

Jahres-Abo DM 28,20

Einzelverkaufspreis DM 6,—

Juli/Augus

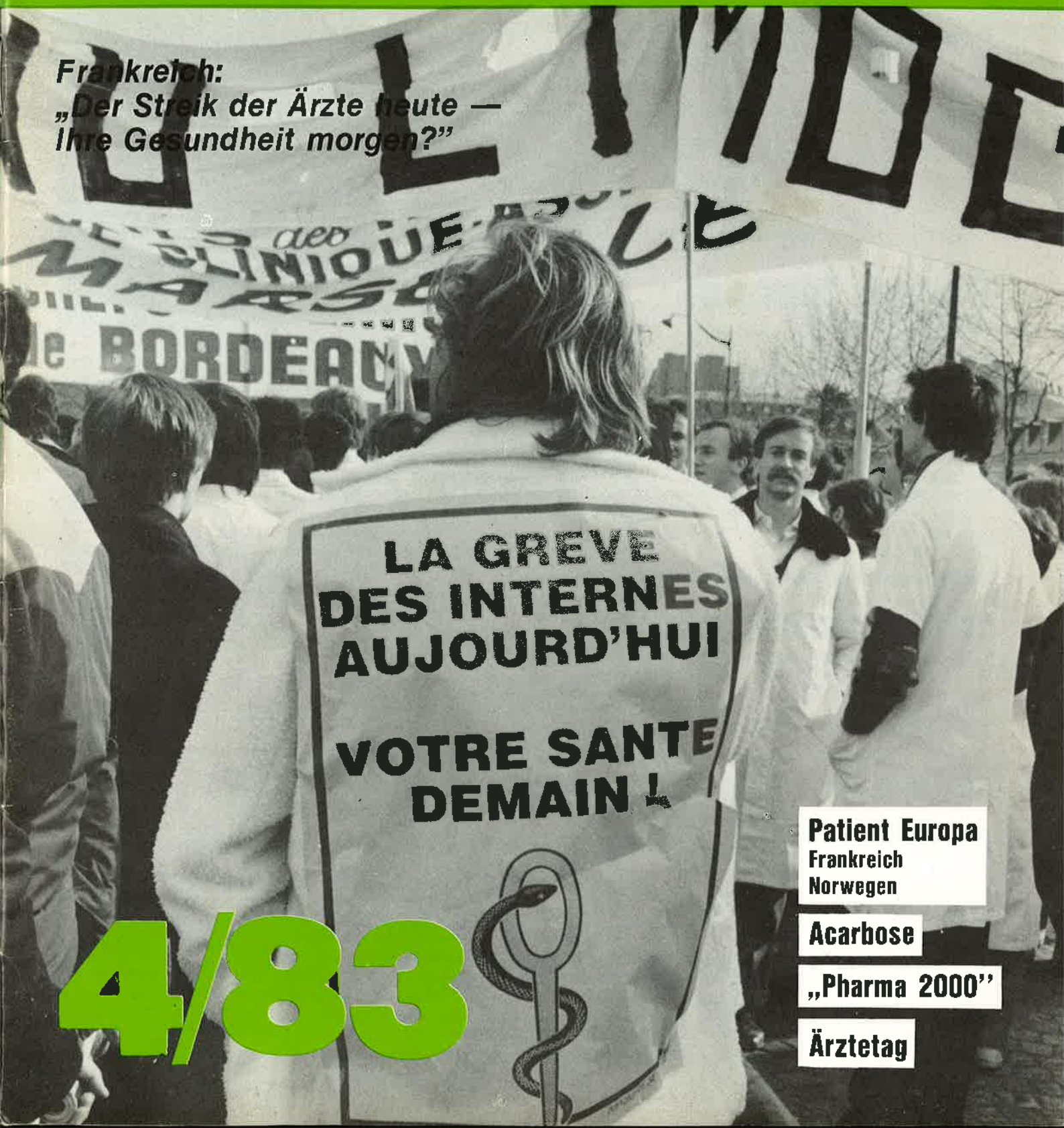
Interview mit Heinrich Schmidt
(Hauptvorstand ÖTV) G 2961 F

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE

Frankreich:

*„Der Streik der Ärzte heute —
Ihre Gesundheit morgen?“*



4/83

Patient Europa
Frankreich
Norwegen

Acarbose

„Pharma 2000“

Ärztetag

der kommentar

Patient Europa von Gunar Stempel

Schon wieder Frankreich, und noch dazu so viel, werden einige Leser stöhnen. Und hieß das Thema eigentlich nicht „Patient Europa“?

Wenn wir das französische Gesundheitswesen nun erneut in den Vordergrund rücken, dann geschieht das deshalb, weil die Entwicklung in Frankreich für uns ein politisches Lehrstück darstellt, wie man es **nicht** in der Politik halten darf: Man kann keine grundsätzlichen Reformen „von oben“ verordnen, wenn nicht wenigstens ein Teil der davon Betroffenen die Regierungsmaßnahmen „aktiv“ unterstützt.

Notfalls müßten fortschrittliche Gesundheitsarbeiter entgegen ihrem sonstigen Politikverständnis sogar als Streikbrecher gegen diejenigen auftreten, die diese Reformen mit allen Mitteln verhindern wollen. Zur Zeit der Allenderegierung in Chile haben es die fortschrittlichen Mediziner bei dem bekannten Ärztestreik unter Beweis gestellt, als ca. 10 Prozent der Ärzte unter aufopferungsvoller Hilfe eines Großteils des chilenischen Gesundheitspersonals die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung aufrechterhalten konnten (vom Lehrstück Chile mehr im nächsten Heft).

Bei einem Besuch im französischen Gesundheitsministerium bot sich mir außen ein farbenprächtiges Bild. Zahlreiche Arbeiter waren damit beschäftigt, die deutlichen Spuren von Farbbehältern von Scheiben und Mauern zu entfernen. Im Gegensatz dazu stellte sich die Lage im Inneren geradezu trostlos dar. Bei einem Gespräch mit der Pressesprecherin des neuen Gesundheitsministers reagierte diese völlig hilflos auf meine Frage nach Bündnispartnern der Regierung im Gesundheitswesen. Schließlich brachte sie die Namen von zwei (!) Professoren heraus, die die Regierungspolitik unterstützen würden.

Diese Hilflosigkeit ist allerdings auch Ausdruck der fehlenden bzw. zersplitterten Organisation der französischen Linken im Gesundheitswesen, wie sie schon Alf Trojan in seinem „Streifzug durch die französische Gesundheitsbewegung“ in DG 5/82 dargestellt hat. Eine Mitgliedschaft von Medizinerpersonal und Ärzten — wie sie bei uns in der Gewerkschaft ÖTV zumindestens mög-

lich ist — in einer der beiden Linksgewerkschaften (CFDT/soz. oder CGT/kom.) gibt es ebensowenig wie eine überregionale Zeitung für **alle** Gesundheitsarbeiter.

Um aktuell den z.T. stark verzerrenden Darstellungen der Tages- und Standespresse über die Entwicklungen im französischen Gesundheitswesen entgegentreten zu können, haben wir schweren Herzens auf ausführliche Artikel über die Situation eines verstaatlichten Gesundheitswesens unter der Krise und erkonservativer Regierung (Großbritannien) zunächst/endgültig verzichtet, obwohl der monatelange aktive — aber eben bereits vor einem Jahr stattgefundene — Streik der Beschäftigten im englischen Gesundheitswesen für Lohnausgleich, gegen Privatisierungen und Ausgabenkürzungen für unsere zumeist rein defensiv ausgerichtete Gewerkschaftspolitik Beispielcharakter haben könnte. Streikerfahrungen aus dem bundesdeutschen Gesundheitswesen sind mir bisher jedenfalls nicht bekannt, wenn man von einigen kleineren Aktionen des Marburger Bundes und der Kassenärzte absieht.

Ebenfalls dem Rotstift zum Opfer gefallen ist ein Artikel über das holländische Gesundheitswesen. Dafür haben wir im Dokumentarteil mit dem Abdruck eines umfassenden Artikels über die Sozial- und Gesundheitspolitik in der Krise und im internationalen Vergleich begonnen, der in zwei Folgen zahlreiche Fakten, Entwicklungen und Zahlen über die einzelnen Länder (USA, Großbritannien, Frankreich, Italien, Holland, Österreich, Schweden und nicht zuletzt die Bundesrepublik Deutschland) vermitteln soll.

Alle Berichte haben eines gemeinsam: Der „Patient Europa“ krankt überall mehr oder weniger an den bestehenden Gesellschafts- und Gesundheitssystemen. Doch überall regen sich auch neue Kräfte, wie unsere zahlreichen z.T. gerade erst entstandenen Schwesterzeitschriften zeigen (Medicina democratica/Italien, Medicine in Society/Großbritannien, Eingriffe/Österreich, Soziale Medizin/Schweiz, Tijdschrift voor gezondheid en politiek, Holland). Ende Juli werden sich Vertreter aller Zeitungen in Barcelona treffen. Vielleicht ist dies auf längere Sicht ein erster Schritt zur Gesundung des Patienten Europa!



IMPRESSUM

Herausgeber

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

Redaktion Cvd: Norbert Mappes

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Norbert Mappes, c/o Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 463682 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, dienstags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

Aktuelle Gesundheitspolitik: Detlev Uhlenbrock, Peter Walger; **Gesundheitsversorgung:** Gregor Weinrich, Uli Menges, Joachim Gill, Arbois und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch; **Pharma- und Großindustrie:** Ulli Raupp; **Umwelt:** Peter Walger; **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Matthias Albrecht, Edi Erken; **Ausbildung:** Eckard Müller, Peter Liebermann; **Internationales:** Gunar Stempel, Felix Richter; **Lebensprobleme:** 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 Redaktion dar.

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint zweimonatlich bei:

Pahl-Rugenstein Verlag, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 02 21/36 40 51, Konten: Postscheckamt Köln 65 14-503, Stadtsparkasse Köln 106 522 38 (für Abogebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für 5/83: 6. 8. 1983.

Graphik: Christian Paulsen

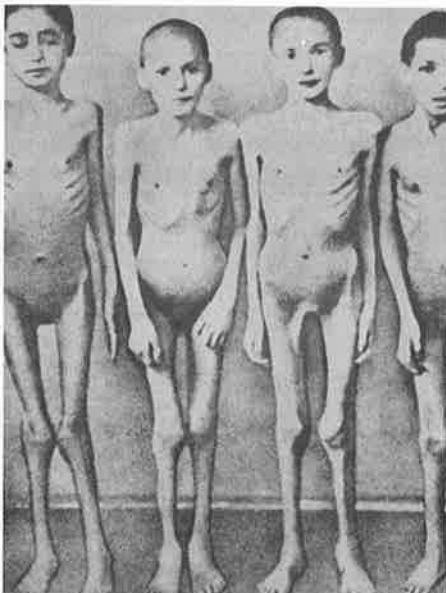
Layout: Peter Walger, Gunar Stempel, Norbert Mappes

Satz und Druck: Farbo Druck I Grafik Team GmbH Köln, Bonner Wall 47, 5000 Köln 1

JSSN: Nr. 0172-7091



In Frankreich sind die Ärzte los. In Nizza, Marseille und Paris kam es zu Straßenschlachten zwischen Medizinstudenten und der Polizei. Alles wie im Mai '68? Nichts wie im Mai '68! Das Waterloo der Linksregierung? Seite 7



Im letzten Waggon des Güterzugs »Gesellschaft« sitzen die Sozialhilfeempfänger, die Wohnsitzlosen und Asylanten. In der Zeit des Sozialabbaus wird dieser Waggon als erster abgekoppelt. Im Dritten Reich hieß das Tod in den KZs. Neue Erkenntnisse auf einer Tagung in Bad Boll. Seite 36



Ärzte und Krankenschwestern werden verfolgt und eingesperrt, medizinisches Wissen wird zur Folter mißbraucht: Eine US-amerikanische Delegation berichtet aus El Salvador von einem Gesundheitswesen, das nicht mehr existiert. Seite 22

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE

Inhalt

4/83

Patient Europa

Das Waterloo Frankreich, Mai '83:	
Streiks der Ärzte und Medizinstudenten	7
Oh Krankreich, deine Reformen	12
Mal eben ins Krankenhaus geht nicht	
Erfahrungsbericht aus einer norwegischen Landarztpraxis	14

Pharmaindustrie

Pharma 2000	
Permanentes Wirtschaftswunder der Pharmaindustrie	18
Acarbose — für den dummen Patienten und den gesprächsfaulen Arzt?	21

Internationales

Gesundheitswesen: nicht vorhanden	
Eine US-amerikanische Delegation berichtet aus El Salvador	22

Umwelt

Atom Müll auf dem Teller	
Bestrahlung von Lebensmitteln	26

In memoriam

Ärzte gegen Sozialabbau — Teil II	
Zur Politik des Sozialdemokratischen Ärztevereins und des Vereins Sozialistischer Ärzte (1924)	28

Aktuelle Gesundheitspolitik

Kostendämpfung nicht bis zur Inhumanität	
dg-Interview mit Heinrich Schmidt vom ÖTV-Hauptvorstand, Abt. Gesundheitswesen	30

Dokumente

Sozial- und Gesundheitspolitik unter dem Druck der Wirtschaftskrise: ein internationaler Überblick	I
Gemeinsames Programm der demokratischen Ärztelisten	VI
Gesundheitspolitisches Programm des Vereins Sozialistischer Ärzte	VII

Rubriken

Leserbriefe	2
Aktuelles/Nachrichten	3
Buchkritik	32
Kongreßberichte	34

Leser-Brief

Ohne Kommunisten glaubwürdiger?

Erst jüngst, anlässlich der Vorbereitung des „3. medizinischen Kongresses zur Verhinderung eines Atomkrieges“ in München im April 83, flammte die Diskussion um die bedrohte „Glaubwürdigkeit“ einer „blockfreien Friedensbewegung“ und die Gefahr „politischer Zweideutigkeiten“ auf. So forderte der Sprecher der bundesdeutschen Sektion der IPPNW (Internationale Ärzte zur Verhinderung des Atomkriegs) die Ausgliederung eines Referates von Professor Jörg Huftschmidt aus dem Programm des Kongresses wegen dessen angeblicher Nähe zur DKP. Die Organisatoren des Münchner Kongresses verwahrten sich gegen dieses Ansinnen, indem sie feststellten: „unsere politische Identität ist nicht dadurch zu beeinflussen, daß ein vielleicht der DKP nahestehender Referent, dessen fachliche Kompetenzen im übrigen nicht bestritten wird, eines von vielen Referaten auf dem Kongreß hält.“

Es erhebt sich die Frage, was wohl überhaupt unter Glaubwürdigkeit verstanden wird, Glaubwürdigkeit wem gegenüber?

Meint man Glaubwürdigkeit gegenüber der Bundesregierung? Gegenüber den Massenmedien? Dann wäre wohl eine scharfe antikomunistische Tendenz angebracht, ebenso wie eine Befürwortung des Nachrüstungsbeschlusses, oder meint man Glaubwürdigkeit gegenüber der Bevölkerung? Laut Studie des Münchner Sinus-Institutes vom Juni 82 haben 66 Prozent der Befragten Sympathie mit der Friedensbewegung und glauben nur 26 Prozent, daß „letztlich Kommunisten die Richtung bestimmen“. Dann wäre also ihre Sorge nicht verständlich. Aber wenn man einmal jeglichen Opportunismus gegenüber dieser oder jener Gruppierung beiseite läßt und Glaubwürdigkeit nur daran mißt, wie unbeeinflusst von jedweder Seite — Ost wie West — die eigene Position definiert wird, dann sollten doch folgende Fakten nicht vergessen werden:

Der 3. medizinische Kongreß in München ebenso wie alle anderen Veranstaltungen der Friedensbewegung findet nicht irgendwann statt, sondern im Jahr der beabsichtigten Stationierung von 108 Pershing II-Raketen ausschließlich in der BRD und Cruise missiles in Westeuropa. Dieser als Nachrüstung bezeichnete Vorgang bedeutet aber die einseitige Destabilisierung des atomaren Gleichgewichts der Blöcke. Paul C. Warnke sagte am 27.8.1981: „Wenn ich Europäer wäre, würde ich meine Regierung davon überzeugen, einer Stationierung nicht zuzustimmen. Denn das Risiko für Westeuropa ist zu groß...“ Wozu also diese Waffen? Das neueste „US-army field manual 100-5“ vom August 82 stellt mit verblüffender Offenheit fest: „Es gilt den Angriff auf die rückwärtigen Linien des Feindes selbst zu tragen, um seine Verteidigung zu zerbrechen, bevor er zu reagieren vermag. Niemals darf dem Feind die Möglichkeit gegeben werden, sich von dem durch den Eröffnungsangriff hervorgerufenen Schock zu erholen...“ So können die vorbereitenden atomaren und chemischen Schläge die Stärke des Feindes auf den Punkt reduzieren, der vielfältige und in die Tiefe gehende Angriffe ermöglicht!“ Es geht also um Angriff, und dazu braucht man Erstschlagswaffen. Erstschlagswaffen als Voraussetzung für militärische Überlegenheit, für militärische Erpreßbarkeit der Warschauer-Pakt-Staaten. Erst-

schlagswaffen als Voraussetzung für die angebliche Gewinnbarkeit eines Atomkriegs.

Glaubwürdig ist, wer logische Schlußfolgerungen aus der Kenntnis dieser Tatsachen zieht, gleichgültig wie die herrschende Meinung aussieht. Blockfreiheit der Friedensbewegung heißt doch Unabhängigkeit von östlicher und westlicher Propaganda. Es ist offenbar schwer, diese Position durchzuhalten, und auch ich ertappe mich dabei, wie ich nur westliche Quellen zitiere aus der Erfahrung, daß der Hinweis auf östliche Verlautbarungen sowieso sofort als einseitige Parteilnahme abqualifiziert wird. Warum eigentlich? Ist der Warschauer Pakt wirklich soviel kriegslüsterner als die NATO? Diese permanente Furcht vor sogenannter Unglaubwürdigkeit schlägt häufig — und so auch im Schreiben der IPPNW-Sprecher — in allzu flinke Ergebnissgeste gegenüber der Meinung der Herrschenden um. Und natürlich gehört dazu eine ordentliche Portion Antikomunismus. Die geradezu zwanghafte Distanzierung von allem, was auch nur zum weitesten Umfeld der DKP zu gehören scheint, trägt dann angeblich zur Rettung der Glaubwürdigkeit bei. Bei allem Verständnis für die spezifischen deutschen Teilungserlebnisse sollten wir von der Toleranz, wie sie in der Friedensbewegung Großbritanniens gegenüber sogenannten moskautreuen Kommuni-

sten geübt wird, im Interesse der bundesdeutschen Friedensbewegung lernen. Auf die Frage, welche Probleme die CND (Campaign for Nuclear Disarmament) mit Kommunisten habe, antwortete die Vorsitzende Joan Ruddock: „Die Einstellung gegenüber Mitgliedern der KP innerhalb der CND ist normalerweise eine Haltung des Respekts für einen Menschen, der sich für ein gemeinsames Ziel mitengagiert. Eine gewisse Empfindlichkeit existiert jedoch, vor allem durch die ständigen Verleumdungen, die von Teilen der Medien ausgehen. Diese Schmutzkampagnen verbinden immer den Fakt, daß Mitglieder der KP in unseren Ausschüssen und Komitees sitzen, mit der Lüge, daß wir von Moskau bezahlt und gesteuert wurden. Die „russische Gefahr“ ist ein zentraler Bestandteil der Anti-CND-Propaganda.“

Die Ostermärsche 1983 haben gezeigt, daß die bundesdeutsche Friedensbewegung die Kraft hat, sich unabhängig von der Meinung der Herrschenden zu artikulieren. Glaubwürdig bleiben wir langfristig nur, wenn wir aufrichtig gegenüber der Sache sind.

Dr. Winfried Beck
Liste demokratischer Ärzte Hessen

MEDIZIN IM ARGUMENT



ALTERNATIVE MEDIZIN

Wie konnte sich der deutsche Faschismus auf die Naturheilkunde stützen?

Sind Arbeitsanständigkeitskommissionen aus dem 19. Jahrhundert eine verschüttete Selbsthilfebewegung? Weiß die Augenheilkunde mehr über Kurzsichtigkeit als die Brille-Nein-Danke-Bewegung?

Was bringt die transkulturelle Verpflanzung von Akupunktur?

Ist Altsein eine Krankheit?

Was ist emanzipatorisch an Krebs-Selbsthilfegruppen?

Verhindern geschlechtsspezifische Arbeitskulturen in den Betrieben die selbstbestimmte Gesundheit?

Sind Depressionen eine neu-somatische Kultur, worin Frauen ihren Protest in Unterwerfung verkehren?

Medizin-Abo: 1 Jahrbuch für kritische Medizin
1 Themenband

Zwei Bände pro Jahr zum Preis von 29,60/Stud. 25,60 DM (incl. 2,00 DM Versandkosten)

1982: Jahrbuch für kritische Medizin 8: Pflege und Medizin im Streit
Themenband: Alternative Medizin

1983: Jahrbuch für kritische Medizin 9: Arbeit und Gesundheit (Aug.)
Themenband: Ambulante Medizin/Gruppenpraxis (Sept.)



PFLEGE UND MEDIZIN IM STREIT



PRÄVENTION AS 64



ARGUMENT STUDIENHEFTE SH 43

bitte ausschneiden und senden an:
ARGUMENT-Vertrieb, Tegeler Str. 6, 1000 Berlin 65, Telefon: 030/4618081

Bestellechein

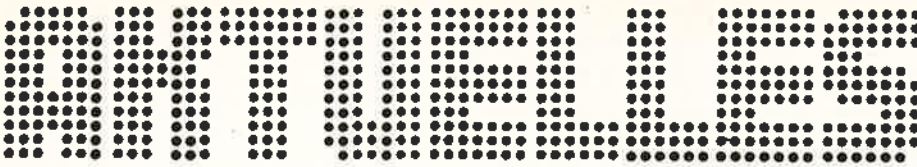
Hiermit bestelle ich Medizin-Abo (2 Bände im Jahr für 29,60/Stud. 25,60 DM incl. Versand) ☐
Hiermit bestelle ich AS 77 Alternative Medizin (16,80/Stud. 13,80 DM zzgl. Versand) ☐
AS 64 Prävention (16,80/Stud. 13,80 DM zzgl. Versand) ☐
Jahrbuch für kritische Medizin 8 Pflege und Medizin im Streit (16,80 DM/Stud. 13,80 zzgl. Versand) ☐

Name/Vorname

Student ☐ ja ☐ nein

Straße/Wohnort

Datum/Unterschrift



Kurz notiert

Norwegen: Zahl der Abtreibungen gefallen

Eine norwegische Studie widerlegt die Ansicht, daß ein liberales Abtreibungsgesetz mit einem Anstieg der Abtreibungen einhergehe. Seit Freigabe des Schwangerschaftsabbruches 1976 ist die Zahl um 25 Prozent gefallen, obwohl die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter heute um 75 000 höher ist.

Selbsttötungsrate bei Kindern und Jugendlichen stark gestiegen

Die Suizidhäufigkeit ist in den Jahren 1971 bis 1981 bei Jugendlichen im Alter von 10 bis 15 Jahren um 23 Prozent, zwischen 15 und 20 Jahren um 10 Prozent gestiegen. Der Anteil bei den Erwachsenen wuchs im gleichen Zeitraum um nur 5,5 Prozent. Damit steht der Suizid nach den Unfällen an zweiter Stelle in der Folge der häufigsten Todesursachen bei Jugendlichen.

100 000 Heroinabhängige in der BRD

Dramatische Situation in der Drogentherapie. Durch Einsparungen stehen zur Zeit für 100 000 allein Heroinabhängige nur noch 2600 Therapieplätze zur Verfügung. Auf dem 6. Bundeskongreß der Sozialarbeiter und Therapeuten in Krefeld wurde scharf kritisiert, daß die soziale Situation andererseits immer mehr junge Leute zur Droge führe.

Initiative von Holzschutzmittelgeschädigten

Unter Beteiligung von Fachwissenschaftlern fand ein erstes Treffen einer Initiative von Holzschutzmittelgeschädigten in Bonn statt. Der Arbeitskreis ist dem Bundesverband Bürgerinitiativen Umweltschutz (BBU) angeschlossen. Betroffene berichteten von schweren Vergiftungserscheinungen und sogar von Todesfällen. Z. Zt. bemüht sich die Initiative um einen wissenschaftlichen Nachweis der Schädlichkeit.

Kontakt: Helga Zapke, Tel. (022 63) 37 86

Medizinisches Versorgungssystem für Comiso-Camp

Für einen Sanitätsdienst im Friedenscamp Comiso (Sizilien) bittet um Spenden für Verbandsmaterial, Instrumente und Medikamente sowie um praktische Unterstützung: Wer kann Kurse (z.B. Massage, Akupressur, Kräuterkunde) im Rahmen des für die Zukunft geplanten alternativen medizinischen Netzes halten? Wer kann beim Sanitätsdienst mit-helfen? Italienisch-Kenntnisse sind nicht Voraussetzung.

Geld- und Material an:

René Burgay, Kriegstr.127, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (07 21) 84 51 64

Italienische Kontaktadresse:

Dr. S. Tuillo, Via Montebello 12, 20168 Roma, Tel. (06 39) 3 37 15 44

Gemeinschaftspraxis zulässig

Das Bundessozialgericht hat jetzt entschieden, daß eine Gemeinschaftspraxis von Ärzten verschiedener Fachrichtung grundsätzlich zulässig ist. Zugleich heißt es aber in dem Urteil, die freie Arztwahl der Patienten dürfe nicht eingeschränkt werden. Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung muß für jeden Facharzt einzeln möglich sein. Ferner muß nach dem BSG-Urteil überprüfbar gewährleistet sein, daß keiner der beteiligten Fachärzte im Spezialgebiet eines anderen tätig wird. Für die nähere Ausgestaltung der Richtlinien zur Zulassung solcher fachübergreifender Gemeinschaftspraxen sind jetzt die Selbstverwaltungen der Ärzte und Krankenkassen zuständig.

Zusammenschluß schwuler Ärzte und Therapeuten

Nach dreijähriger Vorbereitung hat sich am 1. Mai 1983 die Bundesarbeitsgemeinschaft Schwule im Gesundheitswesen gegründet und die Aufnahme in das Vereinsregister beantragt. Die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft kommen als Ärzte und Therapeuten aus dem Klinik- und Praxisbereich des gesamten Bundesgebietes. Den Vorstand bilden ein Arzt aus Hamburg, ein Therapeut aus Berlin und ein Sozialpädagoge aus Freudenstadt.

Zweck und Ziel der Arbeitsgemeinschaft sind Fortbildung und interdisziplinärer Erfahrungsaustausch im beruflichen Bereich. Ein laufend geführtes Archiv mit Veröffentlichungen aller Medien soll Grundlage für wissenschaftliches Arbeiten auf medizinisch-psychologischem Gebiet werden. Außerdem werden Diskriminierungen verfolgt.

Im Fortbildungsprogramm sollen Krankheiten im Vordergrund stehen, von denen speziell Homosexuelle betroffen werden. Die Arbeitsgemeinschaft will darauf hinwirken, daß die Homosexualität aus der Krankheitsliste der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gestrichen wird.

Kontakt: BAG Schwule im Gesundheitswesen, Achim Bartz, Augsburg Str. 31, 1000 Berlin 30

Schweigegepflicht außer Kraft gesetzt

„Mit freundlichen Grüßen“, aber auch eingeschrieben und mit Rückschein, wendet sich die Personalabteilung der Klöckner-Humboldt-Deutz AG an erkrankte Mitarbeiter, um deren Ärzte und Krankenkassen von der Schweigegepflicht entbinden zu lassen. Wissen will die Firma vom Arzt über ihre Angestellten die voraussichtliche Dauer der Krankheit, die Gefahr der Wiederholung, ob mit regelmäßigen Rezidiven zu rechnen ist, in welcher Häufigkeit und Intensität diese Rezidive erwartet werden. Formulare für die Entbindung von der Schweigegepflicht sind gleich beigelegt; die Informationen von Arzt und Kasse werden auf demselben

Vordruck abgefordert. Im Begleitschreiben heißt es: „Sollten Sie unserem Wunsch nicht entsprechen, so ginge dies zu Ihren Lasten, da wir uns in diesem Fall außerstande sähen, Art und voraussichtlichen Verlauf Ihrer Krankheit entsprechend zu würdigen.“ Wie die „Würdigung“ durch den Arbeitgeber — etwa bei chronischen oder bei psychischen Krankheiten — aussehen könnte, wird offen gelassen.

Die Firma begründet ihre ultimativ wirkende Forderung nach Aufhebung der Schweigegepflicht mit ihrer „Verpflichtung“ „aus der arbeitsvertraglichen Fürsorge heraus“.

Zahnmediziner für den Frieden

Eine Initiative „Zahnmediziner für den Frieden“ hat sich in Marburg gegründet. Sie wendet sich an Zahnärzte ebenso wie an Zahnarzthelferinnen, Fachhelferinnen und Zahntechniker. In einem ersten Aufruf wird unter Berufung auf die „humane Verantwortung eines medizinischen Berufes“ insbesondere die im Kriegsfall in Kraft tretende „Zentrale Dienstvorschrift 49/50“ kritisiert, die eine Selektion der verwundeten Kriegsgesoldaten in „Wiederverwendungsfähige“ und „Hoffnungslose“ vorsieht.

