großen Städten, daß DG dort einfach noch nicht bekannt ist.

Wir hoffen auf die Initiative jedes einzelnen Lesers, einen neuen Leser zu werben.

Die DG-Redaktion wird der/dem fleißigsten Werber(in) am Ende des Jahres 1983 ein Buchgeschenk überreichen.

Ein Resultat unserer Aktivitäten ist die Broschüre „GESUNDHEITSVERSORGUNG IN KUBA“ als

Ausgabe von CUBA LIBRE 4/82, die in Zusammenarbeit mit Redakteuren von DG erstellt wurde, die an einer Kuba-Studienreise im Oktober 1981 teilgenommen haben.

Ihr werdet Euch sicher – wie das DG-Wiesel – von der Begeisterung der Reiseteilnehmer/Berichterstatter anstecken lassen!

Wie man auch noch für DG und wie DG für Euch werben kann!

Die rechts abgedruckte Broschüre der Fachschaft Medizin Köln „DIE PRAKTIKEN DER PHARMAINDUSTRIE“ enthält eine Anzeige für DG. Sie ist gegen Einsendung 2 DM (in Briefmarken) erhältlich bei: Fachschaft Medizin Köln, Universitätsstr. 16, 5000 Köln 41. Empfehlenswert! Und nicht nur, weil einige Artikel aus der DG-Rubrik „Werbung & Wahrheit“ wiedergegeben sind!

Das war's – bis zum nächsten Mal
Eure Redaktion samt Wiesel

DIE PRAKTIKEN DER PHARMA INDUSTRIE

Fachschaft Medizin Köln



DG-Eigenanzeige

DG-Redaktion sucht Verantwortlichen für Anzeigenwerbung.

Bezahlung auf Beteiligungsbasis nach Absprache. Interessenten wenden sich bitte an:

Ulrich Reupp
Willi-Hölscher-Weg 7
4400 Münster 1
Tel. (0251) 79 1755

DG-Kontakte

Ansbach: Birgitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (09 81) 1 44 44; **Bad Wildungen:** Claudia Lehner, Mittelstr. 26, 3590 Bad Wildungen, Tel. (0 56 21) 8 71 39; **Berlin:** Hermann Dittrich, Grunewaldstr. 28, 1 Berlin 41, Tel. (0 30) 8 22 63 28; **Bonn:** Edi Erken, Röttgener Str. 12, 53 Bonn 1, Tel. (02 28) 28 46 21; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 28 Bremen 1, Tel. (04 21) 35 44 42; **Darmstadt:** Jürgen Fröhner, Liebfrauenstr. 110, 61 Darmstadt 1, Tel. (0 61 51) 7 45 51; **Düsseldorf:** Gunar Stempel, Aachener Str. 198, 4 Düsseldorf, Tel. (02 11) 15 11 87; **Duisburg:** Felix Richter-Hebel, Hochfeldstr. 19, 41 Duisburg 17, Tel. (02 13) 51 20; **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:** ■■■■■, Bismarckstr. 6, 63 Gießen, Tel. (06 41) 7 52 45; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 34 Göttingen, Tel. (05 51) 3 37 10; **Hamburg:** Robert Preiffer, Kurfürststr. 45, 2 Hamburg 70, Tel. (040) 6 56 48 45; **Hanau:** Hans See, Gustav Hochstr. 37, 645 Hanau, Tel. (0 61 81) 8 39 81; **Hannover:** Marth Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (0 51 32) 90 65 57/p; (05 11) 81 88 68; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 69 Heidelberg, Tel. (0 62 21) 47 41 01; **Kassel:** Matthias Dippe, Waitzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (05 61) 5 49 25; **Kiel:** Ralf Cuppers, Saarbrückener Str. 176 B, 23 Kiel 1, Tel. (0 43 1) 69 63 97; **Kleve:** Ulla Funke, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (0 28 26) 84 24; **Köln:** Peter Liebermann, Lessingstr. 59, 5 Köln 30, Tel. (02 21) 5 50 10 79; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederringel 3, 4540 Lengerich; **Linz/Rhein:** Richard Beilzen, Magdalena Daemsenstr., 5460 Linz, Tel. (0 26 44) 551; **Lübeck:** Angela Schumann, Gönnerstr. 44, 24 Lübeck, Tel. (0 45 1) 5 65 86; **Mannheim:** Werner Weindorf, Maxstr. 5a, 68 Mannheim, Tel. (0 62 1) 85 54 05; **Minden:** Susanne Steuber, Arilleriestr. 12, 495 Minden, Tel. (0 57 1) 2 89 67; **Mönchengladbach:** Joachim Gill, Weichselstr. 65, 4050 Mönchengladbach 1, Tel. (0 21 61) 4 80 42 7; **München:** Margaret Sambardi, Pommernstr. 15, 8 München 40, Tel. (0 89) 35 29 35; **Mündelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mündelheim, Tel. (0 82 61) 97 73; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 44 Münster, Tel. (0 25 1) 79 46 88; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0 44 1) 8 38 56; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohtor 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (0 23 61) 1 54 53; **Remscheid:** Michael Sünder, Klausenerstr. 34, 5630 Remscheid-Lüttringhausen, Tel. (0 21 91) 5 52 79; **Riedstadt:** Harald Skrobles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (0 61 58) 61 61; **Stegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 59 Stegen, Tel. (0 27 1) 7 68 60; **Sprockhövel:** Wolfgang Münter, Hohe Egge Unterweg 17, 4922 Sprockhövel 1, Tel. (0 23 24) 7 23 58; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobsgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (0 70 71) 21 27 98; **Ulm:** Wolf Schleiner, Ringstr. 22, 79 Ulm-Lehr, Tel. (0 73 1) 6 65 44; **Viersen:** Sebastian Stierl, Hermann-Ehlers-Str. 5, 4060 Viersen 12, Tel. (0 21 62) 7 76 04.