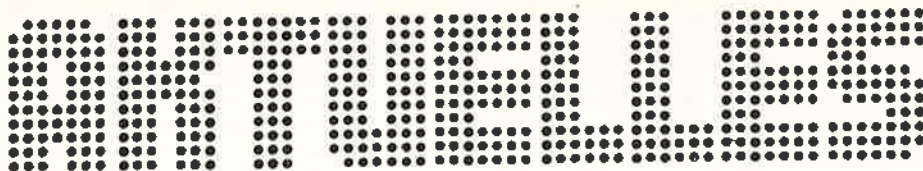
Die Initiative unterstützt den „Krefelder Appell“.

Kontakt: Günter Kitzler, Asterweg 26, 6300 Gießen

„Dreimonatsspritzen“ weiter zugelassen?

In Kürze wird eine Entscheidung des Bundesgesundheitsamtes über die weitere Zulassung von „Dreimonatsspritzen“ (Depot-Kontrazeptiva) zur Empfängnisverhütung erwartet. Die Verhütungsmittel mit Depot-Wirkung werden in der Bundesrepublik von den Firmen Upjohn (Depo-Clinovir) und Schering (Noristerat) vertrieben. Depo-Clinovir (Depo-Provera) ist in den USA als Verhütungsmittel verboten; Noristerat ist dort überhaupt nicht zugelassen. Trotz des ungeklärten Krebsrisikos und der schwerwiegenden Nebenwirkungen werden beide Mittel v.a. in der Dritten Welt angewendet. Im Rahmen von Familienplanungsprogrammen erhalten dort 4 Millionen Frauen die Dreimonatsspritze.

In der Bundesrepublik werden jährlich etwa 25 000 Packungen Noristerat (Umsatz 300 000 Mark) und 150 000 Packungen Depo-Clinovir (Umsatz 2 Millionen Mark) verkauft. Es besteht die Gefahr, daß die Präparate wegen ihrer angeblichen Wichtigkeit für „Minderheiten“ und für bevölkerungspolitische Maßnahmen in der Dritten Welt zugelassen bleiben.



Referentenentwurf zur neuen AO noch im Sommer?

Für die von Bundesfamilienminister Heiner Geißler (CDU) angekündigte Novelle der ärztlichen Approbationsordnung (AO) ist noch in diesem Sommer mit einem Referentenentwurf zu rechnen. Erwartet wird die Wiedereinführung von mündlichen Prüfungen zusätzlich zu den Multiple-choice-Tests ebenso wie eine durchgehende Benotung aller Prüfungen und die Einführung eines siebten oder sogar eines achten Ausbildungsjahres. Aktuell, so die Ministerialdirigentin im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit Schleicher (CSU) auf dem Medizinischen Fakultätstag, sei vor allem die Einführung der Benotung. Die ärztliche Vorprüfung (Physikum), so Geißler auf dem Ärztetag, soll wieder ein Test werden, „der das Wort Prüfung verdient“. Die Vereinigten Deutschen Studentenschaften (VDS) befürchten eine drastische Erhöhung der Durchfallquoten. Während der Proteste gegen zusätzliche mündliche Prüfungen auch bei Professoren, die eine völlige Überlastung befürchten, Widerhall findet, stößt die zu erwartende härtere Auslese bei ärztlichen Standesorganisationen auf Zustimmung. „Bei wuchernden Arztzahlen, da bleiben für den einzelnen Arzt nur noch Krümel“, so der Kolumnist Kurt Kieselbach im Organ des Hartmannbundes.

Zusätzlich brachte Geißler die Sportmedizin als mittlerweile fünf- und vierzigstes obligatorisches klinisches Fach ins Gespräch. Alle bekanntgewordenen Änderungsvorschläge für die Approbationsordnung werden von den VDS abgelehnt. Gegenmaßnahmen werden z. Zt. noch diskutiert.

Hoffmann-La Roche: Arzneimittelumsatz bei 3 Milliarden Schweizer Franken

Ungeachtet der weltweiten Rezession hat der chemisch-pharmazeutische Konzern Hoffmann-La Roche, dessen nonchalanter Umgang mit den giftigen Abfällen der angeblich gesundheitsfördernden Produkte jüngst weltweit in die Schlagzeilen geriet, im Jahr 1982 ein beachtliches Umsatzplus zu verzeichnen. Bei den Pharmazeutika wurde mit einem Zuwachs von 1,6 Prozent die Schallgrenze von 3 Milliarden Schweizer Franken erreicht. Der Umsatz bei den Instrumenten stieg um 8,5 Prozent; bei Vitaminen und anderen feinen Chemikalien wurde nach einem Plus von 5,9 Prozent beinahe die Zweimilliardengrenze erreicht. Bei den Diagnostika konnte der Konzern seinen Umsatz fast um die Hälfte auf nunmehr 443 Millionen Schweizer Franken steigern. Lediglich bei den Parfüms gingen die Umsatzzahlen leicht zurück.

Während der Zuwachs bei den Arzneimitteln auf das Konto der Ein-

führung neuer Präparate geht, müssen die Steigerungen bei den Vitaminen und bei den Diagnostika dem Erwerb neuer Firmen zugeschrieben werden.

Schadenersatz für Mutter eines behinderten Kindes

Der Mutter eines schwerbehinderten Kindes wurde jetzt in einem Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofes ein Anspruch auf Schadenersatz zuerkannt. Der behandelnde Arzt, ein Professor aus München, hatte die Behinderung des Kindes nach einer Röteln-Erkrankung der Mutter in der Schwangerschaft „schuldhaft nicht erkannt“.

Die Mutter hatte den Arzt von ihrer Erkrankung in Kenntnis gesetzt, war aber voreilig beruhigt worden. Die Beschwichtigungen hatten sie von einem Abbruch der Schwangerschaft abgehalten. Ein Anspruch auf Schadensersatz wurde ihr jetzt für den „Mehraufwand“ beim Großziehen des 1977 mit schweren Behinderungen geborenen Kindes zugesprochen.

Gleichzeitig verneinte der 6. Zivilsenat am Bundesgerichtshof den Anspruch des Kindes auf Schadenersatz für ein Leben als Behinderter. Es entziehe sich der rechtlichen Beurteilung, so der BGH, „ob ein Leben mit schweren Behinderungen gegenüber dem Nichtleben ein Schaden oder ein Vorteil“ sei. (Az.: VI ZR 114/81)

Broschüre zur Militärpsychiatrie

„Militärpsychiatrie: Panikpersonen sofort eliminieren“ ist der Titel einer Studie der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) „über die Pläne des Staates, die Ordnung zu sichern und die Ruhe an der Heimatfront aufrecht zu erhalten“. Die Broschüre ist bei der Geschäftsstelle der Gesellschaft (Postfach 1253, 3050 Wunstorf 1) zum Preise von 3 Mark erhältlich. Die Studie befaßt sich u.a. mit der Geschichte der Militärpsychiatrie seit dem 1. Weltkrieg, mit der sog. „Paniktheorie“ und deren Verbindungen zur derzeitigen „moralischen Aufrüstung“, mit der „geistigen Tauglichkeit“ als Kriterium für psychiatrische Musterungsverfahren in der Bundeswehr, mit der Psychiatisierung politischen Widerstands in der Gutachterpraxis und mit der Katastrophenmedizin.

Welchen Interessen sie die Militärpsychiatrie verpflichtet sieht, erläutert die DGSP mit einem Zitat des Oberstarztes a.D. Brickenstein: „Eine der Aufgaben der Wehrpsychiatrie ist es, sich mit der Waffenwirkung auf die Psyche des Soldaten und zivilen Bürgers auseinanderzusetzen, soweit es dadurch zu seelischen Störungen kommt, deren Krankheitswert in einer psychischen Dekompensation liegt, die die Kampfbereitschaft des Soldaten beeinträchtigt und die Ordnung des Staates gefährdet.“

Atheisten, Kommunisten usw.

Folgendes Papier wurde von der Mitarbeitervertretung des Bonner Petruskrankenhauses in Umlauf gesetzt. Alle Komma-, Rechtschreib- und Grammatikfehler wurden unverändert übernommen:

Wichtige Information für alle Mitarbeiter

Am 28. 4. 1983 hatte Bruder Provinzial Albert die MAV-Mitglieder von allen Häusern des Kath. Krankenpflegevereins nach Saffig eingeladen. Bruder Provinzial sprach u.a. über das Selbstverständnis der Caritas, über die Kirche und die Ordensregelungen der Barmherzigen Brüder.

Weiterhin wurden wir über die

Schlußfolgerung, die unser Träger, aus den Bundesverfassungsurteilen der Jahre 1977, 1979, 1981 gezogen hat, informiert.

1. Aufgaben für den Träger: Der Träger muß deutlich machen, was er will.

Der Träger wird seine Bediensteten schulen (in Bezug auf Kirche) Der Träger wird als leitende Mitarbeiter nur qualifizierte, kath. Mitarbeiter einstellen, ebenfalls werden keine Atheisten, Kommunisten usw. eingestellt.

Der Träger wird darauf achten, daß Kirche und Messe auch erlebbar in seinem Haus sind. Der Träger wird darauf bedacht sein, daß christlich humane Arbeitsplatzbedingungen in seinen Häusern vorliegen.

2. Aufgaben für leitende Mitarbeiter:

fachliche Qualifikation
römisch katholisch
Idee bzw. Anweisung des Trägers mitzutragen
nur gute Mitarbeiter einzustellen, hierbei ist darauf zu achten, daß diese die Kirchengesetze einhalten. Augenmerk auf Mitarbeiter halten in Bezug auf Ausbildung, Förderung und Entdeckung von besonderen Qualifikationen usw.

3. Konsequenzen für die Mitarbeiter:

Verhalten nach den Kirchengesetzen, d.h. z.B. kath. Verheiratete, Geschiedene und Wiederverheiratete werden entlassen, in Konkubinatslebende (wilde Ehe) werden entlassen, wer aus der kath. Kirche aus-

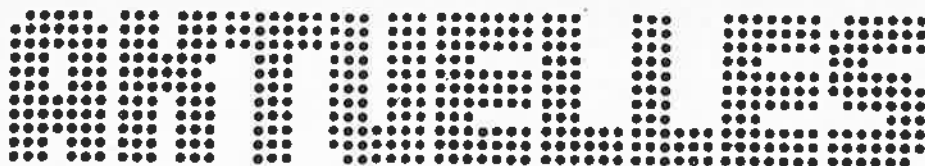
tritt wird entlassen, usw. (auch nicht eingestellt)

Sind diese Fälle vor dem 1. 3. 1983 passiert, werden diese Mitarbeiter noch in unseren Häusern geduldet, danach jedoch nicht mehr. Bei Evangelischen ist eine Wiederverheiratung möglich, falls ein 2. Trauschein vorgelegt wird.

Über den 3. Punkt — Konsequenzen für die Mitarbeiter hat Bruder Provinzial Albert eine Dienstanweisung (bestehend aus 9 verschiedenen Punkten) ab 1. 3. 1983 erlassen. Hierüber werden alle Mitarbeiter am 26. 5. 1983 um 13.30 Uhr in der alten Cafeteria von unserem Bruder Vorsteher Friedrich auf einer Mitarbeiterversammlung noch näher informiert.

(...)

-Kr-



Arbeitsschutzabbau: gesundheitsschädlich

Der vom Bundeskabinett beschlossene Abbau des Jugendschutzes ist bei Arbeitsmedizinern auf Kritik gestoßen. Nach der neuen Vorschrift sollen Bäckerlehrlinge künftig schon um vier, Metzgerlehrlinge um sechs Uhr morgens eingesetzt werden können. Diese Zeit, so der Arbeitsmediziner Gustav Schäcke (FU Berlin), fällt in das Leistungsminimum. Schnäden, so der Soziologe Hans-Peter Weymar, treten erst geraume Zeit nach der Überbeanspruchung der Jugendlichen, die sich noch in der Wachstums- und Reifephase befinden, auf. Anonyme Befragungen unter Auszubildenden haben noch unter der alten Regelung ergeben, daß bei 16 Prozent der jugendlichen Auszubildenden die gesetzlich limitierte Arbeitszeit überschritten wird. Im Einzelhandel sind es sogar 42 Prozent.

amnesty gegen die Teilnahme von Ärzten an Hinrichtungen

Aus Anlaß der Hinrichtung des 40jährigen Charles Brooks in Huntsville (Texas) durch eine tödlich wirkende Injektion (lethal drug injection) hat die Gefangenenhilfsorganisation amnesty international gegen die Teilnahme von Ärzten an Hinrichtungen protestiert. In der Beteiligung des Arztes Dr. Ralph Gray, der zuvor die Venen des Verurteilten auf ihre Beschaffenheit überprüfte, während der Injektion die Herzaktionen kontrollierte und nach beendeter Hinrichtung den Tod des Delinquenten feststellte, sieht „amnesty“ einen Verstoß gegen den Hippokratischen Eid, der ausdrücklich verbietet, daß ein Arzt seine Kunst zum Töten eines Menschen mißbraucht. In einer Stellungnahme der Organisation heißt es: „Mag uns aus medizinischer Sicht der Gebrauch der Spritze zum Töten eines Menschen schon absurd erscheinen, obwohl uns die Vergangenheit des Dritten Reiches mit ihren Tötungen in den Konzentrationslagern anderes gelehrt hat und sie auch in jüngerer Zeit in der Frage des humanen Sterbens wieder in der Diskussion steht, ist die Beteiligung eines Arztes an einer Hinrichtung in Verbindung mit einer vorzugsweise Ärzten vorbehaltenen

Tätigkeit zumindest in den USA ein Novum. In diesem Zusammenhang von einer vergleichsweise humanen Tötungsweise zu sprechen, erscheint uns angesichts der aus der Presse bekannten Umstände ebenso zynisch wie fragwürdig.“



Unter diesem Zeichen steht der erste atomwaffenfreie Betrieb in Mannheim, das Heinrich-Lanz-Krankenhaus.

Über 3000 Unterschriften für Nicaragua

Mehr als 3000 Unterschriften hat „medico international“ von Beschäftigten im Gesundheitswesen anläßlich der Ermordung des Entwicklungshelfers und Arztes Tonio Pflaum für eine Erklärung gesammelt, in der die Bundesregierung aufgefordert wird, sich vom „unerkärten Krieg der USA“ zu distanzieren sowie „alle ihre Mittel und Möglichkeiten“ für den Erhalt der revolutionären Errungenschaften im neuen Nicaragua einzusetzen. Die Unterschriften wurden vom Vorsitzenden des Bundestagsausschusses für wirtschaftliche Zusammenarbeit, Uwe Holtz (SPD), entgegengenommen.

Die Bundesregierung hat unterdessen zu verstehen gegeben, daß sie die weitere Gewährung von Entwicklungshilfe für Nicaragua an Bedingungen knüpfen will. Zu diesen Bedingungen zählt auch der „wirtschaftliche Pluralismus“.

Urteil im Berufsverbotsfall Klaus Wogawa

Im Fall des Krankenpflegers und Medizinstudenten Klaus Wogawa, dem die Anstellung am Klinikum der Kieler Universität wegen DKP-Mitgliedschaft versagt wird (dg berichtete), ist jetzt ein Urteil ergangen. Das Arbeitsgericht Kiel gab der Klage Wogawas gegen sein Berufsverbot statt.

Bis zur Entscheidung über die Berufung jedoch wird Klaus Wogawa die Krankenpflegerstelle, mit der er sein Studium finanzieren will, nicht antreten können. Das Land Schles-

wig-Holstein begründete die Berufung mit den besonderen Möglichkeiten zur Indoktrination, die einem Pfleger im Nachtdienst gegeben seien. (Wogawa hatte sich um Tagesdienst am Wochenende beworben.)



KLAUS WOGAWA

Das Recht auf Zugang zu allen öffentlichen Ämtern, das die Richter des Kieler Sozialgerichtes dem Art. 33 Abs. 2 des Grundgesetzes entnahmen, ist nach Auffassung des Landes Schleswig-Holstein lediglich ein Recht, sich zu bewerben. Für die Entscheidung über die Einstellung sei der Grundsatz der Vertragsfreiheit maßgebend. Diese Entscheidung falle nach dem Kriterium der Eignung. Eben diese Eignung aber wird Klaus Wogawa mit Hinweis auf seine politische Einstellung bestritten. Über die Berufung wird am 12. Oktober vom Landesarbeitsgericht entschieden.



Für unsere staatlich anerkannte Krankenpflegeschule suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine(n)

Unterrichtsschwester/ Unterrichtspfleger

für dreijährige Umschulungslehrgänge zur Krankenschwester / zum Krankenpfleger

Wir bieten:

Eine selbständige und interessante Tätigkeit, Bezahlung und Sozialleistungen nach hauseigenem Tarifvertrag

Wir erwarten:

Abgeschlossene Weiterbildung zur Unterrichtsschwester / zum Unterrichtspfleger
Führerschein Klasse III

Weiter Informationen geben wir Ihnen gerne persönlich. Anfragen und Bewerbungen an:

Berufsfortbildungswerk

Gemeinnützige Bildungseinrichtung des DGB GmbH
Bezirksgeschäftsstelle Südhessen

6000 Frankfurt a./M., Gutleutstr. 169/171, Tel. (06 11) 23 50 91

Auskunft erteilt Frau Hilde Steppe.

Verschiedenes

Kleinanzeigenmarkt:

Preis: 5 Zeilen à 25 Anschläge nur 5 DM. Jede Zeile mehr (25 Anschläge) 1 DM. Postkarte an: „Demokratisches Gesundheitswesen“, Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3

Wir (eine Gruppe von Psychologen und Soziologen) suchen zum Aufbau einer **medizin.-psychosoz. Beratungspraxis** in einem Stadtteil Osnabrücks für Januar 84 eine(n) **Mediziner(in)**, der/die Interesse an präventiver gemeindenaher Gesundheitsarbeit hat.

Kontakt: G. Zumvenne, Meppe-
ner Str. 1, 45 Osnabrück, Tel.
(0541) 4 59 91

Für ein Studienprojekt über den niedergelassenen Arzt suchen wir **Patienten**, die sich falsch behandelt fühlen. Auch Ärzte, die über solche Fälle berichten können.

Kontaktadresse: Peter Sich-
rovsky (Mitautor „Gesunde Ge-
schäfte“), c/o Peter Grafe, Zül-
picher Str. 30, 5000 Köln 1, Tel.
(0221) 2 40 19 69

**GESUNDHEITZENTRUM
RIEDSTADT Nervenarztpra-
xis** wird frei Ende 1983, Nach-
folger gesucht mit Zusatztitel
Psychotherapie. Intensive Ko-
operation mit Psychoteam und
sechs Praxen.

Dr. Walter Barbrock, Frhr.-v.-
Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt,
Tel. (06158) 10 01

Staatl. anerkanntes Fortbildungszentrum für Beru-
fe Im Gesundheitswesen im Berufsfortbildungs-
werk Gemeinnützige Bildungseinrichtung des
DGB GmbH Frankfurt am Main

1. Erstmals wird vom 3. 10. 1983 bis zum 30. 12. 1983 ein be-
rufsbegleitender Lehrgang „Umgang mit Schwerstkranken
und Sterbenden“ durchgeführt. Dieser Lehrgang ist für alle
Berufsgruppen im Gesundheitswesen offen, die mit dieser
Thematik konfrontiert sind. 100 Unterrichtsstunden. Förde-
rung nach dem Arbeitsförderungsgesetz. Weitere Kurse sind
vorgesehen jeweils zu Quartalsbeginn.

2. Lehrgang „Leitung einer Station oder Abteilung“ Plätze sind
noch frei zu den Beginnsterminen:
2. Januar 1984
2. April 1984
Dauer: 3 Monate Vollzeitunterricht (400 Unterrichtsstunden)

Ausführliche Informationen zu den Lehrgängen
erhältlich beim
Berufsfortbildungswerk
Gemeinnützige Bildungseinrichtung des DGB
GmbH, Bezirksgeschäftsstelle Südhessen
Fortbildungszentrum für Berufe
im Gesundheitswesen
Gutleutstraße 169/171
6000 Frankfurt am Main 1, Telefon (0611) 23 50 91

Suchen **Mitbewohner(in)** für
WG in Darmstadt ab 15. 7.
1983. Sehr schöne Wohnge-
gend, nur Miete etwas teuer
(350,— incl.)
Tel. (06151) 59 45 63

Zahntechniker, 35 Jahre, lang-
jährige Tätigkeit als Praxisla-
borleiter, sucht neuen Wir-
kungskreis in Praxis oder Labor
im Raum Frankfurt, Darmstadt,
Mainz u. Wiesbaden. Hauptge-
biet VMK, Fräsen, Kombi-Arbel-
ten und hochwertige Kunst-
stofftechnik.

Als Halb- oder Ganztagskraft,
evtl. Heimarbeit nach einem
persönlichen Gespräch mög-
lich.

Angebote unter Nr. 053 an die
Exped. dg

Zum 20.9.83 wird am Bürger-
hospital in Stuttgart an der Me-
dizinischen Klinik die Stelle ei-
nes **Assistenzarztes im Zivil-
dienst** frei. Wir freuen uns auf
einen Kollegen, der zu selb-
ständiger Arbeit bereit ist und
der an einem ganzheitlichen
Medizinansatz mitarbeiten
möchte. Bewerbungen bitte
möglichst umgehend an Prof. J.
Schröder, 7 Stuttgart 1, Tunz-
hoferstr. 14 - 16.

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!

● 26.7.—28.8.

Dachau

**Ausstellung „Heilen und Ver-
nichten im Nationalsozialismus“**

● 10./11.9.

Herrenberg

Vorbereitungstreffen. 4. Mediz.
Kongreß zur Verhinderung eines
Atomkriegs am 17./18.3.84 in Tü-
bingen

Kontakt: Frau Heidi Crämer,
Ahornweg 4, 7400 Tübingen,
Tel. (07071) 6 56 49

● 16.—21.9.

Freiburg

Verhaltenstherapie-Woche. Kon-
takt: Institut für Therapiefor-
schung, Parzivalstr. 25, 8000 Mün-
chen 45

● 4.—7.10.

Gütersloh

Gütersloher Fortbildungswoche.
Die Unheilbaren — Was machen
sie mit uns? Was machen wir mit
ihnen?

Kontakt: Prof. Dörner, LKH,
Hermann-Simon-Str. 7, 4830 Gü-
tersloh 1

● 24.—29.10.

Marl

**Neue pädagogische Ansätze —
auch für die Ausbildung in der
Krankenpflege.** Seminarreihe des
Allg. Krankenpflegeverbandes Marl
1. Seminarwoche:

Methodik und Verhalten: gruppen-
orientiert
Kontakt: Allg. Krankenpflegever-
band, Wiesenstr. 55, 4370 Marl
Tel. (02365) 3 46 66

● 12./13.11.

Dortmund

**Kongreß gegen die konservative
Reform des Sozialstaates.**

Widerstand und Alternativen
Kontakt: Initiativkreis soziale Si-
cherheit, Hohenstaufenallee 1,
4650 Gelsenkirchen

● 23.—25. 11.

Düsseldorf

**18. Deutscher Kongreß. Arbeits-
schutz + Arbeitsmedizin**

Kontakt: NOWEA, Frau Laskowski,
Postfach 32 02 03, 4000 D'dorf 30

Das Waterloo der Gesundheitspolitik



Frankreich, Mai '83: Streiks der Ärzte und Medizinstudenten bringen Reformen zu Fall

Von Dorothee Löber (z. Zt. Nizza)

Fünfzehn Jahre nach dem Mai 1968 hatte Frankreich wieder einen heißen Mai. Die Bilder glichen den verblichenen von 68: In Cannes schauten die Herren im Frack und die Damen in Abendrobe aus dem neuen Festivalgebäude zu, wie schwarz uniformierte Superbullen Studenten niederschlugen, die den Verkehr blockierten, um auf die Ziele ihres Streiks aufmerksam zu machen; in Paris stoppten Studenten ein Ministerauto, aus dem sich der

Kultusminister gerade noch vor seinen Verfolgern in eine Botschaft retten konnte. Die Bilder glichen sich, aber nicht die Inhalte. Der Minister, der da floh, war Jack Lang, einer der Wortführer der Bewegung von 1968, die Regierung, gegen die die Studenten in Cannes demonstrierten, ist eine sozialistisch-kommunistische Regierung, die einzige unter denen der großen kapitalistischen Industriestaaten. Jack Lang nannte seine Verfolger „faschistische Horden“, und damit mag er schon recht gehabt haben, denn unter die Demonstranten in der französischen

Hauptstadt haben sich die Schlägertrupps der äußersten Rechten gemischt, aber darum sind gewiß nicht alle streikenden Studenten Sympathisanten der Faschisten. Viele der Demonstranten gegen die Regierung sind keine Feinde des sozialistisch-kommunistischen Programms insgesamt; viele, die die Regierung mit Polizeigewalt verteidigen, sind ihr Freund nicht — komplizierte Verhältnisse, die nur zu begreifen sind, wenn man das verwirrend geflochtene Netz von Bewegungen genau betrachtet, die sich gegenwärtig in Frankreich artikulieren.

Uns soll im folgenden der Streik der Medizinstudenten und der Ärzte beschäftigen. Vielmehr: die Streiks der Medizinstudenten und der Ärzte, denn dabei ging es nicht um das Gleiche. Es wird sich nicht vermeiden lassen, ausführlicher über das französische Ausbildungssystem und das System der Gesundheitsversorgung zu informieren, sonst bleiben die Fronten und Interessen undurchsichtig.

Die bisherige Mediziner-ausbildung

Um die Aufregung um den neuen Gesetzesentwurf und damit auch den Streik der Studenten zu verstehen, muß man sich zunächst in groben Zügen die bisherige Mediziner-ausbildung vor Augen führen.

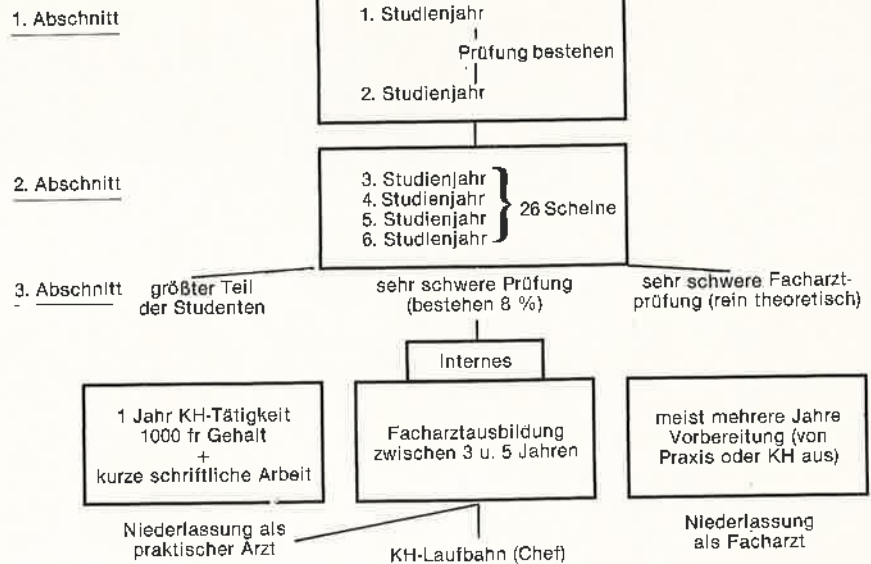
Schon der Beginn zeigt augenfällige Unterschiede zum deutschen System, denn es gibt keinen Numerus clausus. Beinahe jeder kann sich einschreiben, aber nach einem Jahr erfolgt eine überaus selektive Prüfung, die nur etwa 20 Prozent bestehen. Die französischen Medizinprofessoren lassen nicht sieben, sondern sieben selbst.

Das Studium gliedert sich in drei Teile: Der erste, vorwiegend theoretische Teil dauert insgesamt zwei Jahre. Anschließend folgt der vierjährige zweite Abschnitt, der in etwa unserem klinischen Studium entspricht. In dieser Zeit werden 26 Scheine verlangt, es findet aber keine Abschlußprüfung statt. Nach dem zweiten Abschnitt gibt es zwei Möglichkeiten, die Ausbildung fortzusetzen. Wer Facharzt, Professor oder Klinikchef, wer also reich und berühmt werden will, muß eine Prüfung absolvieren, die nur 8 Prozent der Studenten bestehen. Diese Glücklichen, die sogenannten „Internes“, beginnen eine Facharztausbildung im Krankenhaus, die je nach Fachrichtung zwischen drei und fünf Jahren dauert und praktisch orientiert ist. (Die „Internes“ sind also keineswegs mit unseren „Internatsstudenten“ gleichzusetzen, wie die Assoziation nahelegt. Ebenso wenig sind die „chefs de clinique“ Klinikchefs, sondern eher eine Art Oberarzt.)

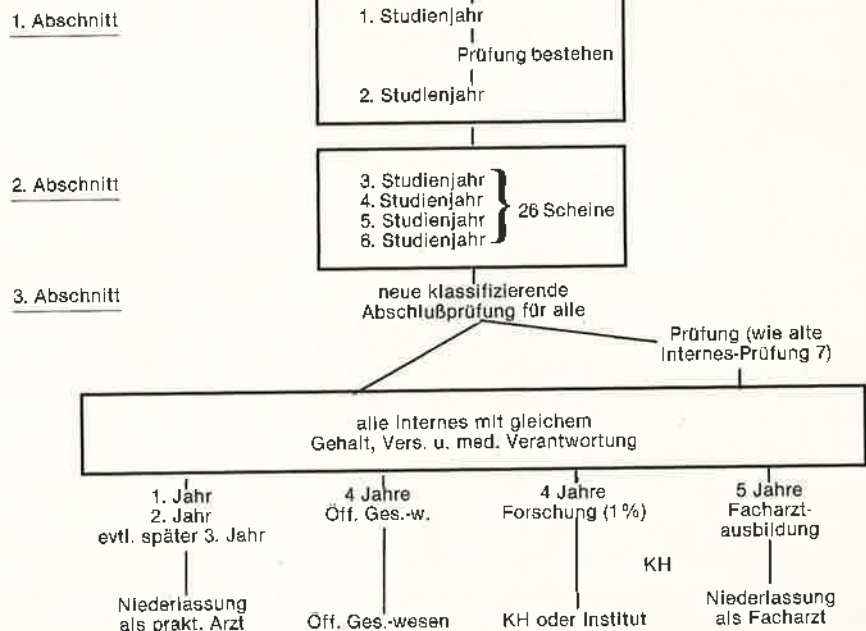
Alle anderen arbeiten noch ein Jahr im Krankenhaus, schreiben eine kurze Arbeit, die weit niedriger zu bewerten ist als unsere Doktorarbeit, und lassen sich dann nach insgesamt siebenjähriger Ausbildung als Allgemeinpraktiker nieder — als Ärzte zweiten Ranges, die weit weniger verdienen als die Fachärzte.

Einige wenige bereiten sich (häufig jahrelang) auf eine sehr selektive Prüfung vor, die ihnen im Ausnahmefall auf dem Umweg doch noch die Facharztanerkennung verschafft. Auf diesem schmalen und steilen Wege konnte man also bisher ohne relevante Berufspraxis über intensive Büffelei Facharzt werden.

heutige Mediziner-ausbildung



Reformvorschlag



Graphik 1: Die Graphiken illustrieren, daß der Regierungsentwurf die ersten beiden Abschnitte des Studiums praktisch nicht verändern will.

Die Vorschläge der Regierung zur Ausbildungsreform

Die neue Linksregierung kritisierte vor allem folgende Elemente der skizzierten Ausbildung:

- Eine Ausbildung zum praktischen Arzt finde praktisch nicht statt;
- nur eine Elite der Mediziner bekomme eine gute, praxisnahe Ausbildung, eben die „Internes“;
- die Facharztausbildung müsse Praxis und Theorie integrieren, statt jeweils nur eine Seite zu betonen;
- der Ausbildung fehlten wesentliche Inhalte wie Prävention, Gesundheitserziehung, Epidemiologie, öffentliches Gesundheitswesen etc.

Die prinzipiellen Ziele der Neuordnung sollten sein:

- abgestimmte Planung des Ärztebedarfs gemäß den Bedürfnissen der Bevölkerung;
- eine Aufwertung des praktischen Arztes durch längere und bessere Ausbildung, auch auf den Gebieten der Gesundheitserziehung, Prävention und des öffentlichen Gesundheitswesens;
- Zulassung aller Studenten zu einem neuen „Internat“, um die Unterschiede zwischen praktischen und Fachärzten zu verringern.

Die Kritik der Studenten

Die Mehrheit der Medizinstudenten war und ist mit den allgemeinen Zielen der Neuordnung einverstanden — eine Tatsache, die angesichts der hartnäckigen Streikaktionen leicht übersehen wird. Auch die Enttäuschung darüber, daß entgegen den studentischen Forderungen der erste Ausbildungsabschnitt weiterhin einseitig theoretisch-naturwissenschaftlich orientiert bleiben sollte, war als Auslöser des Streiks nicht von großer Bedeutung. Die einhellige Empörung richtete sich gegen die Einführung einer neuen Prüfung: Der Regierungsentwurf sah vor, nach dem zweiten Ausbildungsabschnitt in einer dreitägigen auf nationaler Ebene durchgeführten Prüfung noch einmal den gesamten Stoff der letzten vier Jahre abzufragen. Nach der Rangordnung der Prüfungsergebnisse sollten dann die Stellen an den Krankenhäusern besetzt werden, d.h. diejenigen, die die besten Prüfungsergebnisse haben, sollten auch die attraktivsten Stellen im Krankenhaus besetzen können.

Dieses Verfahren des nationalen „concours“ ist keineswegs eine Erfindung der Linksregierung, sondern typisch für das gesamte französische Ausbildungssystem. Das gilt auch für die Klassifizierung, die keineswegs nur nach Noten erfolgt, sondern Ähnlichkeit mit den Bundesligatabellen aufweist. „Le Monde“ veröffentlicht jedes Jahr Tabellen (mit Namen), wer bei welchem „concours“ auf welchem Platz war. Die ersten Plätze haben eine Stelle an der Universität so gut wie sicher, die weiter hinten Placierten müssen sich mit weniger Attraktivem zufrieden geben. Auch für den Ruf einer Universität ist es sehr wichtig, wie weit oben ihre Kandidaten placierte sind.

So entsprachen denn auch die Argumente des Gesundheitsministeriums für die neue Prüfung ganz dem Geist des französischen Erziehungssystems: nur ein nationaler Concours nach dem zweiten Prüfungsabschnitt garantierte, daß die Absolventen überall die gleiche Qualifikation hätten. Im übrigen sei der Concours das einzige demokratische Verfahren für eine Auslese. Zudem schaffe er durch die nationale Klassifizierung eine größere Lernmotivation.

Im Prinzip kennt man diese Argumente aus der bundesdeutschen Diskussion. So kann man sich auch denken, was die Studenten dagegen einzuwenden hatten: Sie lehnten eine zusätzliche globale Prüfung über Gegenstände, über die sie im Laufe ihres Studiums schon geprüft worden waren, rigoros ab. Die Prüfungsanforderungen seien praxisfern, nicht qualifizierend für die ärztliche Tätigkeit; die nationale Klassifizierung verstärke die elitären Momente.

Die Angst der Studenten also war es vor allem, die ihren Streik speiste, die Angst davor, schon bestandene Telexamina würden entwertet, die Angst, alles Vergessen

auf eine Prüfung hin noch einmal lernen zu müssen, die Angst, daß von dieser einen Prüfung das weitere Lebensschicksal abhängt.

Unter die berechtigten mischten sich auch unberechtigte Ängste. Die Studenten befürchteten, das neue Verfahren werde dazu führen, daß nur die gut Placierten überhaupt einen Ausbildungsplatz am Krankenhaus bekämen, ein Verfahren, das z.B. in den Lehramtsfächern bestimmend ist (in Deutsch etwa bekommen nur die sechzig Erstplacierten des nationalen Concours eine Referendarstelle an der Schule), werde damit auch auf die Medizin übertragen. Unter der alten Rechtsregierung wäre eine solche Angst durchaus nicht gegenstandslos gewesen, denn die wollte 115 000 Betten und damit 185 000 Stellen in den Krankenhäusern streichen. Die Linksregierung hat hingegen 1500 zusätzliche Stellen geschaffen, so daß jedem Medizinstudenten ein Ausbildungsplatz am Krankenhaus sicher ist.

Zu den unberechtigten Ängsten gehörte auch, die Linksregierung, die sich darum bemüht, schon in der Ausbildung den öffentlichen Sektor aufzuwerten, könne die Mediziner in Zukunft zwingen, für eine bestimmte Periode im öffentlichen Gesundheitswesen zu arbeiten. All diese Ängste kristallisierten sich aber um die sehr konkrete Angst vor der neuen Prüfung.

Dabei wandten sich die Studenten keineswegs gegen das Prüfungssystem insgesamt: Die Berechtigung der „internes-Prüfung“, die darüber entscheidet, ob man Facharzt werden kann, wurde nirgendwo in Frage gestellt. Man wollte, was das Prüfungssystem anbelangt, daß alles so bleibt wie es ist. Das gilt auch für den Erhalt der wissenschaftlich wertlosen „quasi-Doktorarbeit“, da man befürchtete, daß deren Abschaffung einen Statusverlust nach sich ziehen könne.

Nicht alle Forderungen wurden übrigens von den Studenten einheitlich vertreten. Die eher rechts dominierten Fakultäten wollten die Erhaltung der Möglichkeit, im Ausnahmefall auch ohne praktische Ausbildung die Facharztprüfung zu absolvieren. Sie wehrten sich auch dagegen, daß in Zukunft am Krankenhaus die jungen Mediziner, die die Internes-Prüfung bestanden haben (die künftigen Fachärzte also) und diejenigen, die sich dort zwei Jahre auf ihre Tätigkeit als Allgemeinpraktiker vorbereiten, gleich behandelt werden sollen. Diese Regelung wurde hingegen von der Mehrheit der Studenten begrüßt. Danach haben in Zukunft alle Ärzte während ihrer Ausbildung im Krankenhaus die gleiche diagnostische und therapeutische Verantwortung und die gleiche Bezahlung. Ebenfalls mehrheitlich akzeptiert wurde die Einrichtung von staatlichen Kommissionen zur Abschätzung der Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung und die Erweiterung der Ausbildung um Grundkenntnisse des öffentlichen Gesundheitswesens und der Forschung.

Streikformen

Schätzungsweise 70 bis 90 Prozent der Medizinstudenten beteiligten sich am Streik. Schon diese Zahl ist ganz ungewöhnlich, denn es streiken schließlich Studenten, die sich normalerweise an solchen Aktionen nicht beteiligen, keine entsprechende Tradition haben.

Noch erstaunlicher ist, daß der Streik über mehr als drei Monate durchgehalten werden konnte. Dabei bedeutete Streik nicht nur Boykott der Lehrveranstaltungen, sondern er war wirklich ein aktiver Streik. Überall bestanden gewählte Streikkomitees, die in regelmäßigen Vollversammlungen (in Nizza z.B. fanden sie täglich statt bis zum Ende des Streiks!) die Ergebnisse der Verhandlungen mit der Regierung weitergaben und die Meinungen der Studenten wieder nach „oben“ vermittelten.

Der Streik der Medizinstudenten ist seit Jahren der erste in Frankreich, der weit über die Universität hinaus wirkte. Die Studenten entwickelten nimmermüde Aktionsformen, die mutig und phantasievoll die Bevölkerung mit den Streikzielen konfrontierten. Das ging von Infoständen bis zur kurzfristigen Blockade großer Bahnhöfe. Zum ersten Mal seit langer Zeit schlug die passive, ganz aufs Private orientierte Lethargie der französischen Studenten wieder um, wurde die Erfahrung von Kollektivität und Solidarität gemacht. Dabei beteiligten sich im Prinzip die Vertreter aller politischen Richtungen unter den Studenten am Streik. Man verstand sich dabei als unpolitisch, als eine Gruppe, die gemeinsam sachfremde, übereilte Eingriffe von oben abwehrt. So hat die Rechte zwar auch vom Streik profitiert, weil er ja die Autorität der Linksregierung schädigte, sie hat ihn aber gewiß nicht zu wesentlichen Teilen organisiert.

Was wurde durch den Streik erreicht?

Der Stein des Anstoßes — das neue klassifizierende Examen nach dem zweiten Studienabschnitt — wurde in der geplanten Form zurückgenommen. Statt dessen soll es jetzt eine dreistündige Prüfung über generelle klinische und therapeutische Kenntnisse geben, deren Bedeutung weit geringer ist als die eines nationalen concours. Allerdings gilt diese Regelung nur bis 1987. Außerdem wurden den Studenten Übergangsbestimmungen bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zugesichert. Ferner sollen in Zukunft die Studenten an der endgültigen Ausarbeitung des Gesetzes beteiligt werden. Der Streik wurde Mitte Mai beendet, da die wesentlichen Forderungen der Studenten erfüllt waren.

Der Streik der Ärzte

Die Wirksamkeit des studentischen Streiks wurde dadurch verstärkt, daß in den letzten Monaten auch die Ärzte streikten. Beide Streikbewegungen sollten jedoch nicht vermischt werden, da sie verschiedene Ursprünge und Ziele haben. Um den Streik der Ärzte zu verstehen, muß man sich die geplante bzw. teilweise schon durchgeführte Reform des Gesundheitswesens insgesamt vor Augen führen. Unumstritten ist dabei nur die Ausweitung der Stellen. Insgesamt wurden 12 500 neue Stellen geschaffen, davon 1 500 Arztstellen. Die sektoralisierte Psychiatrie erhielt 1 000 Stellen im ambulanten Bereich, die Ausgaben für Prävention stiegen um das Doppelte. Auch hier wurden 400 neue Stellen geschaffen. Die alte Regierung hatte in den letzten zehn Jahren keine einzige Stelle genehmigt, unter der neuen Regierung stiegen die Ausgaben für den Gesundheitssektor 1982 um 29 Prozent, 1983 bisher um 14 Prozent.

Geplante strukturelle Veränderungen

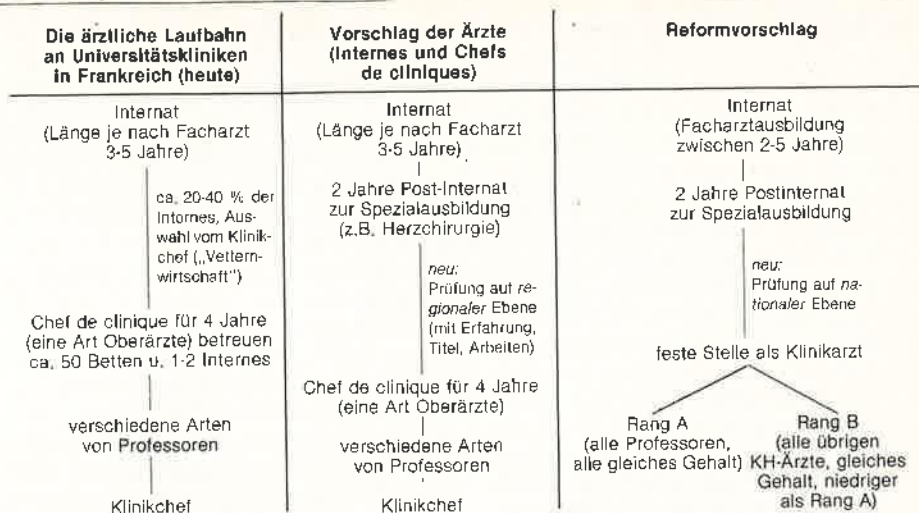
Der eigentliche Anlaß zum Ärztestreik waren die geplanten strukturellen Veränderungen nach dem neuen Gesetzentwurf, den die Nationalversammlung am 25. Mai bereits diskutiert hat.

Generell ist eine grundlegende Demokratisierung in allen Bereichen geplant (Département-System). Konkret ist dabei noch vieles überaus unklar, strukturell soll es aber darum gehen, die verstreuten Kliniken zu diagnostischen und therapeutischen Zentren zusammenzufassen, um damit dem Patienten unnötige Wege und Doppeluntersuchungen zu ersparen.

Strittig ist vor allem die geplante Mitbestimmung aller Personalgruppen im Krankenhaus, strittig ist, daß der Zentrumsdirektor in Zukunft gewählt werden und nur eine zweijährige Amtszeit haben soll, umstritten ist die Nivellierung der Hierarchie unter den Ärzten zugunsten eines Kollegialsystems.

Erbittert bekämpft wurde natürlich auch die Abschaffung der Privatliquidation. Schon seit einem Jahr werden keine neuen Privatstationen mehr eingerichtet. Die Klinikchefs dürfen noch bis zu ihrem Ruhestand, längstens aber noch bis 1987 stationäre Privatpatienten haben, danach ist jegliche Privatliquidation in öffentlichen Krankenhäusern untersagt. Allerdings dürfen die Klinikchefs noch ambulante Privatprechstunden abhalten.

Daß die Ärzte sich um ihre Pfründen sorgen, vermag man sich leicht vorzustellen. Als dann durch den studentischen Streik ein Klima öffentlichen Protests gegen die Gesundheitspolitik der Regierung entstand, traten auch die 8 000 „Internes“ und „Chefs de clinique“ an allen vierzig Universitätskliniken in Streik.



Graphik 2: Die ärztliche Laufbahn an Universitätskliniken in Frankreich

Die Streikforderungen der Ärzte

- Man wandte sich gegen die geplante Aufhebung des Sonderstatus der Medizinischen Fakultäten. (Die Regierung wollte die medizinischen Fakultäten wie alle anderen einem neuen, demokratischen Hochschulgesetz unterstellen, das eingreifende Mitbestimmungsmaßnahmen vorsieht.)
- Man wandte sich gegen den Vorschlag der Regierung, Medizinprofessoren sollten in Zukunft nur noch *entweder* unterrichten, *oder* Patienten versorgen.
- Man wandte sich gegen die geplante Beteiligung des nichtwissenschaftlichen Personals an der Wahl des Klinikchefs.
- Man lehnte die Neuordnung der Ärztehierarchie ab, nach der es nur noch zwei Ränge geben sollte, Assistenten und Professoren.

Positiv wollten die Ärzte der Universitätskliniken:

- 500 zusätzliche Arztstellen im Krankenhaus pro Jahr und die Bezahlung der Nachtdienste der „Internes“. (In Frankreich machen die „Internes“ alle Nachtdienste an Universitätskliniken, sie bekommen diese Dienste aber erst nach dem sechsten Nachtdienst pro Monat bezahlt)

Der Verlauf des Ärztestreiks

Der Streik begann ungefähr einen Monat nachdem der Medizinstudenten und endete am 2. Mai. Vielmehr: er wurde ausgesetzt, denn die Ärzte drohten mehrfach damit, ihn wieder aufzunehmen.

Die Streikbeteiligung war hoch. Außer den traditionell fortschrittlichen Ärzten in der Psychiatrie, die nicht streikten, beteiligten sich anfangs neunzig bis hundert Prozent an den Protestmaßnahmen. So war der Streik auch effektiv. Ende April waren nur

noch fünfzig bis sechzig Prozent der Betten belegt, während sonst die Betten an den Universitätskliniken zu hundert Prozent ausgelastet sind. So hatte dieser Streik auch ökonomische Folgen, kostete den Staat Millionen Francs.

Die Bevölkerung reagierte uneinheitlich. Die durchaus häufige Ablehnung ärztlicher Hilfe, der mehr oder minder versteckte Hinweis, man solle sich doch an Privatkliniken wenden, machten zwar Unmut, desgleichen die Weigerung, Abtreibungen durchzuführen, aber die großen Katastrophen blieben aus, da der Notdienst aufrechterhalten wurde. So gab es durchaus auch Teile der Bevölkerung, die sich mit den Ärzten solidarisierten.

Natürlich solidarisierten sich alle, die im Gesundheitswesen Privilegien zu verlieren haben. Die Apotheker unterstützten den Streik, sogar die Klinikchefs schlossen sich zwei Tage lang dem Streik an — ein Novum in Frankreich. Der französische Ärzteverband unterstützte die Streikenden, ebenso der Verband der Krankenhausärzte.

So beherrschten die Streikenden auch weitgehend die öffentliche Diskussion. Die Formen waren natürlich „seriöser“ als die der Studenten. So führte man Ende April eine nationale Versammlung der Ärzteverbände und der Streikenden durch, die der Öffentlichkeit die Breite des Protests vermitteln sollte. Die kommunistischen Gewerkschaftler waren eingeladen unter der Bedingung, daß sie nicht das Wort ergreifen würden!

Die Zahl und vor allem der Organisationsgrad der fortschrittlichen französischen Ärzte ist vergleichsweise gering. Sie hatten ihren Standesgenossen außer einem bescheidenen Informationstag wenig entgegenzusetzen.

Die Gewerkschaften wandten sich gegen den Ärztestreik, da er nur Privilegien verteidige. Mit dem Kampf der Studenten gegen die neue Prüfung hatten sich die beiden linken Gewerkschaften hingegen solidarisiert.

Im Resultat konnten die Ärzte fast alle wichtigen Forderungen gegen die Regierung durchsetzen:

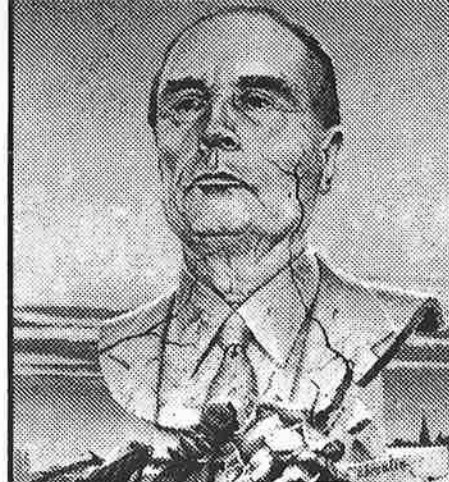
- Die Autonomie der Medizinischen Fakultäten bleibt erhalten, die Mitbestimmungsregeln des neuen Hochschulgesetzes finden dort keine Anwendung.
- Die Professoren können weiterhin sowohl lehren als auch Patienten versorgen.
- Das nicht-ärztliche Personal nimmt nicht an der Wahl der Klinikchefs teil.
- Es werden jährlich zusätzlich 500 Arztstellen im Krankenhaussektor geschaffen.
- Die „Internes“ bekommen den Nachtdienst künftig vom dritten Dienst pro Monat ab bezahlt, machen also nur noch zwei statt bisher fünf umsonst.

Die Verhandlungen gehen noch weiter. Die Regierung hat angekündigt, sie wolle keinesfalls Abstriche an ihrem Plan machen, wo es um die Abschaffung der ärztlichen Hierarchie geht. Eine Wiederaufnahme des Streiks kann also nicht ausgeschlossen werden.

Bis zum Herbst dieses Jahres soll für die Ärzte und für die Medizinstudenten eine von allen Seiten akzeptierte Regelung vorliegen, die dann im Parlament eingebracht werden kann.

Ein politisches Lehrstück

Die Reform des französischen Gesundheitswesens, der Medizinerstreik und die weitgehende Rücknahme von Reformvor-



schlägen in diesen Gefolge sind ein Lehrstück, von dem zu befürchten steht, daß die Regierung nichts daraus lernt, sondern das Lehrstück als Tragödie begreift. Schauen wir uns noch einmal die Anordnung dieses Lehrstücks an: Eine ohne Massenbewegung an die Regierung gekommene sozialistisch-kommunistische Regierung, der das Volk ein Mandat für Reformen, keineswegs aber für revolutionäre Politik gegeben hat, will die Medizinausbildung verbessern und das Gesundheitswesen zu gleicher Zeit effektivieren wie demokratisieren. Einzelne dieser Reformvorschläge, etwa die Trennung von Lehre und Patientenversorgung usw. sind gewiß unüberlegt gewesen, aber alles in allem versuchen diese Reformen, all das umzusetzen, was die linken Mediziner hierzulande seit Jahren vorschlagen. Man stelle sich einmal vor, was das bei uns bedeuten würde: Abschaffung der Privatliquidation, Wahl der Klinikchefs, Nivellierung der Hierarchie unter den Ärzten... Und zudem

gibt es mitten in der Krise noch mehr Stellen im Gesundheitswesen, während in allen entwickelten kapitalistischen Staaten nur gespart wird im Sozialbereich.

Die Vorschläge sind gut für die Patienten, sie sind gut für die meisten Ärzte, die ja Allgemeinpraktiker werden oder auf den unteren Stufen der Krankenhaushierarchie sind. Sie sind schlecht für ein paar privat liquidierende Klinikchefs und für ein paar Eitelkeiten hochqualifizierter Fachärzte, deren Besitzstand im Prinzip nicht einmal berührt wird. Schaut man die Schlachtanordnung an, scheint der Kampf entschieden: ein paar Privilegierte, die selbst in ihrer Berufsgruppe eine Minderheit sind, gegen den Rest der Nation.

In der Realität freilich bewegte sich diese Anordnung ganz anders: Die Regierung brachte beinahe alle Mediziner so gegen sich auf, daß sie wesentliche Elemente der Reform zurücknehmen mußte, und die Nation hat sich die Angelegenheit teils traurig, teils hämisch, jedenfalls aber passiv angeschaut. Die Regierung hat eine politische Anordnung gewählt, die in die Niederlage führen mußte, obgleich die objektiven Bedingungen nicht schlecht waren. Welche?

Der Grundfehler war ganz prinzipieller Natur. Die in der französischen Presse viel diskutierten taktischen Ungeschicklichkeiten wie die, einen Kommunisten zum Gesundheitsminister in einem Bereich zu machen, in dem das konservative Element relativ stark ist, spielen dabei nur eine nebengeordnete Rolle. Der Grundfehler war, zu

Legen Sie Ihr Geld gut an. Aber legen Sie sich nicht fest.

Niemand kann verlangen, daß Sie heute schon wissen, was Sie sich in ein paar Jahren wünschen. Denn Wünsche ändern sich – manchmal sehr schnell. Und mancher, der letztes Jahr unter der großen Freiheit noch ein Motorrad verstand, der würde jetzt vielleicht lieber Kuchen backen. Im eigenen Sandkasten, mit dem ersten Sohn.

Nehmen Sie sich deshalb die Freiheit, später zu entscheiden. Nehmen Sie erstmal Guthaben-Zinsen, aber halten Sie sich gleichzeitig alle Chancen offen. Durch Sparen im BHW-Vermögensbildungstarif. Dieser Tarif garantiert Ihnen 4% Guthaben-Zinsen. Zusammen mit dem Arbeitgeber-Anteil und Sparzulage vom Staat wird Bausparen zu einem guten Geschäft.

Wenn Sie zum Beispiel 26 DM im Monat anlegen, holen Sie nach zehn Jahren 9.422,89 DM heraus. Obwohl Sie nur 3.120 DM eingezahlt haben.

Bausparen ist also ein gutes Geschäft – ob Sie bauen wollen oder nicht.

Aber Bausparen ist noch mehr. Da ist zum Beispiel der Anspruch auf ein zinsgünstiges Darlehen, ohne das es heute schwer fällt, noch ein Haus oder eine Wohnung zu bezahlen. Und es kann ja gut sein, daß Sie sich irgendwann die eigenen vier Wände wünschen, um Ihre Zukunft auf eine sichere Grundlage zu stellen. Denn welche Geldanlage erzielt so hohen und sicheren Wertzuwachs wie Haus- und Grundbesitz?

Aber Eigentum ist mehr als materieller Besitz. Das gute Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit. Der Freiraum für die Kinder. Mehr Entfaltungsmöglichkeiten für alle. Mehr Spaß am Leben, mehr Sinn. Das sind Dinge, die mit Geld nicht aufzuwiegen sind.

Wählen Sie deshalb eine Anlageform, bei der Sie mehr zurückbekommen als Geld und Zinsen. Und eröffnen Sie Ihr „Konto“ beim BHW. Ihr BHW-Berater hilft Ihnen ganz persönlich.

BHW

Bausparkasse
für den öffentlichen Dienst.

glauben, man könne eine Politik administrativ „von oben“ durchsetzen, wenn sie objektiv im Interesse der Bevölkerung wie der betroffenen Berufsgruppe ist. Der demokratische, soziale Inhalt der Politik ist mit der undemokratischen, unsozialen Form ihrer Durchsetzung in Konflikt geraten, und so erwies sich die Form als stärker.

Im einzelnen heißt das:

Die Regierung versäumte, ihren Entwurf mit den Studenten zu koordinieren. Man behandelte sie, wie auch die rechte Regierung sie behandelt hatte: als passive Dispositionsmasse von Bürokraten. Man übersah, daß Gerechtigkeit noch etwas anderes ist als gleiche Prüfungsbedingungen für alle. Es darf als sicher gelten, daß es ohne den Streik der Medizinstudenten keinen Streik der Ärzte gegeben hätte, mindestens wäre er weitgehend isoliert geblieben. Der Streik der Medizinstudenten wiederum entzündete sich nicht an den Maßnahmen zur Verbesserung und Demokratisierung des Gesundheitswesens, sondern an der Verschärfung der Prüfungsrestriktionen. So ist den rechten Medizinern gelungen, was eigentlich der Linken hätte gelingen müssen: eine gemeinsame Front mit denen herzustellen, die eigentlich politisch wie gesundheitspolitisch eine andere Meinung vertreten.

Die Regierung und die sie tragenden Parteien haben übersehen, daß Regierungsmacht und Hegemonie verschiedene Dinge sind. In alter französischer Tradition glaubten sie, auf die reale Stärke der Linken in gesellschaftlichen Teilbereichen käme es nicht an, wenn man nur den Elysee-Palast und die Nationalversammlung dominiert. So hat man seit Jahren versäumt, wirksame Gewerkschaftspolitik bei Berufsgruppen wie den Ärzten zu betreiben. Die Konzentration auf die Industriearbeiterschaft, allenfalls noch auf den Lehrerberreich, hat sich als katastrophaler Fehler erwiesen. So kam es in der entscheidenden Phase nicht zu Auseinandersetzungen in der Berufsgruppe, im gesellschaftlichen Teilbereich selbst, sondern zum Widerstand dieser Berufsgruppe gegen die Politik „von oben“. Für den Stellungskrieg in den Gräben der bürgerlichen Gesellschaft, von denen Gramsci spricht, hatten die französischen Linken nicht einmal einen medizinischen Notdienst.

Trotz dieser Fehler, die man im Medizinerbereich selbst gemacht hatte, hätte es Chancen gegeben, sich gegenüber den Ärzten in den wichtigsten Punkten durchzusetzen, wenn man versucht hätte, die Bevölkerung zu mobilisieren. Das freilich will die Regierungsmehrheit nicht, aus Angst, das werde zu einer großen rechten Mobilisierung führen. So macht man in der Gefahr eine „staatsmännische“ Politik der Mitte, die die Rechte weder befriedet noch anzieht, die Linke aber enttäuscht. ■

Oh Krankreich, deine Reformen

Von Familie Stempel (Paris)



Nach dem Scheitern der ersten Umsetzungsversuche der neuen französischen Gesundheitspolitik sieht es für die weiteren Reformvorhaben der Linksregierung im Gesundheitswesen düster aus. Dennoch wollen wir sie für den bundesdeutschen Leser kurz skizzieren, da sie exemplarisch die Schwierigkeiten einer linken Politik in einer am Gewinn orientierten Gesellschaft und auch die eines zum großen Teil am Profit ausgerichteten Gesundheitssystems aufzeigten. Das Grundprinzip der Linksregierung lautet zwar nach wie vor, Gesundheit und Profit voneinander zu trennen. Ein durchaus löbliches Prinzip, aber auch in Frankreich undurchführbar bei den vorgegebenen Verhältnissen, an denen die Regierung nur „etwas“ rütteln möchte.