Informationen der Freundschaftsgesellschaft BRD-Kuba · Nr. 4 · Dez. 1982 · 4,- DM

In Zusammenarbeit mit:

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESENDSCHAFTS- UND SOZIALBERUFE



Eine Panne unterwegs: Die Teilnehmer der Lehrgruppe für Mediziner vom Oktober 1981 waren um Straßenrand auf die Reparatur eines Busses. Schnell vergessen die Zeit durch Erzählungen einer alten Kubanerin.

Gesundheitsversorgung in Kuba

– Ein Beispiel nicht nur für Entwicklungsländer

1983 darf kein Raketenjahr werden!



Ostermarsch Ruhr '83

**Keine neuen Atomraketen
in unserem Land
Kampf dem Atomtod**

GESUNDHEITSWESEN FÜR DEN FRIEDEN

Seit dem NATO-„Doppelbeschuß“ beobachten wir mit großer Sorge eine zunehmende Kampagne von Seiten der Regierung wie auch der Ärztekammern für eine als Katastrophenmedizin getarnte Kriegsmedizin, für Notstandsge setze im Gesundheitswesen. Wenn auch der Gesetzentwurf eines „Gesundheitssicherungsgesetzes“, nicht zuletzt aufgrund zahlreicher Protestaktionen der mittlerweile annähernd 200 Friedensinitiativen im Gesundheitswesen, von der SPD/FDP-Regierung fallengelassen werden mußte: die CDU hat bereits ein „Gesundheitsschutzgesetz“ vorgelegt, das im Herbst 1983 verabschiedet werden soll. Es sieht vor:

- Von den Ländern zu bestimmende Behörden werden damit beschäftigt, Kapazitätsberechnungen von Gesundheitseinrichtungen aufzustellen (§ 4); sie sollen den erweiterten Personalbedarf sichern, entweder durch „freiwillige Verpflichtung oder durch (unfreiwillige) Verpflichtung aufgrund dieses Gesetzes“.
- Den so Verpflichteten kann eine Außerkraftsetzung der Arbeitszeitordnung und der Arbeitsverträge verordnet werden.
- Die Universitäten werden Lehrveranstaltungen in Katastrophenmedizin durchführen, und auch die übrigen Ausbildungsstätten sollen diese zusätzlichen Lehrinhalte vermitteln (§ 5).
- Die Behörden können Auskünfte über alle Personen einholen (§ 7).
- Die Ausbildung von Schwesternhelferinnen wird an den Bedarf der ortsfesten militärischen Lazarettorganisation angepaßt, und auch die den Kriegsdienst verweigernden Zivildenstleistenden werden von den Behörden mit eingeplant.
- Alle so Erfassten und Verplanten sollen in „regelmäßigen Abständen Übungen“ durchführen, um die Funktionsfähigkeit zu überprüfen (§ 4,8).

Gerade die von den Ärztekammern forcierten Ausbildungsangebote in „Katastrophenmedizin“ (die gelegentlich weit vor so wichtigen Themen wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen usw. zu rangieren scheinen) lassen uns mißtrauisch werden: Gelehrt wird in solchen Kursen nicht etwa moderne Notfallmedizin (was sicher dringend erforderlich wäre), sondern vor allem Verfahren zur Selektion von Verletzten („Triage“) nicht nach der Schwere ihrer Verletzung, sondern nach der Wahrscheinlichkeit ihrer Wiederherstellung für einen erneuten Kriegs- oder Arbeitseinsatz!

Wir sagen:

Keine noch so perfekte Planung, keine allgegenwärtige Katastrophenmedizin wird in einem Atomkrieg Leben und Gesundheit der Menschen in unserem Land schützen können! Auch in einem auf Mitteleuropa „begrenzten“ Atomkrieg wird es Randzonen, in denen medizinische Hilfe möglich sein soll (die offizielle Begründung ärztlicher Standespolitiker für den Ausbau der „Katastrophenmedizin“) höchstens In Norwegen und Südspanien vereinzelt geben!