Staatliche Pharmaproduktion geplant

Auf der einen Seite sind Teile der französischen Pharmaproduktion wohl verstaatlicht, aber sie werden nach privatwirtschaftlichen Prinzipien geführt; die in ausländischem Besitz befindlichen französischen Labors wurden von der Verstaatlichung ausgenommen, und für sie gilt das Prinzip der Gewinnerzielung. Auf der anderen Seite ist das System der Finanzierung der Sozialversicherung sozialisiert.

Im Regierungsprogramm der französischen Sozialisten steht: Die Produktion von pharmazeutischen Spezialitäten ist immer mehr in einigen großen Pharmaunternehmen konzentriert, die ihren Interessen entsprechend den Markt beeinflussen. Um diese Situation zu beenden, will die Regierung eine staatliche Pharmaproduktion organisieren, deren Basis die Pharmafilialen verschiedener verstaatlichter Unternehmen bilden werden.

Überdies ist daran gedacht, ein „Office national de la Pharmacie“ zu gründen, mit dem Ziel, die Aktivitäten der staatlichen und der privaten Pharmaproduktion zu koordinieren und alle Forschungsarbeiten zu konzentrieren. Darüber hinaus wird das Office den gesamten Pharmamarkt sowie



die Produktion und die Preisfestsetzung der einzelnen Medikamente kontrollieren. Auch die Information der Ärzte über die Verwendung der neuen Medikamente soll zentral vom Office organisiert werden. Geplant ist auch, den Verteilungsapparat für Pharmaprodukte zu reorganisieren und in Kooperativen umzuwandeln, die dem Gesundheitsministerium unterstellt werden dürften. Im Detailhandel wird die Einrichtung von Apotheken ohne Profitspanne, sogenannten „Pharmacies mutualistes“, befürwortet. Allerdings wurde hier bereits Wasser in den Wein gegossen, und die Projekte dürften nicht ganz so realisiert werden, wie sie ursprünglich erdacht worden waren.

Schaffung von Gesundheitszentren in unterversorgten Gebieten

So wird die Bildung von „Centres de Santé“, von Gesundheitszentren angeregt, in ihnen sollen praktische Ärzte, Fachärzte und medizinische Hilfskräfte tätig sein, und sie sollen mit radiologischen Einrichtungen und einem Laboratorium ausgestattet werden. Wo immer möglich, sollen sie organisatorisch mit einem Krankenhaus in Verbindung stehen, so daß einerseits eine Weiterführung der Behandlung gewährleistet wäre, andererseits aber auch die Verweildauer bei stationärer Behandlung abgekürzt werden könnte. Diese Zentren werden durch eine Kommission verwaltet, der Vertreter der Verbraucher, der lokalen Behörden sowie des medizinischen und nichtmedizinischen Personals angehören.

Sie werden in erster Linie von der Sécurité sociale organisiert, und die darin tätigen Ärzte sind fest angestellt, sie haben es also nicht nötig, dreißig oder vierzig Patienten an einem Tag abzufertigen, sie haben Zeit, klare Diagnosen zu erstellen und müssen weniger Medikamente und Laboruntersuchungen verordnen. Die Sprechstundenberatungen sind für die Versicherten der Sécurité sociale unentgeltlich.



Die Einrichtung von „centres“ soll vorerst in jenen Regionen gefördert werden, die mit Ärzten und medizinischen Einrichtungen unterversorgt sind.

Welche Ärzte lassen sich in derartigen Zentren anstellen? Kaum die berühmten Spezialisten, auch keine praktischen Ärzte mit gutgehender Praxis. Es sind im allgemeinen jüngere Ärzte, die nicht die Mittel und Möglichkeiten zur Eröffnung einer eigenen Praxis haben, die sich für die Centres interessieren. Aber es gibt heute schon in Frankreich 30 Prozent der Ärzte, die es vorziehen, in ein Dienstverhältnis zu treten, um über eine geregelte Arbeitszeit, ein stabiles Einkommen und einen sozialen Schutz zu verfügen.

Keine Verstaatlichung des Gesundheitswesens

Die Frage nach einer Verstaatlichung des französischen Gesundheitswesens wurde von der Regierung dann auch deutlich verneint. Zunächst sind bei einer Regierungs-umbildung bisher auf verschiedene Ministerien verteilte Ressorts zu einem einheitlichen Gesundheitsministerium zusammengefaßt worden, welches für alle Belange der sozialen Sicherheit, des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsvorsorge zuständig ist. Alle Institutionen und Organisationen, die sich mit der Behandlung und Pflege der Kranken befassen, sind ihm unterstellt worden. Dabei hatte auch der „unpopuläre“ kommunistische Gesundheitsminister Jack Ralite sein Amt verloren und wurde durch den Sozialisten Edmond Hervé ersetzt.

Was ist also weiter geplant?

Ein Kassenarztsystem wie in der Bundesrepublik wird es in Frankreich nicht geben, es würde nicht der französischen Tradition entsprechen. Nach den Erklärungen von Experten aus dem Gesundheitsministerium sollen den Ärzten die juristischen, technischen und finanziellen Möglichkeiten gegeben werden, sich selbst freiwillig neue Strukturen für ihre Berufsausbildung zu schaffen. Diese neuen Organisationsformen müßten auf jeden Fall die freie Arztwahl des Patienten und die Wahrung des Berufsgeheimnisses beibehalten.

Private Kliniken in den öffentlichen Sektor überführen

Auch das Problem Krankenhaus soll eine definitive Lösung finden. Die gegenwärtige Situation wird als unhaltbar bezeichnet. Der private Sektor wird immer bedeutender, während der öffentliche Sektor nur unzureichende Mittel hat, um sich weiter zu entwickeln. Um diesem Zustand ein Ende zu setzen, gibt es nach Ansicht der Linkregierung nur eine Lösung: Die privaten Kliniken, die nach Gewinn streben, müßten in das öffentliche Krankenhauswesen integriert werden, die Eröffnung neuer Privatkliniken wäre zu untersagen. Die privaten Kliniken sind schon seit Jahren ein lebhaft diskutiertes Problem. Sie sind seit je billiger gewesen als die öffentlichen Krankenhäuser, der Betrieb ist persönlicher, und da die Sozialversicherten die freie Wahl des Krankenhauses haben, waren die Privatkliniken stets gut belegt (und sind es nach wie vor), während in den öffentlichen Spitälern Hunderte von Betten leerstehen. Schon bisher war die Eröffnung neuer privater Kliniken mit Schwierigkeiten verbunden, sie wurden nur konzessioniert, wenn sie keine Konkurrenz zu einem öffentlichen Krankenhaus darstellten. Während der Amtszeit des Ex-Gesundheitsministers Ralite hatte dieser bereits die Abschaffung der Privatbetten in den staatlichen Krankenhäusern durchgesetzt.

Bettenberg und 35-Stunden-Woche

Indes sind heute zu viele Betten da. Die Zahl der Krankenhausbetten ist in zwanzig Jahren von 100.000 auf 500.000 gewachsen. Frankreich hat im Gegensatz zu seinen Nachbarn die Hälfte seiner Spitalbetten erst seit 1965 gebaut. Aber es gibt heute noch etwa sechzig Krankenhäuser in baufälligem Zustand. Die Zahl des Krankenhauspersonals erhöhte sich zwischen 1966 und 1981 von 206.000 auf 500.000.

Monsieur Barotte, Gesundheitsminister der Regierung Giscard d'Estaing, hatte eine Aufnahmesperre für das Spitalpersonal verfügt, um die Kosten zu reduzieren. Jetzt wurden 1.500 neue Stellen eingerichtet.

Und wenn die Arbeitszeit, wie es geplant ist, in den Spitälern in absehbarer Zeit auf 35 Wochenstunden reduziert werden sollte, wird man noch wesentlich mehr Personal einstellen müssen.

Die Verwaltung der öffentlichen Krankenhäuser wird weitgehend reformiert. Arbeitsbedingungen, Gehälter des Personals und die Organisation werden verbessert, ebenso die berufliche Schulung des Personals, gleichzeitig werden die Kompetenzen des leitenden Personals klar festgelegt.

Geplante „Ärzteschwemme“

Weitere Probleme bahnen sich bei der stark zunehmenden Zahl der Ärzte an.

In den kommenden acht Jahren werden 65.000 neue Ärzte zur Verfügung stehen und etwa 25.000 werden in Pension gehen. Aber da der Gesundheitsminister die gegenwärtige Zahl von Ärzten, etwa 110.000, als unzureichend ansieht, hat er an den Fakultäten 5.000 neue Studienplätze geschaffen, statt, wie sein Vorgänger es geplant hatte, ihrer 700 jedes Jahr zu eliminieren.

Sozialabbau kein Fremdwort mehr

Für die Krankenversicherung ist die Kostenfreiheit für die Versicherten, also die Abschaffung des Selbstkostenbeitrags, der gegenwärtig für Arzt und Medikamentenkosten 30 Prozent beträgt, ein Ziel. Zumindest sollte die Kostenfreiheit für minderbemittelte Bevölkerungskreise und für Arbeitslose realisiert werden. Der Staat wird seinerseits seinen Anteil an den Kosten der Sécurité sociale wesentlich erhöhen, um wenigstens einen Teil des Defizits zu beheben, auch wenn für Besserverdienende der Selbstkostenbeitrag erhöht wird. Andererseits führte die Ausgabenentwicklung nun auch die französische Regierung in den letzten Monaten auf den Kurs des Sozialabbaus der übrigen europäischen Staaten. Diese Entwicklung wird in der im nächsten Heft erscheinenden Länderübersicht dargestellt werden. ■

Angefangen hatte es mit einer Anzeige im norwegischen Arztblatt:

„BJUGN Arztdistrikt, soll mit 3 Ärzten versorgt werden, alle mit Wohnort Bjugn. Freistehendes Haus mit 140 m², Miete 1500,— Nkr/Monat. Praxis in bestehenden Räumen zusammen mit den anderen Ärzten. Die Gemeinde plant, permanente Praxisräume im Anschluß an das moderne Gesundheitszentrum zu bauen ...“

Wir bewarben uns, schrieben in einem Satz, daß wir uns die Stelle gerne teilen würden. Unter fünf Bewerbern hatten wir die längste Berufserfahrung, und seit dem 1.10.82 teilen wir uns eine Distriktsarztstelle.

Zeit, eine Zwischenbilanz zu ziehen.



Mal eben ins Krankenhaus geht nicht

Ein Erfahrungsbericht aus einer norwegischen Landarztpraxis

von Unni Kristiansen und Harald Kamps

Unni:

In dieser zufällig gewählten Woche bin ich Montag zu Hause mit unserem zweijährigen Sohn und mache, was anfällt — von Wäsche waschen bis zum Artikelschreiben für DG.

Am Dienstag sitze ich dann in unseren Praxisräumen. Ich bin die einzige Frau unter den vier Ärzten und sehr schnell zur „Frauenärztin“ der Gemeinde geworden. Meist gefällt mir diese Aufgabenverteilung gut. Es gibt aber auch Tage, wo ich schreien könnte — beim Spreizen des zwölfsten Spekulum! Auch heute fängt es typisch an — erster Patient: eine Frau. Ihr fehlt es an nichts, sie möchte aber gerne eine Vorsorgeuntersuchung machen lassen. Das hatte sie schon lange machen wollen, jetzt sei ja endlich eine Ärztin da. Wir unterhalten uns ein bißchen, ich untersuche sie, mache einen Abstrich — soweit ich sehen und tasten kann, ist alles in Ordnung. Der Abstrich wird zur Uniklinik nach Trondheim geschickt.

Geburten ohne technischen Ballast

Die nächste Patientin — ein 17-jähriges Mädchen — möchte ein Verhütungsmittel. Sie ist ein bißchen verlegen, weiß aber genau, was sie will: die Pille. Ich frage immer warum, rede über Vor- und Nachteile, über Körpergefühle, über Verantwortungsgefühl für sich selbst und den Partner. Hauptsache ist, sie hat einen Willen, erkennt ihn und lebt danach.

Die nächste Frau ist schwanger, sie kommt zur Vorsorgeuntersuchung. Ihr geht's gut, sie ist im siebten Monat und wartet schon auf die Entbindung. In unserer Nachbargemeinde gibt es eine kleine Geburtseinrichtung, betreut von zwei Hebammen. Diese Frau hat sich entschlossen, hier ihr Kind zu bekommen. So hat sie Freunde und Bekannte um sich herum, und die ganze technische Geburtshilfe bleibt fern. Sollte es im Laufe der Geburt noch zu Komplikationen kommen, haben sie und wir die Sicherheit, daß sie mit einem Hubschrauber innerhalb von zwanzig Minuten im OP-Saal in Trondheim ist.

Beim Abort gilt die Fristenregelung

Die Frau, die dann kommt, ist auch schwanger, aber ungewollt. Sie ist verzweifelt, hin- und hergerissen, aber eigentlich entschlossen, die Schwangerschaft nicht auszutragen. Wir sprechen über die Gefühle und Gedanken, mit denen sie sich herumschlägt, und über die, die vielleicht nach dem Eingriff auftauchen werden, weil ich das für wichtig ansehe, und wir sprechen über den medizinischen Eingriff, weil es das Gesetz so vorschreibt. In den ersten drei Monaten entscheiden die Frauen selbst. Leichten Herzens fällt die Entscheidung nie. Und die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nimmt ab.

So kommt die eine Patientin nach der anderen. Ab und zu auch eine, der es nicht um den Unterleib geht. Obwohl — steife Schultern / Nacken, Kopfschmerzen, Anspannung und „Nerven“ sind vielleicht doch besonders „fraulich“. Mir scheint, die Männer lokalisieren es woanders. Mit einem der beiden Physiotherapeuten der Gemeinde mache ich einmal die Woche eine Entspannungsgruppe. Somit haben wir eine Alternative zu Tabletten.

Ab 1984 — kommunaler Gesundheitsdienst

An diesem Dienstagabend treffen wir uns zu einer Arbeitsgruppe, die einen Gesundheitsplan für die Gemeinde erarbeiten soll. Uns steht die „Reform des Jahrhunderts“ bevor. Vom 1.1.84 an soll das Primärgesundheitswesen von den Städten getragen werden. Unsere Gemeinde bekommt einen Haushalt von etwa drei Millionen Kronen, bestehend zum großen Teil aus Geldern, die bisher von der Einheitsversicherung oder dem Staat verwaltet wurden. Und bezahlt werden sollen davon alle: wir Ärzte, die Gemeindekrankenpflege, Vorsorgearbeit etc. Es ist der Versuch, die Ausgaben für Gesundheit in den Griff zu bekommen und über politisch bestimmte Vierjahrespläne zu einer besseren Gewichtung der ambulanten Dienste zu kommen. Greifbare Veränderung für uns: wir bekommen ein festes Gehalt — und kein schlechtes.

Präventionsunterricht in der Schule

Mittwoch habe ich frei, habe mich allerdings für zwei Stunden Präventionsunterricht in der Schule verabredet. Mit der Gesundheitschwester fahre ich zu einer zwanzig Kilometer entfernt liegenden Schule. Hier warten die Schüler der achten Klasse gespannt, was wir wohl erzählen werden. Wir reden von sicheren und unsicheren Tagen, vom Petting, von Kondomen, die wir verteilen, von Spiralen und Pillen, vom Pessar (Diaphragma) und Schaumzäpfchen. Von Liebe, Verantwortung und Lust. Die zwei Stunden vergehen viel zu schnell. Wir haben Spaß dabei, die Schüler sitzen mit weit offenen Ohren.

Donnerstag:

Mein Sohn ist heute bei einer Tagesmutter. Ich habe also Zeit, in der Praxis liegengebliebene Schreibarbeiten zu erledigen. Vielleicht mache ich auch einen Hausbesuch, der zwar nicht dringend nötig, aber doch sinnvoll ist. Außerdem habe ich an diesem Tag Teamgespräche, z.B. in unserem „Kindermaßhandlungsteam“. Auch verabrede ich Gespräche mit Patienten, wo ich weiß, wir brauchen längere Zeit und mehr Ruhe als in dem normalen Praxisbetrieb.

Routine kehrt ein

Freitag ist dann wieder mein Praxistag. Als erster kommt ein Mann, der diese Nacht telefonisch mit Harald gesprochen hat wegen einer Fußverstauchung. Er habe nicht schlafen können vor Schmerzen, ob vielleicht doch was gebrochen sei? Er zeigt mir einen dick geschwollenen Fuß, aber ohne Zeichen eines Bruches. Er bekommt eine elastische Bandage, Ruhe verordnet und eine Krankschreibung für eine Woche. Dann kommen die Listenpatienten an die Reihe. Es wird ein ruhiger Tag, ohne große Hektik. Alle freuen sich, daß heute Freitag ist, und am Wochenende hat einer der Kollegen aus der Nachbargemeinde Dienst.



Bitte platznehmen zur Blutdruckkontrolle



Harald:

Es ist Montag in einer beliebigen Woche. Heute ist mein Praxistag. Um 9 Uhr geht's los. Auf meinem Schreibtisch liegen neun Krankenblätter: mein Pensum bis 12 Uhr. Einige Tage im voraus hatten sich die Patienten bei einer der beiden Krankenschwestern oder bei der Sekretärin einen Termin geben lassen. Zwanzig Minuten pro Patient.

Wenige Wochen vor unserem Arbeitsanfang hatte die Gemeinde in Fertigbauweise Praxisräume für uns erstellt, mit einem Durchgang zum bisherigen Wartezimmer. Wir hatten es gerade noch geschafft, die Einrichtung auszusuchen, und seitdem konnten wir über Arbeitsmangel nicht klagen. Mit den beiden anderen Ärzten, die hier seit sieben Jahren arbeiten, sind wir für 5000 Menschen zuständig.

Einheitsversicherung mit Eigenbeteiligung

Ich rufe den ersten Patienten herein. Er klagt über Übelkeit, Verstopfung, und letzte Woche hatte er Blut im Stuhl gesehen. Anamnese, Tastbefund, und dann bespreche ich mit ihm den weiteren Untersuchungsgang. Zum Schluß fülle ich eine Standardrech-

nungskarte an die Krankenkasse aus. Diagnose: Obs colon, erste Konsultation: 41 Kronen, Blutbild, Stuhlproben und weitere Serumproben bei einem auswärtigen Labor: 100 Kronen. Und dann öffnet der Patient auch schon sein Portemonnaie und gibt mir 45 Kronen. (Zum Vergleich: 1,— DM sind etwa 3,— Nkr.). Und die Patienten werden oft zur Kasse gebeten: bei den ersten beiden Arztbesuchen, bei allen Medikamenten (frei für Kinder und Frührentner, mit einer Eigenbeteiligung von 40 Kronen). Medikamente für kurzfristige Krankheiten, z.B. eine Penicillinkur bei Mittelohrentzündung, müssen immer aus eigener Tasche bezahlt werden. Dafür bezahlt der Patient keine Krankenkassenbeiträge. Die Einheitsversicherung wird über Steuergelder finanziert, Privatversicherungen gibt es nicht. Denkbar einfach für uns: keine Krankenscheine, keine getrennten Wartezimmer, und doch: dieses direkte Dienstleistung-gegen-Geld-Verhältnis ist mir fremd. Und wenn ich so zurückblicke, verlange ich etwa nur von der Hälfte aller Patienten die mir zustehende Eigenbeteiligung.

Vom Arztbesuch scheint die Eigenbeteiligung nicht abzuhalten. Ich habe auf jeden Fall volles Programm: Kopfschmerzen, steife Schultern, hoher Blutdruck, Und viele unbestimmbare Plagen — die auf der Rechnungskarte an die Krankenkasse verlangte Diagnose bleibt Etikett. Mein Zeitplan verschiebt sich, ich arbeite wohl nicht „effektiv“ genug. Müssen die nächsten halt etwas warten. Von 12 bis 13 Uhr ist Lunchpause. Ich brauche mich also nicht zu hetzen.

Übersichtlicher Arzneimittelmarkt

In der Pause sitzen wir dann alle zusammen, die beiden Krankenschwestern, die beiden anderen Ärzte und die Sekretärin — wir trinken Kaffee, essen das mitgebrachte Butterbrot, schauen die Post durch und reden auch schon mal was Fachliches. Pünktlich geht's wieder los. Sechs Patienten sind noch an der Reihe. Um 15 Uhr verabschiede ich den letzten. Jetzt noch der obligatorische

Anruf bei der Apotheke. Die liegt in der Nachbargemeinde und versorgt über 20 000 Einwohner, meist per Post. Die Rezepte geben wir meist telefonisch durch. Heute sind es bei mir nur vier Rezepte. Die Medikamente werden dem Patienten morgen zugeschickt, so daß er sie gegen Mittag hat. Mit Akutmedikamenten ist unsere Praxis reichlich bestückt. Wählen können wir unter ca. 2000 Präparaten. Bei Neuzulassungen muß der Bedarf nachgewiesen werden, und es werden maximal drei gleichwertige Medikamente zugelassen. Das Arzneimittelverzeichnis paßt in die Kitteltasche (bei uns nicht, keiner der Ärzte benutzt das weiße Statussymbol). Um 15.30 Uhr bin ich zu Hause, vollgepackt mit Eindrücken und Gedanken, aber keineswegs erschöpft.

Am Dienstag habe ich frei, arbeite schließlich nur als halber Distriktsarzt, bin dafür an diesem Tag Hausmann, Vater, Gärtner, Anstreicher ...

kenkasse oder dem Vertreter des Arbeitsamtes erweist sich als hilfreich, um z.B. rechtzeitig Umschulungsmaßnahmen einzuleiten.

Um 11 Uhr geht's zurück in die Praxis. Ich bin heute für alle unangemeldeten Patienten zuständig. Das Wartezimmer ist voll. Ich versuche, mir trotzdem Zeit zu nehmen. Die Rektoskopie bei dem Patienten mit Blut im Stuhl ergibt keinen pathologischen Befund. Dafür war er leicht anämisch und die Blutsenkung war beschleunigt. Ich fülle ein Schema für ein Röntgen-Colon aus und bitte ihn, sich einen Termin in Trondheim im Krankenhaus zu bestellen. Darauf muß er mindestens zwei Wochen warten, und die Fahrt dorthin dauert mit Bus und Boot etwa zwei Stunden. Die Zeit, mit ihm über seine Krebsangst zu sprechen, nehme ich mir heute nicht.



Unsere „Mannschaft“ in der Rezeption, Labor und Archiv

Teamarbeit wird großgeschrieben

Mittwoch ist dann wieder mein Tag. Der startet mit einem zweistündigen Treffen des „sozialmedizinischen Teams“ der Gemeinde. Das Zimmer im Rathaus ist proppenvoll. Alle sind sie gekommen: zwei Sozialarbeiter des Sozialamtes, die Leiterin der Gemeindekrankenpflege, die Gesundheitsschwester, der Psychologe des psychologisch-pädagogischen Schuldienstes, die Distriktskrankenschwester des zuständigen psychiatrischen Krankenhauses, ein Vertreter der Familienberatungsstelle, ein Vertreter der Krankenkasse und einer des Arbeitsamtes. Diese Runde trifft sich in wechselnder Zusammensetzung seit vielen Jahren. Für den heutigen Termin hatte eine dreiköpfige Gruppe, zu der ich gehörte, einen Vorschlag gemacht, wie die Arbeit in Zukunft organisiert werden soll. Wir beschließen, uns häufiger, d.h. alle zwei Wochen, zu treffen und ein Kernteam mit fünf Vertretern der „lokalen Helfer“ zu bilden und bei Bedarf die anderen Fachleute hinzuzuziehen. Und die Zusammenarbeit funktioniert. Ehekrise, aggressive Kinder oder solche, die keine Lust haben, in die Schule zu gehen, werden nicht gedopt. Gemeinsame Hausbesuche sind hier das bessere Rezept. Auch die Zusammenarbeit mit der Kran-

Tranquilizer per Telefon

Draußen warten viele andere Patienten, meist Kinder: mit Mittelohrentzündung, Mandelentzündungen, undefinierbarem Ausschlag und Husten seit drei Wochen, ohne daß ich bei der körperlichen Untersuchung was finde. Am Ende des Tages habe ich genauso viele Extra- wie Listepatienten. Auch meine Apothekenliste ist heute bedeutend länger. Antibiotika dominieren, trotz des Versuches, sie nicht auf Verdacht einzusetzen. Dazu kommen alle Telefonbestellungen: Digitalis, Blutdruckmedikamente und Tranquilizer — irgendwann mal begonnen, von einem der anderen Ärzte und dann regelmäßig weitergenommen. Bei vielen mache ich einen Vermerk für die Krankenschwester, daß der Patient bald vorbeikommen soll. Bei den vor 1910 Geborenen resigniere auch ich. Dann sollen sie eben ihr „Valium“ haben. Heute bin ich erst um 16 Uhr zu Hause und merke deutlich, daß mehr los war.

Vorsorge ist populär

Donnerstag ist der letzte Arbeitstag für mich in dieser Woche. An diesem Tag arbeiten wir in der Vorsorgestation. In kinderfreundli-

cher Umgebung tummeln sich heute die Zweijährigen der Gemeinde. Alle Eltern haben einen Einladebrief bekommen, und dem folgen fast alle. Selten verpaßt jemand, zu einem Impftermin zu erscheinen. Etwa 500 Kinder unter sechs Jahren gibt es in der Gemeinde. Gerade so viele, daß die beiden Gesundheitsschwester noch den Überblick behalten. Und sie müssen viel koordinieren: Hausbesuche in der ersten Lebenswoche, regelmäßige Impfungen und dann die Untersuchungen durch den Arzt. Außerdem sind sie noch für den Schuldienst zuständig.

Mir macht die Arbeit in der Vorsorgestation Spaß, es ist gut, auch mal gesunde Menschen zu sehen und in aller Ruhe über größere und kleinere Probleme zu reden: Schlafschwierigkeiten, schlechtes Essen, „mein Kind redet noch nicht“ und vieles mehr. Am anstrengendsten ist dies für die Mütter (Väter sind auch hier selten) und Kinder. Zuerst zum Zahnarzt, der mit ihnen über Kariesprophylaxe redet und Fluortabletten austeilte, dann zum Arzt, der sie von Kopf bis Fuß untersucht, und zum Schluß noch ein Gespräch mit der Gesundheitsschwester. Pünktlich um 15 Uhr sind wir fertig. 1 200 Kronen bekomme ich brutto für diese sechs Stunden Arbeit. Aber der Tag ist noch nicht vorbei.

Bereitschaft — einmal die Woche

Ich habe heute Dienst. Wir teilen uns die Dienste mit den Ärzten der Nachbargemeinde, somit ist einer von uns jeden sechsten Tag „dran“ und von 15 Uhr bis zum nächsten Tag um neun zuständig für zehntausend Einwohner. Von einem Ende zum anderen in diesem Distrikt sind es fünfzig Kilometer. Im Auto bin ich über's Mobiltelefon zu erreichen, die Familie zu Hause hat also Frieden.

Um 17 Uhr wird's lebhafter im Telefon: ein vierjähriges Kind hat seit vier Tagen hohes Fieber und wirkt ziemlich schlapp. Bevor ich die ganze Nacht daran denke, eine Gehirnhautentzündung übersehen zu haben, fahre ich lieber hin. Ich muß ca. zwanzig Kilometer fahren, am Sägewerk vorbei, und dann sei es der zweite Bauernhof auf der linken Seite. Straßennamen und Nummern gibt es kaum, und die Norweger wohnen in allen möglichen Winkeln. Aber bisher habe ich alle gefunden und sei es, daß man einen Stuhl an den Wegrand stellt. Nach gründlicher Untersuchung des Kindes sieht alles viel harmloser aus. Ich sage meinen Vers auf: erkläre, was eine Virusinfektion ist, betone, wie wichtig es ist, daß das Kind reichlich trinkt, und für alle Fälle lasse ich noch einige Fieberzäpfchen da. Die Eltern sind beruhigt.

Im Auto zeigt das Mobiltelefon, daß ein Anruf für mich war. Ich vereinbare den nächsten Besuch. Jetzt im Sommer mit den hellen Nächten macht es Spaß rumzufahren. Im Winter war's schon härter, wenn es um 15 Uhr bereits stockdunkel war und oft die Straße im Schneetreiben kaum zu sehen war. Und es war mehr zu tun, jetzt müssen wir oft nur zwei- bis dreimal am Tag raus. Ökonomisch bedeuten die Dienste viel, Krankenbesuche werden gut bezahlt, ebenso die Fahrzeit. Zusätzlich bekommen wir von der Gemeinde vierzig Kronen in der Stunde als Bereitschaftsdienstvergütung.

So sieht also unser Arbeitsalltag aus. Als die größte Herausforderung erleben wir, daß wir die Gesamtverantwortung für die Bevölkerung tragen. Mit unseren mehr oder weniger mangelhaften Fachkenntnissen folgen wir den Menschen in allen Lebensabschnitten: von den ersten Schwangerschaftsuntersuchungen, über Vorsorgeuntersuchungen im Vorschul- und Schulalter, bei der Behandlung von akuten und später chronischen Krankheiten bis zum Sterbebett. Der große geographische Abstand zur nächsten Stadt macht es notwendig, daß wir Aufgaben übernehmen,

die in der BRD Domäne von Pädiatern, Gynäkologen oder Orthopäden wären. Zum Glück gibt's in der Nachbargemeinde einen Augenarzt. Weniger als zehn Prozent unserer Patienten überweisen wir an Spezialisten. Daß wir uns diese Verantwortung mit anderen teilen und daß die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen gut klappt, ermöglicht es uns, dies zu tragen. Daß wir nur in halber Stelle arbeiten, macht unsere Arbeit besonders befriedigend. Wir haben Reserven für uns selber, aber auch für unkonventionelle Aufgaben in unserer Arbeit.

NEUERSCHEINUNG

Preis 3,— DM

Panikpersonen sofort eliminieren!

Über die Pläne der
Militärpsychiatrie,
die Ordnung des Staates zu
sichern
und die Ruhe an der Heimatfront
aufrechtzuerhalten.



Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie

DGSP



zu beziehen über: Deutsche Gesellschaft für soziale
Psychiatrie (DGSP), Postfach 1253, 3050 Wunstorf 1

In unserem Geldbeutel sieht es nach einem Monat für eine halbe Stelle so aus:

Praxiseinkünfte	12 000,— Kronen
Praxisausgaben	4 000,— Kronen
Dienste	5 000,— Kronen
Staatslohn	5 400,— Kronen
Vorsorge/Schulunters.	5 000,— Kronen
	29 400,— Kronen

Die Hälfte davon bezahlen wir an Steuer, bleiben uns jedem umgerechnet fünftausend Mark. Davon läßt sich gut leben.

Was die „große Reform“ mit sich bringt, weiß zur Zeit niemand. Erklärtes politisches Ziel ist es, der ambulanten Versorgung jährlich fünf Prozent Wachstum zu garantieren und den Aufgaben der Vorsorge, der Pflege alter Menschen und der Betreuung geistig Behinderter und von Menschen mit psychischen Problemen die rechte Gewichtung zu verschaffen. Es bleibt zu hoffen, daß diese Ziele nicht an der „kommunalen Armut“ scheitern. Es wird also eine spannende Zeit, und wir werden uns wieder melden.

Pharma 2000



Das permanente Wirtschaftswunder der Pharmaindustrie wird bis zum Jahr 2000 anhalten

Von Peter Sichrovsky

Eine interne, (bisher) unveröffentlichte Studie der Pharmaindustrie über die Entwicklung des Gesundheitssystems bis zum Ende dieses Jahrtausends hat etwas Beruhigendes — zumindest für die Eigentümer dieses Industriezweigs. Übereinstimmend stellen alle an der Studie beteiligten Institute fest, daß für den Wunsch nach Gesundheit weiterhin Jahr für Jahr mehr Geld ausgegeben wird. Eine jährliche Steigerung von etwa 6 Prozent (ohne Inflation) bis zum Jahr 2000 ist zu erwarten.

Grundlage dieses Erfolgs ist erstens:

— Der Anteil der alten Menschen wird vor allem in den Industrieländern stark steigen. Er wird doppelt so schnell wachsen wie die restliche Bevölkerung. Waren 1979 etwa 11,7 Prozent der Menschen über 65 Jahre alt, so werden es 1995 bereits 13 Prozent sein. Der Großteil der Medikamente wird von dieser Altersgruppe eingenommen. Im Durchschnitt nimmt jeder Mensch ca. 50 Prozent aller Medikamente, die er im Laufe seines Lebens zu sich nimmt,

während der letzten Jahre vor seinem Tode ein.

Hier öffnet sich für die Pharmaindustrie in den nächsten Jahren ein riesiger neuer Markt. Die ständig neuen Präparate, die gegen das „Altwerden“ angeboten werden, oft durch eine perfide Werbung mit stets lächelnden alten Menschen unterstützt, sind hier nur der Beginn einer Entwicklung.

Und zweitens:

— In den letzten Jahren begann eine Entwicklung in Richtung Selbstmedikation. Der Konsument/Patient versucht immer mehr, sich, ohne gleich zum Arzt zu gehen, mit frei (ohne Rezept) verkäuflichen Medikamenten zu helfen. Auch dieser Trend wird von der Pharmaindustrie freudig beobachtet. Der Anteil der frei verkäuflichen Produkte wird daher in den nächsten zwanzig Jahren stark zunehmen. Da für die frei verkäuflichen Präparate auch überall geworben werden darf, kann hier der Konsument direkt angesprochen werden. Eine Werbeflut für neue „Wundermittel“ ist zu erwarten.

Doch die Studie berichtet nicht nur Freudiges in bezug auf die Patienten. Sie warnt die Hersteller vor einem „kritischer wer-

renden Konsumenten, der vor allem das Preis-/Qualitätsverhältnis in Zukunft genauer untersuchen wird. Es wird nicht mehr so einfach sein wie bisher, ihm alles einzureden. Er wird genau wissen wollen, was das einzelne Präparat leistet, wie und wann es ihm helfen kann und warum es diesen Preis hat.“ Ob es bei einem halbwegs aufgeklärten Konsumenten noch möglich sein wird, ein Multivitamin-Präparat z.B. gegen Leistungsschwäche anzupreisen, obwohl in jedem Medizinlehrbuch nachzulesen ist, daß dies vollkommener Unsinn sei, wird sich erweisen.

Auch vor staatlichen Eingriffen wird gewarnt. Es wird Preiskontrollen geben, in manchen Ländern der Dritten Welt wird es zu Verstaatlichungen kommen, und auch die Ärzte werden sich nicht mehr jeden Quatsch einreden lassen.

Doch die Industrie hat es bis jetzt immer noch verstanden, sich auf Veränderungen dieser Art einzustellen. Deshalb ist auch der Optimismus trotz all dieser Warnungen ungebrochen — im Gegenteil: sie provozieren höchstens dazu, neue Methoden der Vermarktung zu entwickeln.

Die Zukunft der Werbung liegt daher in spezialisierten Außendienstgruppen. Es

sollen in den nächsten Jahren Fachleute herumschwirren, die speziell geschult sind für den Kontakt mit den Behörden, mit wichtigen Meinungsbildnern, mit verschiedenen Interessenvertretungen usw. Daneben werden noch verschiedene 'Tricks' vorgeschlagen, wie doppelte Außendienste, die unter verschiedenen Namen von derselben Firma den Arzt bearbeiten, und viele andere. Als besondere Idee wird die Bewerbung eines Medikaments beim Patienten, bevor es beim Arzt vorgestellt wird, angepriesen. Diese Methode ist nicht ganz neu und hat vor kurzem im Zusammenhang mit dem Rheumamittel Coxigon von E. Lilly eine traurige Berühmtheit erfahren. Dabei wird ein neues Medikament über die Presse bekanntgemacht, und der Patient bestürmt dann seinen Arzt, ihm doch dieses neue 'Wundermittel' zu verschreiben.

Besonders bei Rheumamitteln, wo der Leidende durch die derzeit erhältlichen Produkte nicht geheilt werden kann, erzeugt diese zynische Methode den Glauben in ihm, es gäbe ein neues Mittel, das ihm endlich helfen könne. Einen besonderen Erfolg erwartet man sich auf jenen Gebieten, wo nach Meinung der meisten Mediziner heute schon viel zu viel verschrieben wird. So soll z.B. der Anteil der Antibiotika von derzeit 11 Prozent aller Medikamente bis zum Jahr 2000 auf 15 Prozent steigen. Aus diesem Ziel der Pharmaindustrie strahlt Selbstbewußtsein. Denn in jedem halbwegs seriösen medizinischen Lehrbuch steht heute zu lesen, daß die meisten Antibiotika bei Virusinfektionen (z.B. Grippe) verordnet werden, wo sie sowieso nicht wirken. Der Umsatz der Herz- und Kreislaufrmittel soll sich bis zum Jahre 2000 verfünffachen (nach heutigem Geldwert). Obwohl in den letzten Jahren immer mehr Wissenschaftler davon sprechen, daß z.B. in der Hochdrucktherapie keine Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Behandelten und Nichtbehandelten festzustellen sind und daß nur eine Änderung der Lebensgewohnheiten wirklich sinnvoll ist.

Die größte Steigerung erwartet man sich auf dem Gebiet der Krebstherapie. Machen diese Produkte heute nur 2 Prozent aller Medikamente aus, sollen es im Jahr 2000 zehn Prozent sein. Dem Gewinner des Wettlaufs nach einem sinnvollen Krebsmittel ist ein kommerzieller Erfolg sicher. Es ist nur zu hoffen, daß die Industrie für diesen Bereich in Zukunft Produkte anbietet, die nicht wie bisher eine Lebensverlängerung meist auf Kosten der Lebensqualität erreichen.

Einen besonderen Stellenwert wird in den nächsten zwanzig Jahren die Medizintechnik einnehmen. Bis 1986 wird es Diagnostiksysteme geben, die man zu Hause, ohne Arzt, verwenden kann. Diabetiker werden sich Pumpen einsetzen lassen können, die je nach Bedarf Insulin freigeben. Bereits 1984 wird es künstliches Blut ge-

ben, und bis zum Ende der achtziger Jahre werden wir Durchleuchtungsmethoden haben, die lange nicht so schädlich wie die Röntgenstrahlen sind.

Doch alle diese sensationellen neuen Erfindungen werden wahrscheinlich nur einem kleinen Teil der Menschen zugänglich sein. Denn der derzeit bestehende Abstand zwischen westlicher und Dritter Welt wird sich auch bis zum Jahre 2000 nicht verkleinern. Nach Schätzungen der Pharmaindustrie wird im Jahre 1995 das Gesundheitsbudget Japans doppelt so hoch sein wie das des restlichen Asien. Die USA werden fast sechsmal so viel ausgeben wie ganz Südamerika, und Europa mehr als zehnmal so viel wie Afrika und der Mittlere Osten zusammen.

Auf dem Gebiet der Ärzte und Krankenhausbetten ist die Situation ähnlich. Die Unterversorgung wird bleiben, und der Westen wird weiter seine Geschäfte machen, ohne daß sich für die Menschen der Dritten Welt die Situation wirklich bessert.

Land	Ärzte		Krankenhaus-	
	pro 1000 Einw.		betten	
	1980	2000	1980	2000
Bundesrepublik	2,2	3,1	11,6	11,1
USA	1,7	1,9	6,2	5,6
Japan	1,3	2,1	10,5	10,5
Brasilien	0,7	1,1	4,0	4,0
Nigeria	0,1	0,2	0,8	1,4
Indonesien	0,07	0,2	0,6	0,8

Ausgaben für die Gesundheit in Milliarden Mark (Schätzungen auf der Basis von 1979)

Land	1979	1995
Westeuropa	640	1240
USA	520	920
Japan	160	470
Asien (Rest)	80	230
Lateinamerika	50	170
Afrika	30	110

Die Pharmaindustrie sieht also beruhigt in die Zukunft. Schon in den letzten Jahrzehnten wurden ihre Gewinnraten nur noch von der Ölindustrie übertroffen. Ihre Bilanzen weisen eine Anhäufung von Kapital aus, daß der Eindruck entsteht, es handele sich um Banken. Mit ihren Gewinnen kaufen sie immer mehr andere Firmen auf, so daß man heute überhaupt kein rein pharmazeutisches Unternehmen mehr kennt.

Als Patient wird man in den nächsten Jahrzehnten auf der Hut sein müssen. Die hier zitierte Studie läßt nur erahnen, wie sich die Pharmaindustrie in Zukunft weiterhin ihre Umsatzsteigerungen sichern wird. Eine noch intensivere Manipulation der Ärzte durch die Industrie, eine Werbeflut, die sich direkt an den Patienten richtet, eine Bearbeitung der kontrollierenden staatlichen Instanzen durch Kommunikationsspezialisten läßt einen organisierten Widerstand der Patienten immer notwendiger erscheinen.

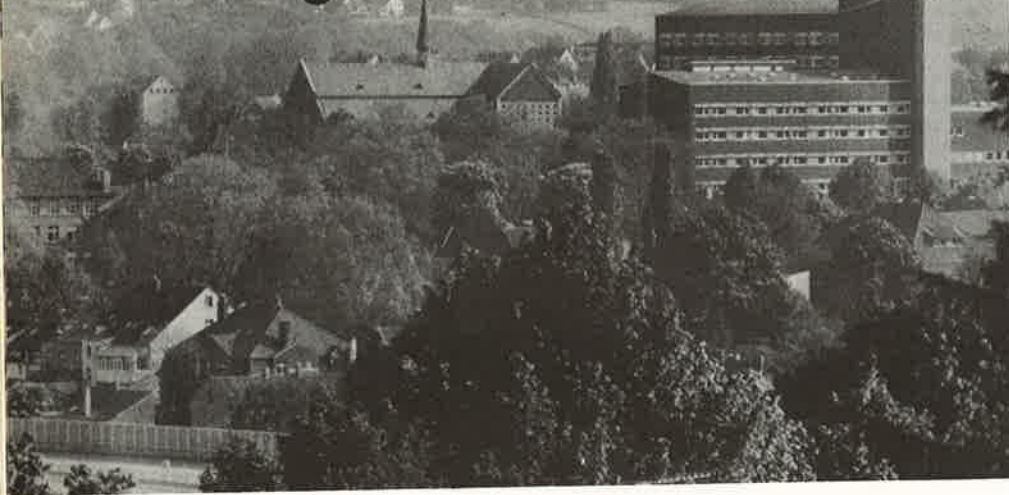
Eine intensive, verständliche Information für den Patienten über Sinn und Unsinn der verschiedenen Angebote der Gesundheitsindustrie kann die Abhängigkeit, wie sie derzeit besteht, durchbrechen. Denn jetzt verdienen sie alle — Industrie, Apotheker, Arzt — an der Unwissenheit der Menschen, die sich nichts anderes als ein gesundes Leben wünschen.

Entwicklung des Medikamentenmarkts weltweit in Milliarden Mark (auf der Basis von 1980)

Produktgruppe	1980	2000
Antibiotika	19	91
Herz/Kreislauf	14	73
Rheuma	9	55
Psyche	7	42
Schmerz	7	18
Grippe/Husten	6	12
Krebs	3	62
Total	170	620



Vorkrieg in Essen



Eine Friedensinitiative im Gesundheitswesen gegen ein geplantes Kriegskrankenhaus

von Georg Maschmeyer

In Essen-Kupferdreh wird der Plan eines atom sicheren Krankenhauses von Stadtvätern stolz herumgezeigt. Der verschlafene Stadtteil wurde von der Friedensinitiative gehörig aufgescheucht.

Ganz beiläufig, fast verstohlen, meldete die größte bürgerliche Tageszeitung des Ruhrgebietes in der Essener Lokalausgabe Anfang 1982, daß in Kupferdreh, einem Stadtteil am südöstlichen Rand von Essen, in Kürze mit dem Bau eines unterirdischen „Hilfskrankenhauses für den Verteidigungsfall“, wie es bereits in zahlreichen Städten existiert, begonnen werden sollte. Verbunden sein sollte dieser Plan mit der Errichtung einer Mehrzweckhalle, die von der Bevölkerung dieses Stadtteils seit Jahren gewünscht wird. Die Halle sollte damit nicht nur den eigentlichen Sinn einer Bürgerbegegnungsstätte haben, sondern gleichzeitig für das darunter vorgesehene Kriegskrankenhaus die in der „Schutzbau fibel“ des Bundesverbandes für „Selbstschutz“ enthaltenen Bedingungen für die Anerkennung als Atomschutzbunker erfüllen: „... gegen herabfallende Trümmer, gegen radioaktive Niederschläge, gegen Brandeinwirkungen sowie gegen biologische Kampfmittel und chemische Kampfstoffe Schutz gewähren“. Dementsprechend waren auch die bis dahin fehlenden finanziellen Mittel aus dem Topf des Innen- bzw. Verteidigungsministeriums in Aussicht gestellt worden. Neben dieser Verknüpfungsmöglichkeit, die eine breite Zustimmung in der Bevölkerung erwarten ließ, wurde die Standortwahl dadurch beeinflusst, daß eine der beiden Essener Bundeswehrkasernen in Kupferdreh steht und gleichzeitig ein mittelgroßes katholisches Allgemeinkrankenhaus im Ort existiert, welches auch flugs zum „Stammkrankenhaus“, das im „V-Fall“ die Versorgung des Bunkers gewährleisten soll, ernannt wurde.

Es mag an der Beiläufigkeit dieser Notiz, der traditionellen politischen Stille des betroffenen Stadtteils oder auch an der fatalen Gewöhnung an die täglichen Kriegsmeldungen gelegen haben, daß sich zunächst niemand zum öffentlichen Widerspruch gegen diesen perversen Planungsakt veranlaßt sah. Es dauerte jedenfalls einige Monate, bis Teile der demokratischen Öffentlichkeit das Thema wieder aufgriffen, nach-

dem bekannt geworden war, daß das Konzept bereits so konkrete Formen angenommen hatte, daß das St.-Josef-Krankenhaus (als einziges Essener Krankenhaus) einen detaillierten „Katastrophenabwehrplan“ in Kraft gesetzt hatte, gleichzeitig mit dem Umbau der Krankenwagenanfahrt begonnen wurde und das Essener Stadtentwicklungsamt auf überregionalen Konferenzen das Projekt bereits stolz präsentierte.

Es lag nahe, ein solch greifbares und makabres Beispiel für die tägliche Militarisierung verschiedenster Gesellschaftsbereiche in den Mittelpunkt der Diskussion um die atomare Aufrüstung oder der auch in Essen aktuellen Erklärung zur „atomwaffenfreien Zone“ zu rücken. Unsere Friedensinitiative im Essener Gesundheitswesen hat sich im Sommer 82 entschlossen, ihre — durch die hohen beruflichen Belastungen begrenzten — Kräfte nicht nur zur theoretischen Vor- und Nachbereitung von Kongressen einzusetzen, sondern auf die Verhinderung dieses sinnlosen und gefährlichen Projektes zu konzentrieren. Nach systematischer Sammlung aller erreichbaren Informationen und Details (einschließlich einiger mit „Interesse an Zivilschutzmaßnahmen“ getarnten Privatanfragen an die verantwortlichen Planungsinstanzen) wurde ein sorgfältig ausgearbeitetes Flugblatt erstellt, das in möglichst allgemeinverständlicher Form eine differenzierte Argumentation gegen die Errichtung eines solchen Kriegskrankenhauses enthielt. Da der als Standort vorgesehene Stadtteil Kupferdreh, wie erwähnt, nicht nur geographisch zu den am schwersten erreichbaren Teilen Essens gehört und dort zu diesem Zeitpunkt auch noch keine Friedensgruppe arbeitete, erschien es erforderlich, einerseits innerhalb der Essener Friedensbewegung ein Problembewußtsein gegen das Bunkerprojekt zu schaffen und andererseits innerhalb des Stadtteils alle erdenklichen Ansatzpunkte zur Anknüpfung politischer Kontakte zu nutzen.

Die Bilanz:

- in zahlreichen Essener Friedensinitiativen, verschiedenen öffentlichen Veranstaltungen und Podiumsdiskussionen wurde zum Teil sehr ausführlich über das Problem diskutiert;
- der Bürgerantrag zur atomwaffenfreien Zone Essen nimmt ganz konkret Bezug auf das Kupferdreher Krankenhaus;

Stadtteil Kupferdreh mit Stammkrankenhaus St. Josef

- die Stadtteilinitiativen haben an den in ihrem Gebiet liegenden Kliniken das Flugblatt verteilt;
- bei der Auftaktdemonstration zu den Essener Friedenswochen 1982 und beim Ostermarsch Ruhr 1983 stellte die FI Gesundheitswesen jeweils einen Kundgebungsredner, der u.a. das Krankenhausprojekt erläutern konnte;
- innerhalb des Essener Friedensforums (Zusammenschluß aller Gruppen und Initiativen der Friedensbewegung) existiert eine übergreifende Projektgruppe, die die Aktivitäten zum Kriegskrankenhaus auf Essener Ebene koordiniert;
- in Kupferdreh gibt es mittlerweile eine eigenständig arbeitende Friedensinitiative unter Beteiligung des evangelischen Pfarrers;
- mit der Stadtteilgruppe der Grünen und der katholischen Jugend wurden Informationsveranstaltungen durchgeführt;
- unter großer Beteiligung verschiedener FIs haben Informationsstände auf der Kupferdreher Einkaufsstraße — mit ganz erfreulicher Resonanz in der Bevölkerung — stattgefunden;
- vor dem als „Stammkrankenhaus vorgesehenen St.-Josef-Krankenhaus wurden mit gutem Erfolg Flugblattaktionen durchgeführt, bei denen viele Besucher und Beschäftigte über die Planung des unterirdischen Krankenhauses informiert wurden.

Insgesamt kann man feststellen, daß das Thema mittlerweile in der gesamten Essener Bewegung Verbreitung gefunden und das Flugblatt eine große Öffentlichkeit erreicht hat: es ist längst nicht mehr „nur unser Problem“, sondern zum Aktionsschwerpunkt in ganz Essen geworden. So sollen voraussichtlich im Spätsommer gleichzeitig in den verschiedensten Friedensgruppen Aktionen zum Kriegskrankenhaus stattfinden — kann es einen greifbareren und konkreteren lokalen Bezug zum Thema „heißer Herbst gegen die Raketenstationierung“ geben? Eine öffentliche Anfrage an den Rat der Stadt Essen, vielleicht verbunden mit einer Unterschriftenaktion aller Essener Initiativen, sind unsere nächsten Überlegungen. Wir sind jedenfalls entschlossen, nicht locker zu lassen, bis der Rat einer atomwaffenfreien Stadt Essen konsequenterweise seinen Verzicht auf die Realisierung des Bunkerkrankenhauses erklärt.

Die Essener FI im Gesundheitswesen besteht z. Zt. aus zwölf bis fünfzehn relativ fest mitarbeitenden Kolleginnen und Kollegen, die etwa im Verhältnis 2:1 aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich kommen, hinzu kommen vereinzelt nicht primär in der Patientenversorgung tätige Kollegen (Physiker in der Strahlentherapie u.ä.). Die FI trifft sich vierzehntäglich mittwochs abends, in den Wochen dazwischen finden jeweils kleine Sitzungen statt, in denen Sitzungen der FI vor- und nachbereitet werden, Post und Formalitäten erledigt werden usw. Die Gruppe existiert seit März 1982. Interessenten können über die Redaktion weitere Informationen erhalten. ■

DOKUMENTE

Sozial- und Gesundheitspolitik unter dem Druck der Wirtschaftskrise: ein internationaler Überblick

von Klaus Priester

Teil I: Wirtschaftskrise — Sozialabbau — Gegenwehr der Arbeiterbewegung

Langfristige Wachstumsrückgänge prägen die Wirtschaftsentwicklung

Galoppierende Inflation und Reallohnabbau

Dauerarbeitslosigkeit auf hohem Niveau

Ziel: „Konsolidierung der Staatsfinanzen“

Priorität für Hochrüstung

Vernachlässigung des Sozialsektors trotz gestiegener Anforderungen

Gegenwehr der Arbeiterbewegung unter erschwerten Bedingungen

„Vertrauen auf die eigene Kraft“ oder Flucht?

Kämpfe um sozialpolitische Forderungen

Kampffelder der achtziger Jahre

Teil II: Strukturen und Krisenwirkungen im Gesundheitswesen und in der Sozialpolitik: Länder-Übersichten

Sozialaufwendungen, Finanzierung und Umverteilung

Gesundheitsaufgaben im Vergleich

USA: Reaganomics — eine „soziale Konterrevolution“

Großbritannien: Nationaler Gesundheitsdienst unter dem Druck privater Profitinteressen

Frankreich: Eine „neue“ Gesundheits- und Sozialpolitik?

Italien: Krise trotz Reform des Gesundheitswesens

Niederlande: „Sozialstaat“ auf privaten Beinen

Österreich: Expansive Sozialpolitik am Ende?

Schweden: „Modell“ in der Krise

Bundesrepublik: Vor und nach der „Wende“ in Bonn

Gesundheitspolitik in der Krise — Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Literatur

Sozial- und Gesundheitspolitik unter dem Druck der Wirtschaftskrise: ein internationaler Überblick

Teil I: Wirtschaftskrise — Sozialabbau — Gegenwehr der Arbeiterbewegung

Abbau staatlicher Sozialleistungen in vielen Lebensbereichen und „Kostendämpfung“ im Gesundheitswesen als Folgen der krisenhaften Wirtschaftsentwicklung und entsprechender Umorientierungen in der staatlichen Haushaltspolitik seit Mitte der siebziger Jahre sind keine auf die Bundesrepublik beschränkten Erscheinungen. Die Bevölkerung wohl aller entwickelter westlicher Industrieländer sieht sich mit ähnlichen ökonomischen und sozialen Folgekosten der Krise konfrontiert, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Unter den Stichworten „Reaganomics“ und „Thatcherismus“ haben sich auch hierzulande Elemente wirtschaftspolitischer Strategien eingebürgert, die von den einen als eine Art Zauberkraft zur Krisenüberwindung gefeiert, von anderen

als Synonym für eine konservative Wirtschaftspolitik härtesten Typs („Austeritätspolitik“) bezeichnet werden. Hinter den Namensgebern dieser wirtschafts- und sozialpolitischen Konzepte, dem US-Präsidenten Ronald Reagan und der britischen Premierministerin Margaret Thatcher, beides ausgesprochene Rechtskonservative, stehen die z.T. gegensätzlichen wirtschaftspolitischen und -theoretischen Vorstellungen des Monetarismus und der sogenannten angebotsorientierten Wirtschaftspolitik, vermischt mit anderen Elementen des Neoliberalismus.

„Angebotsorientierte Wirtschaftspolitik“ bedeutet — im Unterschied zu der an der theoretischen Position von J. M. Keynes orientierten Form der Wirtschaftspolitik der Marktnachfrage („Keynesianismus“), die in fast allen westlichen Ländern bis zur Krise 1974/75 betrieben wurde und scheiterte — vor allem die Förderung des Angebots: Abbau der Profitbesteuerung, Förderung der Investitionstätigkeit, Begünstigung monopolistischer Kapitalverwertung und damit des Angebots, kurz: die Förderung „privater Initiative“ auf allen Gebieten bei gleichzeitiger Reduzierung staatlicher und betrieblicher Sozialleistungen, Druck auf die Löhne und Gehälter, Inkaufnahme höchster Arbeitslosenziffern, also die rigorose Abwälzung der Krisenlasten auf die lohnabhängige und auf Sozialleistungen angewiesene Bevölkerung.

Zwar konnten aus den Ländern, die nach dieser wirtschaftspolitischen Doktrin seit Jahren verfahren, noch keinerlei Erfolgsmeldungen im Sinne einer nachhaltigen Verbesserung der wirtschaftlichen Lage berichtet werden, jedoch hinderte dies eine Reihe anderer Regierungen — u.a. der Bundesrepublik — nicht, zumindest Elemente dieser restriktiven Wirtschafts- und Sozialpolitik ebenfalls zu praktizieren — mit dem gleichen „Erfolg“. Der Rückgriff auf derlei Wirtschaftskonzeptionen hat im Gegenteil erheblich zur Verschärfung der Krise beigetragen und ist direkt verantwortlich zu machen für die in unterschiedlichem Ausmaß betriebene Politik des Sozialabbaus in fast allen kapitalistischen Industrieländern.

Langfristige Wachstumsrückgänge prägen die Wirtschaftsentwicklung

Will man die wichtigsten aktuellen Entwicklungen in der Sozial- und Gesundheitspolitik der entwickelten kapitalistischen Industrieländer verstehen, dann sind vorab einige Anmerkungen zum ökonomischen Hintergrund dieser Länder vonnöten. Dies betrifft vor allem die ökonomischen Kennziffern *Wirtschaftswachstum, Inflationsrate und Arbeitslosigkeit*. An ihrer Entwicklung können Veränderungen in der Gesamtwirtschaft, in der Lebenslage der Lohnabhängigen und der auf Sozialleistungen angewiesenen Bevölkerung sowie sozialpolitische Probleme verdeutlicht werden: So bestimmt die wirtschaftliche Entwicklung maßgeblich die Beschäftigungsentwicklung und damit Steueraufkommen und Entwicklung der Sozialabgaben an die sozialen Sicherungssysteme. Von den Einnahmen der Sozialversicherungssysteme wiederum hängt deren Leistungs- und Zahlungsfähigkeit ab. Allerdings ist ausdrücklich anzumerken, daß hohe Sozialleistungsziffern noch kein Indikator für den „Wohstand“ einer Gesellschaft sein müssen, Abgesehen nämlich von der Tatsache, daß wachsende Sozialleistungen schließlich von den Lohnabhängigen über Steuern und Abgaben zunächst vorfinanziert werden müssen, gibt es Teile staatlicher Sozialleistungen, deren Wachstum eindeutig krisenbedingt ist, wie z.B. das Arbeitslosengeld und die Sozialhilfe. So

sind hohe Ausgaben für Arbeitslosengeld und Sozialhilfe nicht etwa ein Indiz für verbesserte Lebensbedingungen der Bevölkerung, sondern im Gegenteil eher Ausdruck ökonomischer Probleme einer Gesellschaft. Hohe Gesundheitsausgaben müssen nicht zwangsläufig Indiz für eine bessere medizinische Versorgung sein, sondern können — und das gilt für die meisten westlichen Länder — zu einem erheblichen Teil auf lediglich gestiegene Preise für Gesundheitsleistungen zurückzuführen sein.

Die Höhe der Lebenshaltungskosten schließlich und ihre jährlichen Veränderungsraten geben — der Entwicklung der Löhne und Gehälter und der Sozialleistungen (Renten usw.) gegenübergestellt — Auskunft über die Kaufkraftentwicklung der Bevölkerung und den Anteil der auf Sozialleistungen Angewiesenen aufgrund krisenbedingt verschlechterter Lebenslage wieder.

Zunächst ist festzustellen, daß sich die wichtigsten kapitalistischen Länder seit Mitte der siebziger Jahre in einer Art „Dauerkrise“, einer Phase stagnierender Wirtschaftsentwicklung befinden, die sich auf zwar unterschiedlichem Niveau, ausgehend von unterschiedlichen Vorkrisenbedingungen und mit — z.T. beträchtlich — unterschiedlichen Auswirkungen entwickelt, aber einige allgemeine Merkmale aufweist.