(Bereits ein durch einen konventionellen Angriff zerstörtes Kernkraftwerk wird durch austretende Radioaktivität einen Landstrich von der Größe des Ruhrgebiets auf lange Zeit unbewohnbar machen. Nur zwei Atombomben, in großer Höhe über bundesrepublikanischem Gebiet gezündet, werden sämtliche Kommunikationseinrichtungen in unserem Land – Radio, Fernsehen, Telefon, Computer etc. – irreversibel schädigen!)

In einem Atomkrieg wird es keine medizinische Hilfe geben. Millionen Menschen werden an den unmittelbaren und langfristigen Folgen atomarer Explosionen qualvoll zugrundegehen.

Die einzige Hilfe ist daher die Verhinderung eines solchen Krieges!

Deshalb rufen wir alle Beschäftigten im Gesundheitswesen des Ruhrgebiets auf:

- Sagt NEIN zu allen Notstandsgesetzen im Gesundheitswesen!
- Sagt NEIN zu einer als Katastrophenmedizin verkleideten Kriegsmedizin!
- Sagt JA zu einer Politik der Abrüstung und Entspannung!

Fordern wir – gemeinsam mit über drei Millionen Bundesbürgern – die Bundesregierung auf, die Zustimmung zur Stationierung von Pershing-II-Raketen und Marschflugkörpern in Mitteleuropa zurückzuziehen und damit den Weg zu öffnen für einen umfassenden Abrüstungsprozeß in Ost und West mit dem Ziel eines automaffenfreien Europas!

Machen wir unser Gesundheitswesen – Praxis für Praxis, Klinik für Klinik – atomwaffenfrei!

**Machen wir den Ostermarsch Ruhr '83 groß und mächtig, bunt und attraktiver!
Keine neuen Atomraketen in unserem Land!**

Ich unterstütze diesen Aufruf:

Name **Anschrift** **Beruf/Org.** **Unterschrift**

Zustimmungserklärungen bitte an:

Dr. Hannelore Hauß-Albert
Fuldastraße 14
4100 Duisburg 1
Tel. (0203) 337693

Spender zur Deckung der Unkosten erbitten auf das Konto Nr. 300-126877, Sparkasse Duisburg (BLZ 35050000), Stichwort: „Ostermarsch“.

Bei reichlichem Spendenfluß kann ein Plakat gedruckt werden, das auf dem Hintergrund eines Fotos der zerstörten medizinischen Hochschule von Nagasaki Auszüge aus dem Gesundheitsschutzgesetz zeigt und Freiraum für den Eindruck eigener Veranstaltungen läßt. Also spendet!

MEDIZIN IM ARGUMENT



PFLEGE UND MEDIZIN IM STREIT

Pflege und Medizin sind im Streit. Den Volkskrankheiten ist mit mehr Diagnostik und mehr Therapie nicht beizukommen. Solange primäre Prävention nicht greifen kann, leistet Pflege im weitesten Sinn effektivere Hilfe bei der Bewältigung von Leiden als das traditionelle Angebot professioneller Hochleistungs-Medizin. Pflege und ein neues Selbstbewußtsein der Krankenschwestern und -pfleger verlangen eine gleichberechtigte Stellung neben Medizin und Ärzten.

**wer es kennt,
wird Abonent**

Medizin-Abo: 1 Jahrbuch für kritische Medizin

1 Themenband

Zwei Bände pro Jahr zum Preis von 29,80/Stud. 25,80 DM (incl. 2,00 DM Versandkosten)

1982: Jahrbuch für kritische Medizin 8: Pflege und Medizin im Streit
Themenband: Alternative Medizin (erscheint: Dez. 1982)

1983: Jahrbuch für kritische Medizin 9: Arbeit und Gesundheit
Themenband: Ambulante Medizin/Gruppenpraxis

Immer noch handeln konventionelle Medizin-Buchhandlungen die Argument-Bände allenfalls unter dem Ladentisch. Linke Buchhandlungen sind in der Medizin nicht immer aktuell. Das Abo bietet sofortige Lieferung bei günstigen Preisen.



PRÄVENTION AS 64

bitte ausschneiden und senden an: ARGUMENT-Vertrieb, Tegeler Str. 6, 1000 Berlin 65, Telefon: 030/461 90 61

Bestellschein Hiermit bestelle ich Medizin-Abo (2 Bände im Jahr für 29,80/Stud. 25,80 DM, incl. Versand)

Hiermit bestelle ich AS 64 Prävention (16,80/Stud. 13,80 DM zzgl. Versand)

SH 41 Gesundheitspolitik und Dritte Welt (7,00 DM zzgl. Versand)

Jahrbuch für kritische Medizin 7 (16,80/Stud. 13,80 DM zzgl. Versand)

Name/Vorname

Student ja / I / nein

Straße/Wohnort

Datum/Unterschrift