So schrumpfen *erstens* in allen großen kapitalistischen Ländern langfristig die Raten des Wirtschaftswachstums, wobei die siebziger Jahre einen echten Wendepunkt markieren. Seit der Krise der mittsiebziger Jahre nämlich verflochten sich zyklische und langfristig wirkende strukturelle Krisenelemente. So konnte sich nach 1974/75 die Wirtschaft der kapitalistischen Länder nur sehr langsam und äußerst schleppend wieder von der zyklischen Krise erholen — ein zögernder, widersprüchlicher und labiler Prozeß, in dem sich bereits Anzeichen der nächsten Krise andeuteten, die dann ab 1980 auch fast alle kapitalistischen Länder erfaßte: zuerst die USA, Kanada und Großbritannien, später die anderen westeuropäischen Länder.

Die Daten in **Tabelle 1** zeigen, daß die wirtschaftlichen Wachstumsraten seit den siebziger Jahren erheblich unter denen vorangegangener Jahrzehnte liegen.

Zu Beginn der achtziger Jahre weisen sie mit Ausnahme Japans eine Stagnation oder gar einen Rückgang des Sozialprodukts aus. Am Jahresanfang 1983 war die Situation der kapitalistischen Industrieländer weiterhin von großen Unsicherheiten gekennzeichnet. Die zyklische Wirtschaftskrise dauert nunmehr bereits drei Jahre, ihr Tiefpunkt ist noch nicht erreicht. Lassen sich auch vereinzelte positive Anzeichen für eine Wiederbelebung der Wirtschaft in einigen Ländern ausmachen, so erlauben sie jedoch keineswegs, bereits jetzt von einer konjunkturellen „Wende“ zu sprechen. Für die nächste Zukunft sind die Wachstumsprognosen wenig optimistisch: Selbst wenn man die in **Tabelle 1** angeführten Daten für 1983, die auf Prognosen aus dem letzten Jahr beruhen, inzwischen also durchaus wieder korrekturbedürftig sein können, als realistisch annehmen würde, ließe sich aus ihnen, mit Ausnahme Japans (und in gewisser Weise der USA) für dieses Jahr bestenfalls Stagnation, kaum aber ein „Aufschwung“ ablesen.

Es wird allgemein angenommen, daß sich das Wirtschaftswachstum für eine längere Periode verlangsamen wird und daß der Wachstumseinchnitt der siebziger Jahre als Ausdruck *grundlegender*, nicht nur

vorübergehender Veränderungen zu werten ist. Für die sozial- und gesundheitspolitische Entwicklung dieser Länder wird das weitreichende Folgen haben, deren Umfang und Auswirkungen auf die Lebenslage der Bevölkerung in ihrer ganzen Tragweite heute noch gar nicht abgeschätzt werden können.

Galoppierende Inflation und Reallohnabbau

Bezieht man in die Betrachtung der ökonomischen Entwicklung zweitens die Lebenshaltungskosten, Löhne und Gehälter sowie die Arbeitslosigkeit mit ein, ergibt sich ein differenzierteres Bild der Lebenslage in diesen Ländern. (Tabelle 2)

Betrachtet man zunächst die Steigerungsraten der Lebenshaltungskosten, dann ist eine in den siebziger Jahren gegenüber den sechziger Jahren gravierend beschleunigte Steigerung des Inflationstempos unübersehbar. Betrug die jährlichen Steigerungsraten der Verbraucherpreise in den entwickelten kapitalistischen Ländern (in Tabelle 2 als OECD-Länder bezeichnet) noch durchschnittlich 3,4 Prozent, so waren es im Durchschnitt der siebziger Jahre bereits 9,2 Prozent. Dabei hatte die Bevölkerung in den Krisen-jahren 1974/75 und 1979/81 unter besonders hohen Preissteigerungsraten zu leiden. Obwohl die zyklische Überproduktionskrise die Absatzmöglichkeiten der Industrie verschlechtert hat, hielt der inflationäre Preisauftrieb zunächst noch unvermindert an. Erst 1982 und 1983, wenn man den prognostizierten Daten glauben darf, setzte eine Besserung auf der Preisseite ein. Die Dämpfung des Anstiegs der Verbraucherpreise wird durch die Entwicklung auf den Weltrohstoffmärkten begünstigt. 1982 haben sich die Ernährungsgüter und die Industrierohstoffe im Durchschnitt um 17 bzw. 12 Prozent verbilligt. Als entgegengewirkende Faktoren haben allerdings nach wie vor die hohe Staatsverschuldung der meisten Länder, riesige Haushaltsdefizite u.a., aufgrund stark gestiegener Rü-stungsausgaben, sowie — vor allem in den siebziger Jahren — stark gestiegene Erdölpreise Bedeutung.

Die Erhöhung der Lebenshaltungskosten trifft die Arbeiter-, Angestellten- und Rentnerhaushalte in erhöhtem Maße, da die Preise für die Befriedigung von Grundbedürfnissen (Wohnen, Haushaltsenergie, Ernährung, Verkehr/Kommunikation usw.) besonders stark angewachsen sind und diese Bevölkerungsgruppen einen wesentlich größeren Teil ihres Einkommens für die Grundbedürfnisse aufwenden müssen als andere Teile der Bevölkerung. Zudem werden von der galoppierenden Inflation sowie gestiegenen Steuerlasten und Sozialabgaben die Ergebnisse von Tarifauseinandersetzungen, also die Erhöhung der Löhne und Gehälter, schneller als in früheren Perioden zunichte gemacht bzw. drastisch reduziert. (Tabelle 3)

In einigen Ländern (z.B. USA, Großbritannien, Bundesrepublik) übertraf das Tempo der Preissteigerungen zeitweilig die nominelle Zunahme der Löhne und Gehälter. Als Folge davon lassen sich — zumindest für einige Jahre — Reallohnrückgänge in einigen Ländern feststellen.

In den USA lagen die durchschnittlichen Reallohne der Arbeiter und Angestellten 1981 sogar wieder unter dem Stand von 1960! Hierbei ist nur ihr beschäftigter Teil berücksichtigt, von der stark gewachsenen Zahl der Arbeitslosen gar nicht zu reden. In Japan sanken die Reallohne 1980 erstmals unter das Vorjahresniveau. In der Bundesrepublik sinken sie seit 1980; 1983 ist das vierte Jahr mit realen Lohn- und Gehalts-rückgängen in Folge. In Großbritannien waren nach den erheblichen Reallohnverlusten der Jahre 1974—77 — allein 1977 betrug der Rückgang etwa sechs Prozent — in den Jahren 1978 und 1979 Steigerungen erlitten worden, seit 1980 sinken sie jedoch erneut. In Frankreich sind die Reallohne, erstmals in der Nachkriegszeit, zwischen 1979 und Anfang 1981 zurückgegangen. Auch für 1982 ist nach vorläufigen Angaben mit einem Rückgang zu rechnen, wenngleich der gesetzliche Mindestlohn (SMIC) auch nach dem Regierungswechsel vom Mai 1981 deutlich angehoben wurde. Lediglich in Italien gelang es den abhängig Beschäftigten und ihren Gewerkschaften in den vergangenen Jahren, die Reallohne zu sichern, da es hier einen automatischen Inflationsausgleich der Löhne („scala mobile“) gibt.

In den anderen Ländern der Europäischen Gemeinschaft gab es seit dem Ende der siebziger Jahre

Tabelle 1: Jährliche Wachstumsrate des Brutto sozialprodukts (in Prozent)¹⁾

Land	1956-60	1961-65	1966-70	1971-75	1976-80	1981	1982 ²⁾	1983 ³⁾
USA	2,3	4,8	3,1	2,3	3,4	2,0	— 1,5	1,5
Japan	8,5	10,0	12,2	5,0	5,6	2,7	2,0	2,5
BRD	6,5	5,0	4,4	2,0	3,6	— 0,2	— 1,0	0,0
Frankreich	5,0	5,8	5,5	4,0	3,2	0,5	1,0	0,0
Großbritannien	2,6	3,1	2,5	2,0	1,5	— 2,7	0,5	0,5
Italien	—	5,2	6,0	2,2	3,8	— 0,2	0,5	0,0
Österreich	5,5	4,2	5,3	3,9	3,8	0,0 ²⁾	1,8 ²⁾	—

- 1) in konstanten Preisen
2) Schätzung der OECD
3) Schätzung bzw. Prognose

Quelle: Institut der deutschen Wirtschaft: Zahlen zur wirtschaftlichen Entwicklung der BRD, Köln 1982, Tab. 78; DIW-Wochenbericht, Berlin/West 43-14/1982, S.532; IMSF (Hrsg.): Informationen zur Wirtschaftsentwicklung und zur Lage der Arbeiterklasse, Frankfurt/M., 1982, S. 34; Institut für internationale Politik und Wirtschaft (Hrsg.): Die Wirtschaft kapitalistischer Länder in Zahlen, Berlin 1977, S. 97; ders., (Hrsg.): Die Wirtschaft kapitalistischer Länder in Zahlen, Berlin 1982, S. 33; eigene Berechnungen.

Tabelle 2: Steigerung der Lebenshaltungskosten gegenüber dem Vorjahr (in Prozent)

Jahr	OECD-Länder ¹⁾ insgesamt	USA	Japan	BRD	Frankreich	Großbrit.	Italien
1960-70 ²⁾	3,4	2,7	5,7	2,5	4,1	4,1	4,0
1970-80 ²⁾	9,2	7,7	9,0	5,0	9,6	13,1	13,4
1973	8,2	6,3	11,5	6,9	7,4	8,4	10,5
1974	12,6	10,9	23,3	7,0	13,7	15,8	19,4
1975	11,9	9,2	11,7	5,9	11,7	24,2	17,1
1976	8,7	5,8	9,4	4,5	9,6	15,8	16,5
1977	8,3	6,4	8,1	3,7	9,4	16,0	19,3
1978	8,5	7,6	4,2	2,7	9,1	9,0	12,4
1979	9,5	11,4	3,7	4,1	10,7	13,3	15,7
1980	12,8	13,5	7,7	5,5	14,0	18,4	21,1
1981	9,6	10,2	4,9	5,9	13,4	11,9	19,3
1982 ³⁾	8,5 ⁴⁾	6,0 ⁴⁾	2,8	5,3	11,7	8,4	16,3
1983 ⁴⁾	—	—	—	3,6	9,0	6,9	15,0

- 1) 24 kapitalistische Industrieländer
2) Jahresdurchschnittliche Steigerung
3) vorläufige Zahlen
4) Schätzung

Quelle: OECD (Hrsg.): Main Economic Indicators, Paris, 1982, S. 17; ebd., 4/1983, S. 64; IMSF (Hrsg.): Informationen zur Wirtschaftsentwicklung und zur Lage der Arbeiterklasse, Frankfurt/M., 3/1982, S. 2; ebd., 1/1983, S. 2.

Tabelle 3: Jahresdurchschnittliche Veränderung der Reallohne (in Prozent)

Periode	USA	Japan	BRD	Frankreich	Großbrit.	Italien ¹⁾
1960-70	0,9	6,2	4,2	4,0	2,4	5,1/3,6
1970-80	—0,8	3,3	1,9	3,0	1,6	5,4/3,5
1975-80	—1,6	1,8	1,2	2,6	0,4	3,6/ —

- 1) Reale Bruttostundenlöhne/reale Bruttomonatslöhne

Quelle: OECD (Hrsg.): Main Economic Indicators, Paris, 1982, S. 17; Monthly Labour Review, Washington, 1982, S. 19; Wirtschaft und Statistik, Stuttgart-Mainz, 1982, S. 19; Monatsberichte der Deutschen Bundesbank, Frankfurt, 1982, S. 19; IPW-Berichte, Berlin, 2/1982, S. 19.

Tabelle 4: Arbeitslose und Arbeitslosenquoten¹⁾

Jahr	USA		Japan		BRD		Frankreich		Großbrit.		Italien	
	Tsd.	%	Tsd.	%	Tsd.	%	Tsd.	%	Tsd.	%	Tsd.	%
1950	3350 ²⁾	6,6	436	—	1869	11,8	152	—	332	1,6	1615	—
1960	3852	6,5	365	1,5	271	1,3	130	1,0	368	1,6	836	6,4
1970	4088	5,5	590	1,8	149	0,7	262	1,6	618	2,7	888	6,5
1973	4304	5,3	670	1,8	274	1,2	394	2,3	619	2,7	1005	7,1
1974	5076	6,1	740	2,0	583	2,6	498	2,8	615	2,6	997	6,9
1975	7830	9,3	1000	2,7	1074	4,9	840	4,7	978	4,1	1107	7,5
1976	7288	8,4	1080	2,8	1060	4,8	933	5,2	1270	5,3	1183	7,8
1977	6856	7,7	1100	2,9	1030	4,7	1073	5,8	1378	5,7	1545	9,8
1978	6047	6,5	1240	3,2	993	4,5	1167	5,4	1376	5,7	1571	9,9
1979	5963	6,2	1170	2,9	876	3,9	1350	7,3	1307	5,4	1698	10,5
1980	7449	7,6	1140	2,8	889	3,9	1451	7,8	1668	6,9	1698	10,3
1981	8273	—	—	—	1272	—	1773	—	2566	—	1913	—
1982 ⁴⁾	10814	9,7	1320	2,4	1792	6,7	1981	8,3	2976	12,5	2119	—

- 1) Registrierte Arbeitslose in Prozent der „unselbständigen Erwerbspersonen“
2) Ohne Alaska und Hawaii
3) Ohne Saarland
4) 3. Quartal 1982

Quelle: OECD (Hrsg.): Main Economic Indicators, Paris, 1982, S. 129; IMSF (Hrsg.): Informationen zur Wirtschaft kapitalistischer Länder in Zahlen, Berlin 1982, S. 129; IMSF (Hrsg.): Informationen zur Wirtschaft kapitalistischer Länder in Zahlen, Berlin 1983, S. 3.

ebenfalls Reallohnrückgänge, am deutlichsten in den Niederlanden, Dänemark und Irland.

Dauerarbeitslosigkeit auf hohem Niveau

Die z.T. drastischen Einschnitte bei den Realeinkommen des beschäftigten Teils der Bevölkerung waren und sind möglich vor dem Hintergrund einer rapide anwachsenden *Arbeitslosigkeit auf hohem Niveau*, die die Arbeiterbewegung durch die Schaffung einer riesigen „industriellen Reservearmee“ in allen kapitalistischen Industrieländern in die Defensive gedrängt hat und ihre Position in Tarifverhandlungen sowie oft genug Gegenwehrmaßnahmen gegen die vielfältigen Formen des Sozialabbaus erschwert.

Die Angaben in **Tabelle 4** können aus verschiedenen Gründen nur ungefähre Entwicklungstrends der Arbeitslosigkeit vermitteln: Sie beruhen auf unterschiedlich abgegrenzten nationalen Statistiken, die fast nie das gesamte Ausmaß der Arbeitslosigkeit erfassen (versteckte Arbeitslosigkeit, „stille Reserve“); sie sind daher nur begrenzt miteinander vergleichbar.

Immerhin wird sichtbar, daß Mitte der siebziger und erneut zu Beginn der achtziger Jahre deutliche Einbrüche am Arbeitsmarkt stattgefunden haben, ohne daß die Arbeitslosigkeit allerdings in den dazwischen liegenden „Aufschwung“-Jahren 1977/79 unter den Vorkrisenstand zurückgegangen wären. Der neuerliche Anstieg der Arbeitslosigkeit 1980/82 vollzog sich also von einem deutlich höheren Niveau aus.

In allen Ländern dürften 1983 Arbeitslosenziffern erreicht werden, die über dem höchsten Stand seit Beginn der fünfziger Jahre liegen. Nach allen Prognosen wird diese Massenarbeitslosigkeit mittelfristig — also bis in die neunziger Jahre — noch zunehmen, selbst wenn man günstige Wachstumsraten der Wirtschaft voraussetzt. In allen kapitalistischen (OECD-)Ländern zusammen betrug die Zahl der registrierten Arbeitslosen 1979 noch rund 17 Millionen, 1982 bereits 30 Millionen, und für das erste Halbjahr 1984 wird mit 34 Millionen (oder durchschnittlich 10 Prozent) Arbeitslosen gerechnet. Dies alles sind offizielle Mindestzahlen, die nicht registrierte sowie aus der Leistungspflicht der Arbeitslosenversicherungen herausgefallene Erwerbslose und andere Manipulationen der Arbeitsmarktstatistiken, mit denen die Arbeitslosenziffern künstlich gesenkt werden, unberücksichtigt lassen.

Hingewiesen sei ferner darauf, daß in vielen Ländern *Frauen* z.T. beträchtlich höhere Arbeitslosenquoten aufweisen als Männer. Dies gilt in stärkerem Ausmaß noch für *Jugendliche* und — in den USA — für die „nicht-weiße“ Bevölkerung im Vergleich zur „weißen“.

Die heute im Vergleich zum letzten Krisentiefpunkt 1975 höhere Zahl der Arbeitslosen geht auch auf eine restriktivere Wirtschaftspolitik zurück: Wurde damals die schleppende Konjunktur gemäß der keynesianischen Lehre noch durch staatliche Maßnahmen gestützt, wirkt sich heute die „angebotsorientierte“ Auffassung verheerend auf den Arbeitsmarkt aus und provoziert gleichsam noch weiter steigende Erwerbs-

losigkeit. Dies ist selbst in Ländern der Fall, wo „Reaganomics“ und „Thatcherismus“ nicht als durchgängiges, „hartes“ Konzept verfolgt, sondern nur einzelne Elemente aufgegriffen werden. Die staatliche Wirtschaftspolitik in den entwickelten kapitalistischen Ländern nimmt also hohe Arbeitslosenzahlen in Kauf, um andere wirtschaftliche und politische Ziele zu erreichen, wie etwa die „Modernisierung der Wirtschaft“, Wettbewerbsfähigkeit auf dem Weltmarkt, Geldwertstabilität usw. Abgesehen von wirtschaftlichen Kosten (Arbeitslosenunterstützung, Sozialhilfeprogramme; in der Bundesrepublik „kosten“ ein Arbeitsloser die Gesellschaft ca. 28 000 Mark jährlich!) resultieren aus der Arbeitslosigkeit aber auch „soziale Kosten“ in nicht zu unterschätzender Höhe und gravierenden Auswirkungen.

So errechnete der amerikanische Sozialmediziner *M. Harvey Brenner* (Johns-Hopkins-Universität, Baltimore) aus demographischen Daten für die USA, daß ein nur *einprozentiger Anstieg der Arbeitslosigkeit* in einem Sechs-Jahres-Zeitraum

36 887 Todesfälle (insgesamt);
20 240 Todesfälle wegen Herz-Kreislauferkrankungen;
495 Todesfälle wegen Leberzirrhose;
920 Selbstmorde;
648 Tötungsverbrechen;
4 227 Erstaufnahmen in Nervenheilanstalten;
3 340 Einlieferungen in Gefängnisse
nach sich zieht.

Die Folgen von Massenarbeitslosigkeit als Dauererscheinung, gesundheitliche und soziale Verelendung, Massenarmut, steigende Kriminalität, sind also, selbst nur diese unvollständigen Angaben zugrunde gelegt, wesentlich dramatischer, als dies in „nackten“ arbeitsmarktstatistischen Daten zum Ausdruck kommt.

Ziel: „Konsolidierung der Staatsfinanzen“

Aus der Betrachtung einiger wesentlicher Kennziffern der ökonomischen Entwicklung bleibt festzuhalten, daß es sich hierbei nicht um vorübergehende, kurzfristige, sondern um grundlegende, mittel- und langfristig angelegte Erscheinungen und Tendenzen handelt — unabhängig davon, wann die gegenwärtige Krise überwunden sein wird. Denn es existieren keinerlei zwangsläufige Mechanismen in der Wirtschaftspolitik etwa derart, daß nach überwundener zyklischer Krise einmal verschlechterte Sozialgesetze quasi „automatisch“ wieder revidiert würden. Die gegenwärtige restriktive Linie der Wirtschaftspolitik ist in beinahe allen kapitalistischen Industrieländern vorherrschend; in der Bundesrepublik fand der Übergang zu einer „härteren“ Wirtschafts- und Sozialpolitik etwa 1980/81 statt — allerdings vollzogen von einer sozialdemokratisch geführten Bundesregierung. Selbst *Frankreich*, seit dem Mai 1981 von Sozialisten unter kommunistischer Beteiligung regiert, das seitdem kurzfristig von der allgemeinen Tendenz abgewichen war (wie auch etwa das sozialdemokratisch regierte *Österreich*), beschloß im Juni 1982 einen mehrmonatigen Einkommens- und Preisstopp mit dem erklärten

Ziel, die Inflation zu bekämpfen. Allerdings wurden vorher die Mindestlöhne um 10 und die Mindestrenten um 20 Prozent erhöht. Für 1983 sind weitere soziale Belastungen für die Lohnabhängigen in Frankreich geplant.

„Die Konsolidierung der öffentlichen Haushalte bleibt das Hauptanliegen der Finanzpolitik“, das die Regierungen der kapitalistischen Industrieländer durch eine spürbare Verlangsamung des Anstiegs der öffentlichen Ausgaben und/oder durch Steuer- und Abgabenerhöhungen zu erreichen suchen. Diese langfristige Sanierungsstrategie findet allerdings kurzfristig ihre Grenzen an den durch die Stagnation der Wirtschaftsentwicklung bedingten niedrigeren Steueraufkommen und an den durch die gestiegene Arbeitslosenunterstützung und die erhöhte Zinslast aufgeblähten Ausgaben. Im Ergebnis lassen sich dann staatliche Haushaltsdefizite und weiter wachsende Staatsverschuldung nicht vermeiden. Zwar sind staatliche Finanzierungsschwierigkeiten und Haushaltsdeckungslücken keineswegs neue Erscheinungen im Kapitalismus: Sie sind als Ausdruck des Widerspruchs zwischen den wachsenden vielfältigen ökonomischen Anforderungen an den Staat und dessen durch die privatkapitalistischen Eigentumsverhältnisse begrenztem wirtschaftlichem Leistungsvermögen in den letzten Jahrzehnten immer wieder zutage getreten. Allerdings haben sich die Probleme der Staatsfinanzen in den kapitalistischen Ländern in den letzten Jahren erheblich verschärft. Dies vor allem aus drei Gründen:

1. Durch das langsamere Wachstumstempo der Wirtschaft verringert sich der Zuwachs an Steuereinnahmen des Staates, die ja weitestgehend von der Produktionsentwicklung, dem Beschäftigungsstand, der Lohnhöhe usw. abhängig sind.
2. Krisenbedingt — nicht zuletzt durch die chronische Arbeitslosigkeit auf hohem Niveau und die sie begleitenden sozialen Verelendungserscheinungen — sind auf einigen Gebieten der Sozialpolitik höhere Aufwendungen des Staates notwendig.
3. Zu diesen an sich bereits gravierenden Mißverhältnissen zwischen wachsenden Anforderungen an den Staat und seinen nachlassenden Leistungsmöglichkeiten kommt hinzu, daß die Ausgaben für militärische Zwecke zum Teil drastisch gesteigert wurden und werden, was die ohnehin bestehenden Finanzierungsprobleme des Staates noch verstärkt.

Priorität für Hochrüstung

Diese keineswegs auf die Wirtschaftskrise zurückzuführende — und von den Regierungen daher auch nicht mit ökonomischen „Sachzwängen“ weicher Art auch immer begründbare — *überproportionale Steigerung der Rüstungsausgaben* ist direkte Folge des seit einigen Jahren verstärkten politischen Drucks der US-Regierung, die seit 1981/82 von den anderen kapitalistischen Ländern eine höhere Beteiligung an den weltweiten Rüstungsanstrengungen des „Westens“ gefordert hatte. Dies wurde in der Erklärung der NATO-Frühjahrstagung im Mai 1982, die Rüstungsausgaben um real 3 Prozent jährlich ansteigen zu lassen, festgeschrieben. (**Tabelle 5**)

Zwar hatten, u.a. aus innenpolitischen Gründen und wegen der sich dadurch verschlechternden außenwirtschaftlichen Konkurrenzfähigkeit und internationalen Stellung der anderen Konkurrenten der USA (vor allem Japans und der Bundesrepublik) auf dem Weltmarkt, was von den USA durchaus angestrebt wurde, sich einige kapitalistische Industrieländer schweigend, dem ultimativen Verlangen der USA nach der Steigerung der Rüstungsausgaben in der geforderten Höhe nachzukommen. Doch zeigen die (eher noch zu niedrigen) Angaben in **Tabelle 5**, daß z.B. die Bundesrepublik 1981 erstmals der 3-Prozent-Forderung der USA entsprochen hat, ebenso wie übrigens Japan, das — obwohl nicht Mitglied der NATO — in den vergangenen Jahren seine Rüstungsausgaben stetig und in schnellerem Tempo erhöht hat. In Großbritannien (die Kosten für sein „Falkland-Abenteuer“ kommen in der Tabelle noch gar nicht zum Ausdruck), Frankreich und Italien nahm das Gewicht der Rüstungsausgaben im Verhältnis zum Bruttosozialprodukt weiter zu.

Hierbei handelt es sich um langfristig angelegte, durch politische Grundsatzentscheidungen festgeleg-

Tabelle 5: Rüstungsausgaben

Jahr	USA	Japan	BRD	Frankreich	Großbrit.	Italien
Rüstungsausgaben in Mrd. Landeswährung in jeweiligen Preisen						
1979	122,3	2094 ¹⁾	45,4	96,4	9,0	6468
1980	144,0	2230 ¹⁾	48,5	111,7	11,5	8203
1981	167,8	2400 ¹⁾	52,3	129,4	12,4	9850
Anteile der Rüstungsausgaben am Bruttosozialprodukt (in Prozent)						
1980	5,4	0,9	3,3	4,0	5,1	2,4
1981	5,5	0,9	3,4	4,2	5,2	2,5
Rüstungsausgaben (real), Veränderungen gegenüber dem Vorjahr (in Prozent)						
1980	+ 6,0	+ 3,4	+ 1,3	+ 3,8 ²⁾	—	—
1981	+ 8,7	+ 4,7	+ 3,5	+ 2,5 ²⁾	—	—

¹⁾ Haushaltsjahre, beginnend am 1. April

²⁾ Vorläufige Daten

Quelle: NATO-Brief, Brüssel, 1/1982; The Economist, London, 12. 6. 1982; ergänzt nach Pressemeldungen; IPW-Berichte, Berlin, 8/1982, S. 38.

te Prioritätensetzungen in der staatlichen Ausgabenpolitik.

So werden in den nächsten Jahren — die „ehrigeligensten“ Pläne verfolgen in dieser Hinsicht die USA mit ihrem Raketenprogramm — im Ergebnis bereits jetzt festgeschriebener Planungen, vertraglicher Abmachungen mit Rüstungskonzernen usw., die Rüstungsausgaben weiter steigen — unabhängig von der zu erwartenden Wirtschaftsentwicklung und eventuell erreichten konkreten Ergebnissen bei den Rüstungskontroll- und Abrüstungsverhandlungen mit der Sowjetunion.

Nach Einschätzung des Wirtschaftsausschusses des US-Kongresses handelt es sich bei dem von der Reagan-Administration aufgestellten Militärprogramm bis Mitte der achtziger Jahre (nach den bisherigen Planungen sind Ausgaben in Höhe von 1 600 Mrd. Dollar vorgesehen!) um die größte Steigerung von Rüstungsausgaben zu Friedenszeiten, durchaus vergleichbar mit dem Wachstum der Rüstungsausgaben in der Hochphase des Vietnamkrieges. Solche wahnwitzigen Pläne bei gleichzeitiger Vernachlässigung der Infrastrukturausgaben im Innern bzw. Senkung von Sozialausgaben in Krisenzeiten haben selbst Teile des Kapitals veranlaßt, in einem „Appell von Anhängern beider Parteien (d.h. der Republikanischen und der Demokratischen Partei — K.P.) zur Lösung der Haushaltskrise“, unterschrieben von 500 prominenten Vertretern von Konzerninteressen, Korrekturen an der staatlichen Einnahmen- und Ausgabenpolitik bis 1985, die auch die Senkung der geplanten Rüstungsausgaben einschließen, zu fordern.

In welchem Umfang Regierungspläne und moderate Alternativen von realistischeren Teilen des Kapitals sich tatsächlich realisieren lassen werden, ist ungewiß. Sicher scheint jedenfalls zu sein, daß der Druck der „Freeze“-Bewegung (zur Einfrierung der atomaren Rüstung) in den USA zunehmen wird. Wahrscheinlich scheint auch, daß zumindest die in Opposition zu Präsident Reagan stehende Demokratische Partei angesichts der 1984 fälligen Präsidentschaftswahlen sich genötigt sehen dürfte, stärker gegen den Umfang des Sozialabbaus zu protestieren, um nicht Gefahr zu laufen, wichtige Teile ihrer Wählerklientel, die aus der Arbeiterklasse kommen, durch (die sowie schon hohe) Wahlerhaltung zu verlieren.

Vernachlässigung des Sozialsektors trotz gestiegener Anforderungen

Auch wenn sich dieser Zusammenhang nicht immer anhand der — gerade in diesem Fall auf Verschleiерung angelegten — amtlichen Statistiken und Haushaltspläne nachweisen läßt, geht der starke Anstieg der Rüstungsausgaben seit einigen Jahren neben einem Anstieg der Staatsverschuldung fast immer auch mit real stagnierenden oder sinkenden Sozial- und zivilen Infrastrukturaufwendungen einher — obwohl die krisenbedingten Anforderungen an die Sozialbudgets (Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, Programme für Arme und Alte) weiter wachsen.

Als Beispiele hierfür können die Daten zur Entwicklung der öffentlichen Haushalte der Bundesrepublik und der USA dienen. (Tabellen 6, 7 und 8)

Tabelle 6 zeigt, daß sich die Summe aller öffentlichen Ausgaben zwischen 1972 und 1981 in der Bundesrepublik mehr als verdoppelt hat. „Die Ausgaben für soziale Sicherung sind proportional gestiegen, diejenigen für Gesundheit, Sport, Erholung, Wohnungswesen, Raumordnung einschließlich kommunaler Gemeinschaftsdienste, die vor allem den Lohnabhängigen zugute kommen, sind nicht nur relativ, sondern sogar absolut unter ihren früheren Stand gefallen. Die Mittel für Schulen, Hochschulen, übriges Bildungswesen sind nicht dem Ausgabevolumen entsprechend vermehrt worden. Eine größere Steigerung bei Verkehr und Nachrichtenwesen nützt in höherem Grade der Industrie und ihren Absatzmöglichkeiten, aber auch der militärischen Effizienz. Der stark gestiegene Verteidigungshaushalt umfaßt nur einen Teil der Rüstungskosten. Ein weiterer verbirgt sich unter der Beziehung Wissenschaft, Forschung und Entwicklung außerhalb der Hochschulen, deren Volumen sich in obigem Zeitraum mehr als verdreifacht hat. Auch der Posten Wirtschaftsförderung, der allein dem Kapital dient, vermehrte seinen Anteil gegenüber 1972. 1981 wurden fast siebenmal so viel Mittel wie 1972 von

Tabelle 6: Ausgaben der öffentlichen Haushalte der Bundesrepublik (in Mrd. DM)

	1972	1976	1980 ¹⁾	1981 ⁴⁾	1982 ⁴⁾
insgesamt	251,3	369,9	479,3	509,5	524,8
darunter					
Verteidigung	24,8	33,7	42,0	45,1	—
Wissenschaft, Forschung ¹⁾	4,0	6,4	12,4	12,8	—
Wirtschaftsförderung	13,0	14,7	28,8	28,2	—
Verkehr und Nachrichtenwesen	20,8	23,1	41,7	41,2	—
Schulen, Hochschulen ²⁾	38,4	58,2	67,9	71,5	—
Gesundheit, Sport, Erholung	14,9	23,3	12,6	12,7	—
Wohnungswesen ³⁾	14,1	22,0	19,7	19,3	—
Soziale Sicherung	50,3	—	94,3	103,2	—
Schuldentilgung	9,0	31,3	48,7	60,8	70,7
Zinsen	8,8	18,1	29,4	36,0	46,8

1) Wissenschaft, Forschung, Entwicklung außerhalb der Hochschulen

2) Schulen, Hochschulen, übriges Bildungswesen, kulturelle Angelegenheiten

3) Wohnungswesen, Raumordnung einschließlich kommunale Gemeinschaftsdienste

4) Haushaltsansätze

Quelle: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 1981 für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart-Mainz 1981; Wirtschaft und Statistik, lfd.; IMSF (Hrsg.): Informationen ..., a.a.O., 1/1983, S. 7.

Tabelle 7: Ausgaben des Bundes (BRD) 1982 und 1983 (Sol)

	1982 (Mrd. DM)	1983 (Mrd. DM)	Veränderung gegen Vorjahr (in Prozent)
insgesamt	246,4	253,2	+ 2,8
darunter			
Soziale Sicherung	88,3	85,2	— 3,5
Bildungswesen ²⁾	13,8	13,6	— 1,5
Wohnungswesen ³⁾	2,8	2,8	0
Verkehrswesen	25,9	25,9	0
Verteidigung	16,1	18,5	+ 5,2
Wirtschaftsförderung	7,6	8,3	+ 9,2
Berlinzuschuß	10,1	10,4	+ 3,0
Wirtschaftliche Zusammenarbeit	6,0	6,2	+ 3,3
Zinsen u.a.	23,0	27,8	+ 20,9

1) Soziale Sicherung, soziale Kriegsfolgeausgaben, Wiedergutmachung, Förderung der Vermögensbildung

2) Bildungswesen, Wissenschaft, Forschung, kulturelle Angelegenheiten

3) Wohnungswesen, Raumordnung und kommunale Gemeinschaftsdienste

Quelle: Presse- und Informationsdienst der Bundesregierung: Aktuelle Beiträge zur Wirtschafts- und Finanzpolitik 90/1982, S. 17ff.; IMSF (Hrsg.): Informationen ..., a.a.O., 1/1983, S. 7.

Tabelle 8: Ausgaben des USA-Bundeshaushalts (in Mrd. US-Dollar)

Bereich	1982 ¹⁾	1983 ²⁾	Haushaltsjahre Veränderung gegen Vj. (in Prozent)	1984 ³⁾	Veränderung gegen Vj. (in Prozent)
Ausgaben insgesamt	728,4	805,2	+ 10,5	848,5	+ 5,4
darunter					
Rüstung	187,4	214,8	+ 14,6	245,3	+ 14,2
Internationale Angelegenheiten, wirtschaftliche und militärische Hilfe	10,0	11,9	+ 19,0	13,3	+ 11,8
Zinsen für Staatsverschuldung (brutto)	117,2	128,1	+ 9,3	144,5	+ 12,8
Flüsse, Dämme, natürliche Ressourcen	7,9	7,8	— 1,3	5,8	— 25,6
Umweltschutz	5,0	4,3	— 14,0	4,1	— 4,7
Kommunale und regionale Entwicklung	7,2	7,4	+ 2,8	7,0	— 5,4
Bildung, Ausbildung, Sozialhilfemaßnahmen	26,3	26,7	+ 1,5	25,3	— 5,2
Gesundheitswesen	74,0	82,4	+ 11,4	90,6	+ 10,0
Kriegsveteranen	24,0	24,4	+ 1,7	25,7	+ 5,3
Arbeitslosenunterstützungen	23,8	36,9	+ 55,0	28,8	— 22,0
Fürsorgeunterstützungen, Lebensmittelhilfen u.a.	43,4	48,5	+ 11,8	45,8	— 5,6
Beamtenpensionen	19,4	20,9	+ 7,7	22,2	+ 6,2
Leistungen der staatlichen Rentenversicherung	154,1	168,3	+ 9,2	178,2	+ 5,9
(Haushaltsdefizit)	110,7	207,7	+ 87,6	188,8	— 9,1

1) 1. 10. 1981—30. 9. 1982, tatsächliche Entwicklung

2) 1. 10. 1982—30. 9. 1983, veranschlagt

3) 1. 10. 1983—30. 9. 1984, Haushaltsentwurf

Quelle: IPW-Berichte 5/1983, S. 4b; eigene Berechnungen

Schuldentilgung verschlungen und mehr als viermal so viel wie damals von Zinsen. Doch zeigt schon ein Blick auf die globale Mittelverwendung, die natürlich die wirklichen Nutznießer noch weitgehend verschleiert, wenn die wachsende öffentliche Verschuldung deutlich ist." (MSP (Hrsg.): Informationen ... a.a.O., 1/1983, S. 6f.)

Dieser langfristige Trend wird bestätigt durch aktuelle Daten. **Tabelle 7** gibt einen Überblick über die Ausgabenstruktur des Bundeshaushalts 1983 im Vergleich zu 1982, also über den bei weitem wichtigsten öffentlichen Haushalt der Bundesrepublik.

Es ist ersichtlich, daß 1983 gegenüber dem Vorjahr z.T. erhebliche Einsparungen, vor allem im Sozial- und Bildungsbereich erfolgt sind. (-3,5 bzw. -1,5 Prozent). Erheblich sind die Kürzungen deshalb, weil es sich um absolute Kürzungen und nicht nur, wie bei anderen Haushaltsposten, um Stagnation handelt (Wohnungs- und Verkehrswesen). Zu bedenken ist ferner, daß unter Berücksichtigung einer (eher zu positiv) prognostizierten jahresdurchschnittlichen Inflationsrate für 1983 von 4 Prozent reales Wachstum nur noch in den Bereichen Verteidigung und bei der hier als „Wirtschaftsförderung“ bezeichneten direkten und indirekten Verbesserung der Verwertungsbedingungen des Kapitals gibt. Der (West-)„Berlinerförderung“, mit deren Hilfe die „Frontstadt“ über den Tropf überlebensfähig gehalten wird, und der wirtschaftlichen Zusammenarbeit (Entwicklungshilfe) fließen mehr Mittel zu als je zuvor. Die Rüstungskosten wuchsen fast zweimal so stark wie der Haushalt insgesamt. Die Umverteilung der Krisenlasten über den Bundeshaushalt findet auf der Ausgabe- also zugunsten der Lohnabhängigen, Auszubildenden und Rentner statt, die unter den Sparmaßnahmen zu leiden haben, während die von der Wirtschaftsförderung profitierenden Kapitalbesitzer ungeschoren, ja gestärkt ausgehen. Daß diese Einsparungen den Massenkonsum weiter zurückgehen lassen, also die Krise verschärfen werden, ist absehbar.

Ähnliche Entwicklungen lassen sich für die USA nachweisen.

Nach den Planungen der Reagan-Administration soll der US-Bundeshaushalt 1984 demnach nur noch etwa so stark wie die prognostizierte Inflationsrate, also etwa 5 Prozent, anwachsen. Dies bedeutet eine reale Stagnation. Bei einer realen (und sehr kräftigen) Erhöhung der Rüstungsausgaben um ca. 9 Prozent sollen die nichtmilitärischen Ausgaben um real 5 Prozent gegenüber dem Vorjahr verringert werden. Hierzu sollen wiederum die Anpassung der Renten und anderer Sozialleistungen an die Lebenshaltungskosten verschoben sowie die Gehälter und Pensionen der Bundesbediensteten „eingefroren“ werden. Weiter sollen die sogenannten „unkontrollierbaren Sozialausgaben“, wie z.B. die Lebensmittelbeihilfen für Arme, durch spezielle Maßnahmen zur „Ausmerzungen von Betrug und Verschwendung“ gedrosselt werden. „Einsparungen“ sollen auch bei den Rüstungskosten, allerdings nicht bei Waffenkäufen, gegenüber den langfristigen Planungen in Höhe von 1 640 Mrd. Dollar in den nächsten fünf Jahren getätigt werden — allerdings in nur geringem Ausmaß: Insgesamt werden durch die zu Jahresbeginn verkündeten Maßnahmen der Reagan-Administration in den nächsten fünf Jahren 559 Mrd. Dollar eingespart werden, wovon nur 47 Mrd. auf Abstriche bei geplanten Militärausgaben, jedoch 512 Mrd. auf Kürzungen der sonstigen, besonders der Sozialausgaben, sowie auf Steuer- und Abgabenerhöhung entfallen.

Wie aus **Tabelle 8** ersichtlich, stehen im Haushaltsjahr 1984 neben Kürzungen von Infrastruktur-, Umweltschutz- und Entwicklungsausgaben vor allem z.T. gravierende Einschnitte im Bildungs-, Ausbildungs-, Sozialhilfe- und Fürsorgebereich auf der Tagesordnung, während die Gesundheitsaufwendungen immerhin noch beträchtlich und die Rentenzahlungen, diese kaum noch real, steigen sollen. Wie bereits erwähnt, muß ein überproportionaler Anstieg der Gesundheitsausgaben allerdings nicht unbedingt identisch sein mit besserer Versorgung, sondern kann auch auf andere Faktoren (überdurchschnittliche Preissteigerung im Gesundheitswesen, die privatkapitalistischen Interessen entgegenkommt, usw.) zurückzuführen sein. Die für 1984 veranschlagten Ausgaben für die Arbeitslosenversicherung basieren auf völlig unrealistischen Annahmen über den Rückgang

der Arbeitslosigkeit und dürften in dieser geringen Höhe bei wahrscheinlich weiter steigenden Arbeitslosenziffern kaum ausreichen. Bei fünf Hilfsprogrammen für die Armen, deren Zahl schneller wächst als bisher, sollen 1984 die Mittel gegenüber dem Vorjahr um insgesamt 10 Prozent gekürzt werden. Es muß nochmals betont werden, daß sich das Bild der Kürzungen drastisch verschärft, wenn man sich vor Augen hält, daß die Zahl der Sozialleistungsberechtigten zukünftig nicht ab-, sondern zunehmen wird, geringer steigende oder gar weniger Finanzmittel also noch auf mehr Köpfe verteilt werden müssen als bisher! In anderen kapitalistischen Ländern, besonders in Großbritannien, finden ähnliche Haushaltsumstrukturierungen statt. Im übrigen sind die Parallelen zur bundesrepublikanischen Entwicklung (Gehaltsstopp im öffentlichen Dienst, „Mißbrauch“ von Sozialleistungen usw.) unübersehbar.

In den USA wie auch in den anderen kapitalistischen Ländern ist es allerdings häufig schwierig, das historisch gewachsene Niveau der staatlich vermittelten aber gesellschaftlich finanzierten Sozial- und Gesundheitsleistungen unmittelbar und drastisch zurückzuschrauben. Je nachdem, ob es sich um steuerfinanzierte oder über Versicherungsfonds getragene Sozialsysteme handelt; je nachdem, wie stark der unmittelbare Einfluß einer Regierung auf die Steuerung der Sozialausgaben ist; je nach Bedeutung des öffentlichen Sektors im Gesundheitswesen im Vergleich zum privaten; je nach Stärke, Kampfkraft und Regierunsunabhängigkeit der organisierten Arbeiterbewegung und je nachdem, welcher wirtschaftspolitischen Doktrin sich die jeweilige Regierung verschrieben hat, variieren die staatlichen Eingriffsmöglichkeiten und -absichten in das Sozial- und Gesundheitswesen z.T. beträchtlich. Zudem müssen häufig, da es sich um gesetzlich „garantierte“ Sozialleistungen handelt, Leistungsgesetze geändert werden, was z.T. langwierige parlamentarische Prozeduren voraussetzt.

In den nächsten Heften:

Gegenwehr der Arbeiterbewegung unter erschwerten Bedingungen

„Vertrauen auf die eigene Kraft“ oder Flucht?

Kämpfe um sozialpolitische Forderungen

Kampffelder der achtziger Jahre

Teil II: Strukturen und Krisenwirkungen im Gesundheitswesen und in der Sozialpolitik: Länderübersichten

Sozialaufwendungen, Finanzierung und Umverteilung

Gesundheitsaufgaben im Vergleich

USA: Reaganomics — eine „soziale Konterrevolution“

Großbritannien: Nationaler Gesundheitsdienst unter dem Druck privater Profitinteressen

Frankreich: Eine „neue“ Gesundheits- und Sozialpolitik?

Italien: Krise trotz Reform des Gesundheitswesens

Niederlande: „Sozialstaat“ auf privaten Beinen

Österreich: Expansive Sozialpolitik am Ende?

Schweden: „Modell“ in der Krise

Bundesrepublik: Vor und nach der „Wende“ in Bonn

Gesundheitspolitik in der Krise — Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Literaturnachweise beim Verfasser: Klaus Priester, Schloßstraße 96, 6000 Frankfurt 90

regenbogen buchvertrieb
seeLingstr. 47 • 1000 Berlin 19 telefon 030 / 322 50 17

Der große aus unserem Versandprogramm: Wie-lebst-Du-denn

Gruppen und Einzelne berichten, welche Erlebnisse sie zur Selbsthilfe greifen ließen und welche Erfahrungen sie seither gemacht haben zu Themen wie Medikamente, Drogen, Alkohol, Patientenrecht, Kunstfehler, Hausbesetzung, Umweltschutz, Frieden, Krebs, Rheuma, Schwangerschaft, Homosexualität u.a. mit über 800 Adressen von Initiativgruppen.
384 Seiten 32.- DM



SIE NENNEN ES FÜRSORGE

Behinderte zwischen Vernichtung und Widerstand
Dokumente aus dem Nationalsozialismus. Was geschieht heute in den Anstalten für geistig und körperlich Behinderte? Erfahrungsberichte von Behinderten und Nichtbehinderten miteinander. Standpunkte und Forderungen der Krüppelbewegung.
256 Seiten 19,80 DM



ALTERNATIVEN ZUM IRRENHAUS

Auf der Suche nach einer veränderten Praxis
196 Seiten, DM 12,80

Aus dem Inhalt dieses Readers:
Wem kann die Auflösung psychiatrischer Anstalten zugute kommen?
Reform und Versorgungs-
technokratie.
Ein Blick in die gefährliche Welt der Anstalt.
Wege zur veränderten Praxis

GEGEN DIE LOGIK DER AUSSONDERUNG
Psychiatrisches Leiden und Behinderung zwischen Ausschluss und Befreiung. Ein Erfahrungsaustausch mit Vertretern der Demokratischen Psychiatrie in Italien
200 Seiten 19,50 DM

Peter Suchanek: DIE NOT DER TUGEND
Arbeit, Sexualität und Umgang mit Konflikten in sozialpsychiatrischen Anstalten - untersucht anhand der Praxis von kirchlichen, anthroposophischen und am Marxismus orientierten Einrichtungen
184 Seiten 14,80 DM

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

Gemeinsames Positions- und Arbeitspapier der Arbeitsgemeinschaft

Liste Demokratischer Ärzte (Ärztekammer Hessen)

Liste Demokratischer Ärzte (Ärztekammer Nordwürttemberg)

Liste Demokratischer Ärzte (Ärztekammer des Saarlandes)

Liste Demokratischer Ärzte (Ärztekammer Westfalen-Lippe)

Liste Demokratischer Ärzte (Ärztekammer Würzburg)

Liste Hamburger Ärzteopposition (Ärztekammer Hamburg)

Liste Soziales Gesundheitswesen (Ärztekammer Nordrhein)

Unabhängige Liste Demokratischer Ärzte (Ärztekammer Nordbaden)

Unabhängige Liste Demokratischer Ärzte (Ärztekammer Rheinland-Pfalz)

Dieses Papier wurde am 16. April 1983 auf dem Treffen der o.g. Listen in Frankfurt a.M. ohne Gegenstimmen bei zwei Enthaltungen angenommen.

In vielen Bundesländern und Kammerbezirken haben fortschrittliche Listen inzwischen mit beachtlichem Erfolg kandidiert. Sie sind mit 5—18 Prozent der Sitze seit 1976 in den Kammern folgender Bundesländer vertreten: Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Baden-Württemberg, Bayern. Insbesondere seit 1981 ist es verstärkt zu Gründungen und Kandidaturen von fortschrittlichen Listen gekommen. 1982 hat in Berlin die „Gemeinsame Liste Krankenhaus und Praxis“ sogar knapp 40 Prozent der Sitze in der Ärztekammer erzielt.

1. Jeder approbierte Arzt/Ärztin ist Pflichtmitglied in einer Landesärztekammer. Auch heute noch sind die Kammern ein Hort ständisch-patriarchalischer Umgangsweisen, tun sie sich schwer mit Vorurteilen zu freiem Meinungsaustausch und demokratischer Willensbildung. Standesfunktionäre starr konservativer Prägung haben dort das Sagen und eine Atmosphäre geschaffen, die inzwischen vielen Kollegen und Kolleginnen gegen den Strich geht.

2. Das zunehmende Abweichen der konservativen ärztlichen Standespolitik von den Grundgedanken der Weltgesundheitsorganisation ist für uns Anlaß, diese wieder als Zielorientierung ärztlichen Handelns zu erneuern. Auch das von den internationalen Organisationen nach dem Zweiten Weltkrieg formulierte Recht auf Gesundheit wird in Standespublikationen nicht selten als unrealistisch hingestellt. Wir bekennen uns aus sozialer Verantwortung zu den Grundsätzen der WHO:

„Die Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Die Erlangung des bestmöglichen Gesundheitszustandes ist eines der Grundrechte eines jeden Menschen ohne Unterschied der Rasse, der Religion, des politischen Bekenntnisses, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

3. Eine breite Ärztebewegung hat in den letzten Jahren auf die Gefahren eines Atomkrieges öffentlich hingewiesen. Einer wachsenden Zahl von Ärztinnen und Ärzten ist inzwischen die Erkenntnis bewußt geworden, daß im Atomkrieg ärztliche Hilfe nicht mehr möglich ist und die „Überlebenden die Toten beneiden werden“. Auch der Deutsche Ärztetag hat sich dazu 1982 wie folgt geäußert:

„Niemand kann der atomaren, chemischen und bakteriologischen Kriegsdrohung der Gegenwart gleichgültig gegenüber stehen, sie bedroht die ganze Menschheit.“

Als Ärzte warnen wir alle verantwortlich denkenden und handelnden Bürger vor der sich anbahnenden Katastrophe der Menschheitsgeschichte!

Die Aufgabe aller Bürger ist es, jedem Krieg entgegenzuwirken, denn jeder Konflikt kann zur nuklearen Katastrophe eskalieren.

Im Sinne einer langfristigen, konsequenten Friedenspolitik ist es erforderlich, daß

1. bei den Völkern in Ost und West Feindbilder abgebaut werden und wechselseitiges Vertrauen aufgebaut wird,
2. die Bevölkerung über die Folgen und Wirkungen insbesondere der atomaren, chemischen und bakteriologischen Massenvernichtungsmittel rückhaltlos aufgeklärt wird,
3. keine weiteren Massenvernichtungsmittel entwickelt und die vorhandenen Bestände in allen Teilen der Welt kontrolliert und abgebaut werden.“

Wir wenden uns deshalb gegen die von einigen unverbesserlichen Standesfunktionären betriebene Duldung und Unterstützung einer zunehmenden Militarisierung der Medizin (z.B. Gesundheitsstellungs-gesetz, Zwangstortbildung in Kriegsmedizin, Zwangsregistrierung und -rekrutierung von Kolleginnen und Kollegen) und konzentrieren unsere Arbeit auf die Verhinderung eines Atomkrieges durch weltweite Abrüstung. In der Zusammenarbeit mit der Friedensbewegung sehen wir eine wertvolle Verstärkung unserer Wirkungsmöglichkeiten.

4. Jahrzehntelang bemäntelten führende Standesfunktionäre ihre fehlende Kenntnis von krankmachenden Arbeitsbedingungen mit ständigen Hinweisen auf den relativen materiellen Wohlstand der Bevölkerung. Selbst über zwei Millionen Arbeitslose haben vielen Zynikern der Selbstverantwortungs-ideologien noch nicht die Sprache verschlagen. Was sich heute in Familien von Arbeitslosen an medizinischen und sozialen Tragödien abspielt, wird in keiner Statistik wirklich erfaßt. Die unter dem Damoklesschwert drohender Arbeitslosigkeit scheinbar der Vergangenheit angehörenden Praktiken und Schikanen, die in Büros und Fabriken wieder massiv zunehmen, erzeugen medizinische und psychische Probleme, zu deren Lösung die heutigen medizinischen Institutionen — insbesondere unter den Bedingungen der sozialen Kürzungspolitik — bald quantitativ und qualitativ nicht mehr in der Lage sein werden. Hier müssen politische Impulse von einer sozial verantwortlichen Ärzteschaft ausgehen, zu denen die herrschende Führungsschicht der ärztlichen Standesorganisationen nicht fähig ist.

5. Von der konservativen CDU/CSU/FDP-Koalition werden Zielsetzungen verfolgt, die die durch die ökonomische Dauerkrise hervorgerufene Notsituation im Gesundheitswesen noch verschärfen und eine „Wende“ in Richtung auf massiven Sozialabbau, Gefährdung des Solidaritätsprinzips in der Sozialversicherung und Verstärkung der Reprivatisierungstendenz ansteuern. Die Sozialversicherten sollen in der Stunde der Not durch „Selbstbeteiligung“ zusätzlich zur Kasse gebeten werden. Die Kostenumwälzung auf Kranke, Behinderte, sozial Schwache und Rentner erfolgt unter der Parole, es müsse eine „Luxusmedizin“ vermieden werden, während doch in Wirklichkeit Privileg und Luxus dort zu finden sind, wo private Bezahlung und private Versicherung den Weg zum Arzt und die Situation im Krankenhaus erleichtern.

Es kann nicht hingenommen werden, daß durch die sich abzeichnende „Selbstbeteiligungs“-Politik die soziale Ungleichheit verschärft wird. Dadurch werden nicht zuletzt die einkommensschwächsten Gesellschaftsgruppen, die zudem die höchsten Krankheitsrisiken aufweisen, am stärksten belastet. Die Forderung nach Ausweitung der Eigenverantwortung von Kranken geht leichtfertig mit der wissenschaftlichen Erkenntnis um, daß viele Krankheiten heute durch die Arbeits- und Lebensbedingungen verursacht sind, auf die die Betroffenen als einzelne so gut wie keinen Einfluß haben, und daß Patienten allein nur selten in der Lage sind, die medizinischen Konsequenzen erster Krankheitsbeschwerden beurteilen zu können.

6. Anhaltende Massenarbeitslosigkeit, sinkende Reallohn und die Konsolidierung des Staatshaushalts zu Lasten der Sozialversicherung führen zu einer Verringerung der Kasseneinnahmen und haben folglich entsprechende Auswirkungen auf die Leistungen der Krankenversicherung. Für alle Ärztinnen und

Ärzte und die im Gesundheitswesen Beschäftigten bedeutet forciert Sozialabbau, Demontage medizinischer und sozialer Versorgungseinrichtungen auch eine Existenzgefährdung. Was heute in den Kureinrichtungen passiert, beginnt sich auch im Krankenhaus abzuzeichnen und kann morgen schon die Existenzsicherheit der niedergelassenen Kollegen betreffen: Streichung von Krankenhausbetten, Streichung von Planstellen, Schließung von Stationen und Behandlungseinrichtungen. Das alles trifft zugleich Patienten, Ärzte und alle anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Deshalb halten wir es für notwendig, daß die Sozialversicherten mit ihren Gewerkschaften und die Ärzteschaft sich gemeinsam gegen den zunehmenden Sozialabbau zur Wehr setzen. Das Interesse an einer guten Gesundheitsfürsorge braucht keineswegs in Widerspruch zu den Existenzbedingungen des ärztlichen Berufs zu stehen.

Wir wissen aber auch, daß dort, wo das „Geschäft mit der Krankheit“ betrieben wird, in der chemisch-pharmazeutischen und der medizinisch-technischen Industrie, heute noch ungebrochen enorme Profite gemacht werden. Auch die Privilegien von Großverdienern unter den Ärztinnen und Ärzten können nicht länger toleriert werden. Hier sehen wir die Möglichkeiten, durch öffentliche Kontrolle zu erheblichen Kostendämpfungen im Gesundheitswesen beizutragen.

7. Die Notwendigkeit und stärkere Hinwendung zu einer primär-präventiven Krankheitsbekämpfung ist heute dringend erforderlich. Dennoch werden dafür kaum finanzielle Mittel bereitgestellt und verbindliche Gesamtpläne erarbeitet. Umwelteinflüsse wie Luft-, Wasser-, Boden- und Nahrungsverschmutzung, die Zerstörung städtischer Lebensräume durch das Vordringen gewinngesteuerter Industriegewächstums, schlechte Arbeits- und Lebensbedingungen werden in zunehmendem Maße als die eigentlichen Ursachen von Volkskrankheiten erkannt. Mit dem „sauren Regen“, der unsere Wälder zu zerstören droht, greift die Umweltverschmutzung nun auch schon auf die gesundheitlichen Erholungsräume über, die die Bevölkerung in einem hochindustrialisierten Land dringend zur Regeneration braucht.

Wir Ärztinnen und Ärzte müssen auch auf dem ökologischen Gebiet stärker auftreten und diejenigen unterstützen, die der Umweltzerstörung den Kampf angesagt haben. Wir fordern die Einrichtung von Instituten für Umweltmedizin und die Verankerung des „Arztes für Umweltmedizin“ in der Weiterbildungsordnung für Ärzte sowie entsprechende Ausbildung von Medizinstudenten und anderen umweltschutzorientierten Personen.

8. In einer Stellungnahme zum Thema „Gefährdung durch Kernkraftwerke“ (Oktober 1975) hat der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer Auffassungen vertreten wie:

„In Kernkraftwerken sind bisher keine Unfälle vorgekommen, als deren Folgen die Bewohner der Umgebung geschädigt oder auch nur in ihrer gewohnten Tätigkeit gehindert worden sind. Das zeugt von der lückenlosen Wirksamkeit der umfassenden Sicherheitsvorkehrungen.“

„Abschließend und zusammenfassend stellt der Ausschuß fest, daß die Strahlenbelastung der Bevölkerung bei dem Betrieb von Kernkraftwerken unter Normalbedingungen mit einem zu vernachlässigenden Risiko verbunden ist, so daß weder im Hinblick auf das Schicksal des einzelnen noch vom sozialhygienischen Standpunkt aus von einer Gefährdung gesprochen werden kann.“

Angesichts der Katastrophe von Harrisburg und weiterer ähnlicher Unfälle in verschiedenen Ländern hatten wir diese „Stellungnahme“ von den wirklichen Ereignissen längst überholt und widerlegt. Schon als sie formuliert wurde, genügte sie nicht ärztlicher und wissenschaftlicher Verantwortung.

9. Die Struktur unseres zweifellos hochentwickelten Gesundheitswesens ist durch die starke Verselbständigung seiner Teilbereiche gekennzeichnet. Insbesondere in der ärztlichen Versorgung stehen nebeneinander — teils sogar scharf voneinander getrennt — die ambulante und stationäre ärztliche Tätigkeit sowie die Vielzahl der ärztlichen Dienste (öffentlicher

Gesundheitsdienst, sozialärztlicher Dienst, betriebsärztlicher Dienst und arbeitsamtsärztlicher Dienst). Hinzu kommt die strikte Trennung zwischen ärztlicher und nichtärztlicher Krankenversorgung. Dies ist u.a. Resultat einer bornierten ärztlichen Standespolitik. So wehren sich beispielsweise bis heute die Ärztekammern vehement gegen fach- und berufsübergreifende Gruppenpraxen, Ambulatorien und Polikliniken an Krankenhäusern der Regelversorgung. Dies widerspricht der elementaren Erkenntnis, daß die Verhinderung und Behandlung von Krankheiten heute in der Regel nicht mehr von einzelnen bewältigt werden kann, sondern daß die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit anderen medizinischen Berufen immer dringlicher wird. Erfolgreich können Prävention, Kuration und Rehabilitation heute nur noch in der Kooperation von Fachleuten mit Betroffenen wahrgenommen werden. Es ist deshalb eine verstärkte Integration der Teilbereiche des Gesundheitswesens anzustreben, in der der systematisch ausgetrocknete Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes ausgebaut und mit zusätzlichen Aufgaben ausgestattet werden muß.

10. Frauen werden wie in allen relevanten Bereichen unserer Gesellschaft auch im Gesundheitswesen diskriminiert. Als weibliche Versicherte müssen sie höhere Versicherungsbeiträge wegen Schwangerschaft und Geburt bezahlen. Als Patientinnen werden sie allzu leicht als „hysterisch“ abgestempelt. Wegen der Mehrfachbelastung durch Schwangerschaft, Beruf und Familie werden ihnen der Eintritt ins Berufsleben und erst recht die Aufstiegsmöglichkeiten erschwert. So gibt es unter den Medizinstudenten noch etwa ein Fünftel als Ärztinnen und unter den leitenden Krankenhausärzten nur noch jeder Zwanzigste. Auch als Delegierte in den Ärztekammern trifft man sie nur vereinzelt an. Wir setzen uns daher verstärkt für eine anteilmäßige Vertretung von Ärztinnen in den Ärztekammern ein, um die frauenfeindlichen Strukturen im Gesundheitswesen abzubauen.

11. Wir treten für die Gleichstellung der psychisch Kranken mit den organisch Kranken ein. Wir fordern daher den Auf- und Ausbau von psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Einrichtungen im

ambulantem Bereich, den schrittweisen Abbau der psychiatrischen Großkrankenhäuser und ihren Ersatz durch in die allgemeinmedizinische stationäre Regelversorgung integrierte psychiatrische Krankenhausabteilungen sowie den Abbau diskriminierender Gesetze (z.B. Unterbringungsgesetze). Wir unterstützen die Bemühungen der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) und fordern als ersten Schritt, die wichtigsten Empfehlungen der „Psychiatrie-Enquête“ nun endlich nach jahrelanger Verzögerung in die Tat umzusetzen.

12. Von den ärztlichen Standesorganisationen wird seit Jahren die Angst vor einer bevorstehenden „Ärzttschwermetze“ geschürt. Auch wir gehen davon aus, daß die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in den kommenden Jahren ansteigen wird. Wir sehen allerdings in der wachsenden Zahl keinesfalls eine Katastrophe, sondern die Chance für längst fällige Reformen unseres Gesundheitswesens mit dem Ziel: mehr Zeit für die Patienten und weniger unzumutbare Belastung für die Ärztinnen und Ärzte. Uns geht es um die Verringerung von unverantwortlich langen und unregelmäßigen Arbeitszeiten in der Praxis und im Krankenhaus, um die dringend notwendige Fortbildung erweitern und intensivieren zu können.

Wir meinen auch, daß durch die Verkürzung der ärztlichen Arbeitszeit unter gesicherten Existenzbedingungen Stellen und Kapazitäten für jüngere ärztliche Kolleginnen und Kollegen frei werden, damit der Arbeitslosigkeit von Ärzten noch rechtzeitig entgegengewirkt werden kann. Aus demselben Grund wehren wir uns auch gegen geplante Weiterbildungs-, Niederlassungs- und Zulassungsbehinderungen, die allein der Erhaltung von bestehenden Privilegien dienen.

13. Angesichts der enormen wirtschaftlichen Probleme mit ihren Auswirkungen auf die Krankenversorgung, längst überfälliger Strukturveränderungen im Gesundheitswesen sowie beslehender und drohender Umweltseuchen setzen wir uns dafür ein, daß das Gesundheitssystem stärker dem Einfluß privater Gruppenegoismen entzogen und demokratisch kontrollierten Organen unterstellt wird. Hierzu bedarf es einer verstärkten Mitbestimmung der Organisationen der Bevölkerung, insbesondere der Gewerkschaften und Sozialversicherungen.

In diesem Zusammenhang sehen wir auch die Versuche, öffentliche und professionelle soziale Dienste durch Selbsthilfaktivitäten zu ergänzen. Nicht selten sind sie Ausdruck einer solidarischen Selbstregulierung von sozialen Problemen. Wir unterstützen das Anliegen der Selbsthilfgruppen, im Gesundheitswesen autonome Arbeitsansätze zu schaffen, verhärtete bürokratische Einrichtungen aufzubrechen, um den Bedürfnissen der Betroffenen verstärkten Nachdruck zu verleihen. Wir meinen, daß solche Anliegen im Gesundheits- und Sozialwesen öffentlich gefördert werden müssen. Bei der Gesundheitssicherung geht es um eine gesellschaftliche Aufgabe, die alle Mitglieder der Gesellschaft vital berührt. Selbsthilfaktivitäten und öffentliche Leistungsangebote bedürfen einer engen Zusammenarbeit. Wir wenden uns allerdings nachhaltig gegen Versuche, sich der Selbsthilfebewegung zu bedienen, sie im Sinne des konservativen Subsidiaritätsprinzips umzuinterpretieren und als Legitimation für Leistungsabbau und Kostenverlagerung auf den einzelnen zu mißbrauchen.

14. Wir wenden uns an die berufserfahrenen Kolleginnen und Kollegen, die von der bisherigen Standespolitik enttäuscht sind und eine Wende in der ärztlichen Berufspolitik wünschen. Wir wenden uns an die Kolleginnen und Kollegen, die in den achtziger Jahren die Approbation erhalten und denen der Zugang zur beruflichen Existenz erschwert werden soll. Helft uns, dem sinnentleerten ständisch fixierten Denken und Handeln seine Grenzen aufzuweisen und das Berufsbild des Arztes in sozialem, humanem und demokratischem Sinne fortzuentwickeln!

Deshalb rufen wir dazu auf, in allen Bundesländern Listen von Ärztinnen und Ärzten aufzustellen, um bei den Kammerwahlen und in den Kammern die drängenden Fragen der Gesundheitssicherung aufzuwerfen und grundlegende Alternativen dazu vorzutragen.

Kontaktadresse:
Dr. med. W. Beck
Atzelbergstr. 46
6 Frankfurt am Main 80

Schon in der Weimarer Republik gab es eine Opposition in den Ärztekammern. Sie stützte sich auf die noch ungebrochene Tradition der Arbeiterbewegung. Nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten 1933 wurde der Verein Sozialistischer Ärzte zer schlagen und aufgelöst. Beim „demokratischen Neubeginn“ nach 1945 konnte diese Tradition des Vereins nicht wieder aufgenommen werden, weil die meisten seiner Mitglieder während der Nazi-

zeit umgekommen bzw. ins Exil getrieben worden waren. Dem Vergessen und Verschweigen wollen wir ein Ende bereiten. dg dokumentiert deshalb das gesundheitspolitische Programm des Vereins Sozialistischer Ärzte, veröffentlicht in der Zeitschrift „Der sozialistische Arzt“ im Dezember 1929 (Jg. 5, Heft 4) und im Mai/Juni 1931 (Jg. 7, Heft 5/6).

Gesundheitspolitisches Programm des V. S. Ä.

Der „VEREIN SOZIALISTISCHER AERZTE“ stellt in folgendem Programm sein Ziel und seine Aufgaben zusammen, wobei er sich auf die Lehren des wissenschaftlichen Sozialismus und die Erkenntnisse eines jahrzehntelangen Kampfes der Arbeiterklasse stützt.

A) Grundsätzliches.

Der Aufstieg des Kapitalismus zum Monopolkapitalismus, der alles überragende Herrschaft des Finanzkapitals haben im gesamten Gesellschaftskörper den Großbetrieb über den Kleinbetrieb siegen lassen. Die stürmische Entwicklung der Produktivkräfte und Produktionsmittel hat weite Schichten kleiner Kapitalsaneigner zum Erliegen gebracht. Der Zusammenballung des Reichtums in den Händen weniger entspricht eine gewaltige Verbreiterung der proletarischen Masse und ein Anwachsen der industriellen Reservearmee von nie gesehenem Umfang.

Das Heilwesen hat die gleiche Strukturwandlung durchgemacht. Der Kleinbetrieb des einzelnen praktizierenden Arztes mit seinem geringen technischen Apparat wird verdrängt durch den technisch hochwertigen und mit wissenschaftlich organisierter Arbeitsteilung schaffenden Großbetrieb. Den Platz der einzelnen Aerzte nehmen ein die modernen Großinstitute des Reiches, der Länder, der Kommunen und der Sozialversicherungsträger.

Diese gewaltige Zentralisation aller Produktionsmittel hat aber am Wesen des Kapitalismus nichts geändert. Mehrwertproduktion und Ausbeutung sind geblieben, und die Klassenspaltung ist tiefer denn je. Den prominenten Aerzten und Spezialisten für eine dünne Oberschicht steht gegenüber der in der Kleinarbeit untergehende Kassenarzt des Proletariats. Auch die Gesundheit ist Klassengut.

Das Heilwesen der Bourgeoisie heilt den Kranken, um ihn schleunigst in den Produktionsprozess zurückzuführen.

Das Heilwesen des Proletariats heilt den Menschen, um ihn wieder der Gesellschaft zurückzugeben.

Das Heilwesen der Bourgeoisie erniedrigt den Menschen zur Ware.

Das Heilwesen des Proletariats erhebt die Gesundheit zum höchsten Gut der Gesellschaft.

Das Heilwesen der Bourgeoisie erfüllt den Kranken, losgelöst von der Gesellschaft.

Das Heilwesen des Proletariats erfüllt den Menschen in seiner gesellschaftlichen Bedingtheit.

Als ein Gut des gesamten Volkskörpers kann die Gesundheit unter dem kapitalistischen System niemals Wirklichkeit werden, auch nicht bei höchster Entwicklung der Produktionsmittel und glänzendster Leistung der Wissenschaft.

Dieses Ziel ist nur in bewußt geführtem Klassenkampf, gemeinsam mit den Massen des organisierten Proletariats erreichbar und wird erst verwirklicht in einer nicht mehr auf Ausbeutung und Unterdrückung aufgebauten Gesellschaftsform: der sozialistischen Gesellschaft.

Der damit verbundene Übergang der Produktionsmittel aus Privatbesitz in den Besitz und die Nutznießung der Gesellschaft gestaltet auch das Heilwesen grundlegend um.

Medizinischer Großbetrieb, technische und pharmazeutische Großindustrie werden in sich verbunden.

Arzt und Patient finden ihr natürliches Vertrauensverhältnis:

Alle Gruppen eint der Gedanke der Gesundheitsberatung und -fürsorge der Gesellschaft.

Die Sozialisierung des Heilwesens ist das Ziel, das der „Verein sozialistischer Aerzte“ mit den Mitteln des proletarischen Klassenkampfes erstrebt.

B) Aktionsprogramm.

Ohne von dieser prinzipiellen Stellung gegenüber dem Heilwesen im kapitalistischen Staat abzugehen, fordert der „Verein sozialistischer Aerzte“ für die Gegenwart:

1. Sozialisierung des gesamten Gesundheitswesens. Schaffung eines Reichsministeriums für Gesundheitspflege und soziales Versicherungswesen. Abschaffung der bestehenden besonderen Landesgesetzgebung auf dem Gebiete des Medizinalwesens. Einheitliche Reichsmedizinalgesetzgebung. Schaffung und Ausbau von Landes-, Provinzial-, Kreis- und Kommunalgesundheitsämtern, unter Bestellung hauptamtlicher Sozialärzte. Wahl der Sozialärzte und der Krankenhausärzte durch die Selbstverwaltungen bzw. Gesundheitsgewerkschaften.

2. Abschaffung der Ärztekammern und ärztlichen Ehrengerichte. Einrichtung von Gesundheitsgewerkschaften unter Einbeziehung aller Aerzte. Verteilung der vorhandenen Aerzte unter dem Gesichtspunkt der Planwirtschaft.

Eingliederung der Aerzte in die gewerkschaftlichen Verbände der Gesundheitsarbeiter unter Sicherung angemessener Entlohnung und Arbeitsbedingungen.

3. Sozialversicherung. Umgestaltung der Arbeiter- und Angestelltenversicherung als Übergang zu einer allgemeinen Volksversicherung. Arbeitsgemeinschaftliche Verknüpfung aller Reichsversicherungsträger untereinander und mit den gesundheitlichen Einrichtungen der Gemeindeverwaltung, den Krankenanstalten, Ambulatorien und Fürsorgestellen im Sinne eines Überganges zur Sozialisierung des Heilwesens. Schärfere Erfassung der Versicherungsbeiträge der Arbeitgeber, vor allem bei Berufsgruppen, die in Betrieben mit erhöhten Gefahren für Leben und Gesundheit arbeiten.

4. Krankenanstalten, Krankenbehandlung. Uebernahme aller Krankenanstalten auf Gemeinde oder Staat; Uebernahme aller Heilstätten, Kur- und Erholungssstätten, sowie aller sonstigen Anstalten für Kranke und Sieche auf der Grundlage der Volksversicherung auf die Reichsversicherungsträger in Arbeitsgemeinschaft mit bestehenden oder zu schaffenden kommunalen und staatlichen Einrichtungen.

Beseitigung der ärztlichen Zwergbetriebe. Beseitigung aller Gesundheitsbetriebe, die aus Behandlung, Pflege und Beherbergung Kranker oder Siecher Gewinne erzielen.

Preisfixierung in den Anstalten des Heilwesens durch den Staat und Vertreter der Gesundheitsgewerkschaften.

Vereinbarung der Krankenhäuser und Irrenanstalten, Siechenanstalten und Altersheime, der Mütter- und Säuglingsheime, sowie der Entbindungsanstalten bis zur vollen Deckung des Bedürfnisses, mindestens in einem Verhältnis von 6 Betten auf 100 Einwohner.

Kostenlose Ausbildung von Krankenpflegepersonen unter Bevorzugung der werktätigen Bevölkerung. Erweiterung der Pflegeschulen in einem Verhältnis von 10 Schülern auf 100 Krankbetten. Genaue, staatlich geregelte Begriffsbestimmung des Begriffs „Arbeitstherapie in Krankenanstalten“.

Erlaß eines Irrengesetzes, das Aufnahme, Zwang und Freiheit Geisteskranker, Minderwertiger und Gemeingefährlicher regelt.

5. Apothekenwesen. Ueberführung der Apotheken und aller Betriebe, die der Herstellung und dem Handel von Heilmitteln und Heilwaren dienen auf Staat und Gemeinden. Sozialisierung der pharmazeutischen Industrie. Verbot der Monopolisierung der Heilmittel. Preisfixierung durch den Staat und die Vertreter der Gewerkschaften für Gesundheitswesen. Verbeantragung der Apotheker.

6. Hebammenwesen. Uebernahme des Hebammenwesens auf Staat und Gemeinde unter Verbeantragung der Hebammen. Einheitliche, reichsgesetzliche Regelung der kostenlosen Ausbildung der Hebammen in der Säuglingspflege, in der Krankenpflege und in der Technik des Hebammenberufes. Schaffung von Hebammenfürsorgerinnen. Erweiterung der Hebammenausbildungsschulen unter bevorzugter Heranziehung der werktätigen Bevölkerung. Erweiterung der Ausbildungsanstalten.

7. Gefängniswesen. Ärztlich und pädagogisch überwachter, abgestufter Strafvollzug. Abschaffung der Strafvollzugsanstalten und Errichtung gesundheitlich einwandfreier Einschließungsanstalten unter pädagogischen und hygienischen Gesichtspunkten.

Individualpsychologische Behandlung der Gefangenen.

Beschäftigung des Eingeschlossenen in seinem Beruf unter tarifmäßiger Bezahlung seiner geleisteten Arbeit. Anstellung von hauptamtlichen Gefängnisärzten in allen Strafvollzugsanstalten, auf deren Votum in Krankheitsfällen bei Beseitigung des richterlichen Ermessens Strafaussetzungen erfolgen müssen.

Steigende Berechtigung der Eingeschlossenen auf Hausurlaub.

Ueberwachung der Ernährung der Eingeschlossenen durch Kommissionen, die sich aus Vertretern von außerhalb der Gefängnisse stehenden Sachverständigen zusammensetzen müssen. Abschaffung aller Sonderstrafen während des Strafvollzugs im Bereiche des freien Ermessens des Anstaltsvorstandes.

8. Leichenbestattung. Reichsgesetzliche, obligatorische ärztliche Totenschau. Uebernahme der Grabfelder durch die Kommunen zwecks Beseitigung des Preiswuchers auf diesem Gebiete. Unentgeltliche, würdige und gleichartige Totenbestattung in der Form der Erdbestattung oder Einschließung als Angelegenheit der Selbstverwaltung.

9. Bevölkerungspolitik und Bevölkerungsfürsorge. Sorgfältige Bearbeitung der Bevölkerungsstatistik und Bekanntgabe der Ergebnisse Förderung der Frühehe, Begünstigung der Kinderreichen in der Steuer-gesetzgebung und in der Versicherung im Rahmen der Volksversicherung. Progressive Steigerung der Kinderzuschüsse. Ausbau der Einkommensteuer und aller anderen Steuerformen nach sozialen Gesichtspunkten. Gewährung unentgeltlicher Geburtshilfe und unentgeltlicher Aufnahme in die Entbindungsanstalten.

Gesundheitliche Ueberwachung aller Säuglinge, Klein- und Schulkinder. Ausreichende Errichtung von Krippen, Kindertagesheimen und Tagesheim-schulen, sowie Kindergärten unter besonderer Berücksichtigung der kin-derreichen oder durch Krankheit oder Erwerbslosigkeit geschädigten Familien.

Ausreichende vorbeugende und nachgehende Tuberkulosefürsorge durch Reichsversicherungsträger in arbeitsgemeinschaftlichem Zusammengehen mit den Kommunen. Revision der unzureichenden, bürokratischen und oft volksfeindlichen Form der Heilstätteneinweisung. Ausbau der Heilstätten nach neuzeitlichen Gesichtspunkten. Schaffung von Tuberkuloseheim-stätten für sieche Tuberkulose. Schaffung von Tageskurstätten und Nach-lichtestätten für Tuberkulose.

Einführung einer täglichen, die Grundsätze des Schulsondorturnens berücksichtigenden Turnstunde in der Schule. Einführung der Turnstunde

in den Berufs- und Fortbildungsschulen. Zurverfügungstellung von an Zahl und Beschaffenheit ausreichenden Spiel- und Sportplätzen unter arbeits-gemeinschaftlicher Kostentragung durch Reichsversicherungsträger und Kommune. Reichsgesetzlich geregelte obligatorische Durchführung einer ausreichenden hauptamtlichen schulärztlichen und schulzahnärztlichen Ueberwachung in Schulen aller Art.

Einführung eines ärztlichen planmäßigen Gesundheitsunterrichts in den Schulen.

Errichtung ärztlicher Berufsberatungsstellen, ärztlicher Heirats- und Eheberatungsstellen, besondere Berücksichtigung der Geburtenprävention.

Reichsgesetzlich geregelter Gesundheitsdienst in Staat und Gemeinde, insbesondere auf dem Lande, durch hauptamtliche Aerzte, die von der Stadt- oder Kreisvertretung zu wählen sind.

Freigabe des künstlichen Abortes an Aerzte aus sozialer Indikation.

Errichtung von Schwangeren- und Mütterberatungsstellen. Schaffung von Mütterheimen in ausreichender Zahl.

Reichsgesetzliche Regelung der Krüppelfürsorge, reichsgesetzliche Regelung und Durchführung der Heilpädagogik (Fürsorge für Trunk- und Giftsuchtige, für Irre, Geistesschwache und Psychopathen). Bereitstellung von Jugendheimen, Erwerbslosenheimen, Wandererheimen, Wärnstuben und Zufluchtsstätten für alte Leute, ohne konfessionelle Bindung.

Einheitliche, für das ganze Reich geltende Bekämpfung der Infektionskrankheiten.

Reichseinheitliche Durchführung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unter Ausbau der Behandlungsstellen und der Prophylaxemaßnahmen. Schaffung von Durchgangsheimen für Psychopathen. Beseitigung der Fürsorgeerziehung und Arbeitshauseinweisung unter Schaffung eines heilpädagogisch und hygienisch einwandfreien abgestuften, aus dem Strafvollzug herausgenommenen Bewährungsvollzugs.

Schaffung von Arbeitsgemeinschaften zur Anbringung der unter 9. entstehenden Kosten von Reichsversicherungsträgern, Aerzte- und Gesundheitsgewerkschaften, Kommunen und Zweckverbänden.

Errichtung von Lehrstühlen für soziale Hygiene an allen Universitäten.

10. Gewerbehygiene, Arbeitszeit und Arbeitsschutz. Ueberwachung aller gewerblichen und landwirtschaftlichen Betriebe durch Gewerbeärzte und bestellte Vertrauenspersonen. Durchgreifende Gewerbehygiene und Unfallverhütung. Gewerbeärztliche Ueberwachung des Arbeitsortes, des Arbeitstempes und der Einwirkung der Arbeitsart auf die Gesundheit, unter Mitwirkung von gewerkschaftlich aufgezeigten gewerbehygienischen Kommissionen. Erhaltung des Achtstundentages und Einführung der Siebenstundenschicht in gesundheitlich gefährdeten Berufen. Einführung des Sechsstundentages für alle unter Tag Beschäftigten und für Jugendliche unter 16 Jahren.

Zusammenarbeit der hygienischen und der wirtschaftlichen Fürsorge. Sorgfältige Ueberwachung der Ernährung der Schulkinder auf Beschaffenheit und Menge. Erweiterung, beziehungsweise Ausbau der Schulfrühstücks- und Schulumittagsspeisungen.

Schaffung von Waldschulheimen für tuberkulosegefährdete Kinder, Zurverfügungstellung ausreichender Kinder-, Erholungs- und Kurstätten.

Schaffung einer Reichsanstalt für Lupusbekämpfung, reichsgesetzliche Regelung der Lupusprophylaxe.

Gewährung eines jährlichen Urlaubs für alle Arbeitnehmer von mindestens 18 Tagen einschließlich der Lehrlinge, unter Vollbezahlung des Lohnes. Verbot der geldlichen Ablösung des zustehenden Urlaubs. Erhöhung des Urlaubs um weitere sechs Tage in gesundheitgefährdeten Betrieben. Ermöglichung einer ausreichenden Erholung durch Einrichtung von Arbeitererholungsstätten auf dem Lande, an der See, im Gebirge und in Kurorten.

Einrichtung von Forschungs- und Untersuchungsinstituten für Gewerbehygiene. Einrichtung von ausreichenden Krankenhäusern für Gewerbe-krankte. Aufnahme der Gewerbehygiene als Lehr- und Prüfungsfach für Mediziner, Lehrer und Krankenpflegepersonal.

Einrichtung von Lehrstühlen für Gewerbehygiene an allen Universitäten. Verbot jeglicher Erwerbsarbeit für schulpflichtige Kinder.

Bereitstellung ausreichender Reichsmittel zur Durchführung des Gesetzes zum Schutze vor und nach der Niederkunft, unter Erhöhung der Beihilfen auf den vollen Arbeitslohn.

Schutz der Frauenarbeit, insbesondere Berufsberatung unter Berücksichtigung der körperlichen Eignung.

11. Wohnungsnot und Wohnungshygiene. Regelung des Wohnungssiedelungswesens auf Grund reichsgesetzlicher Abmachung. Bekämpfung der Wohnungsnot und des Wohnungselendes durch staatliche Förderung einer planmäßigen und tatkräftigen Siedlungspolitik der Gemeinden.

Vergesellschaftung des Wohnungswesens durch Ueberführung der vorhandenen Mietwohnungen und aller für den Wohnungsbau erforderlichen Grundstücke in den Besitz und in die Verwaltung von Genossenschaften.

Ausstattung dieser Genossenschaften mit den Rechten öffentlicher Körperschaften. Bereitstellung öffentlicher, kommunaler, Länder- und Reichsmittel zu billigen Zinssätzen zum Wohnungsneubau. Förderung der Verkehrspolitik durch Verbilligung der Beförderungssätze und Verbesserung der Verkehrsmöglichkeiten. Wegfall des Mehrklassensystems, einheitliche Ausstattung aller Beförderungsmittel.

Sozialisierung des Baugewerbes und der Baustoffindustrie.

Schaffung eines Reichswohnungsgesetzes und Reichswohnungsamtes für die Regelung aller einschlägigen Fragen.

Verbot der Herstellung von Arbeiter- und Angestelltenwohnungen durch Unternehmer, die Arbeits- und Mietverträge in Abhängigkeit zueinander bringen. Aufhebung aller bestehenden Mietverträge, die mit dem Arbeitsverträge verbunden sind.

12. Ärztliche Ausbildung. (Unterlagen von Dr. Karl Löwenthal, Prosektor am Städtischen Krankenhaus, Lichtenberg, Hubertusstraße.)

Acarbose — endlich ein Antidiabeticum für den dummen Patienten und den gesprächsfaulen Arzt?

Sinnvolles Therapieprinzip oder Versuch der Pharmaindustrie, sich ein großes Stück vom Zucker-Kuchen abzuschneiden?

Von Richard Beitzen

„Verlassen Sie sich darauf, die Acarbose kommt“ (Zitat Dr. Geisbüsch, Chef der Kurklinik Bad Neuenahr, einer der an den Glucobay-Feldversuchen beteiligten Kollegen auf der 104. Fortbildungsveranstaltung in seiner Stoffwechselklinik).

Ist es jetzt endlich gefunden, das Ei des hl. Pankreaticus, das sämtliche bisher bekannten, den Patienten ziemlich einschränkenden Behandlungsmöglichkeiten in Dampassagegeschwindigkeit ersetzt? Hat die halbherzige Fasterei und Proteinheilenmathematik endlich ein Ende?

Diabetiker im Schlaraffenland! Briefwaagenhersteller im Konkursverfahren!

So oder ähnlich müßten die Schlagzeilen in der „Laienpresse“ lauten, ginge es nach den Bayer-Feldversuchern wie Geisbüsch, der das Gros der Diabetes-mellitus-(Typ II)-Erkrankten für völlig unkooperativ hält (und das als Chef einer Stoffwechselklinik!). Beratung dieser Patienten z.B. durch den Arzt ist wohl demnach von vornherein Zeitverschwendung, weswegen man die Beratung sinnvollerweise besser gleich ausfallen läßt (man könnte ja enttäuscht werden!). Demgegenüber erklärten die Referenten der erwähnten Fortbildungsveranstaltung (gesponsort — na, von wem wohl? — von Bayer AG, Leverkusen), Prof. Gries und Dr. Sachse, die Insulin-Substitution bei angepaßter Diät als „die physiologische Behandlungsmethode der Wahl“, die bei guter Eigenverantwortung des Patienten als einziges Therapieprinzip eine optimale Blutzuckereinstellung ermögliche. Gries bescheinigte in direkter Konfrontation zu Geisbüsch (tolle Stimmung im Saal) dem Gros seiner Patienten ausdrücklich eine gute Einstellung zur Krankheit und eine hervorragende Mitarbeit bei der Therapie. Er sagte wörtlich, am Großteil der Diät/Insulin-Therapieversager sei nicht der dumme Patient schuld, sondern der behandelnde Arzt, der einfach nicht in der Lage sei oder sich nicht die erforderliche Zeit nehme, dem Patienten die Selbstkontrolle und -bestimmung zu ermöglichen.

Wie gesagt, beide Referenten legten sich eindeutig fest, daß die orale Diabetes-Einstellung grundsätzlich der schlechtere Weg sei. Nach Auflistung aller unerwünschten Wirkungen (s. Kasten) vertreten sie das Acarbose-Therapieprinzip als

Acarbose im arznei-telegramm

In der Septemberausgabe 1982 berichtete Möbius im „arznei-telegramm“ entgegen sonstigen Gewohnheiten erstmalig über eine neue Therapiestrategie, die noch nicht zugelassen ist:

Das Wirkungsprinzip der Acarbose besteht in einer spezifischen kompetitiven Hemmung der Spaltung von Oligosacchariden durch Glukosidasen im Darm (oberer Dünndarmabschnitt), während die Spaltung von Polysacchariden und die Resorption der Glukose nicht beeinträchtigt werden soll. Folge: „Glättung“ des Blutzuckertagesprofils, wenn der Patient auf die Zufuhr von Rohrzucker verzichte und die Ernährung auf fünf bis sieben Mahlzeiten umstelle.

Dabei stellt Möbius folgende unerwünschte Wirkungen heraus:

1.) erhöhter Anfall von ungespaltenen Kohlenhydraten im Dickdarm, wo sie durch anaerobe Bakterien zu kurzkettigen Fettsäuren, Kohlendioxid und Wasserstoff fermentiert werden.

Das bedeutet für den „Zuckerpatienten“: Die Kalorienaufnahme sinkt unter dieser Therapie nicht ab. Damit bleiben Körpergewicht und so auch die meist vorhandene Adipositas erhalten. Auswirkungen dieser Kohlenhydrat-Malabsorption: Flatulenz (ca. 50 Prozent), Diarrhoe (ca. 12 Prozent) und Meteorismus (ca. 30 Prozent). D. h. die Vergärung von Kohlenhydraten im Dickdarm macht der Hälfte der behandelten Patienten Beschwerden.

2.) Bei ca. einem Drittel der Behandelten soll die Acarbose-therapie gar nicht ansprechen (primäres Therapieversagen).

3.) Bei längerfristiger Anwendung „erlernen“ untere Dünndarmabschnitte die Funktion der bei der Acarbose-therapie in den oberen Dünndarmabschnitten ausgeschalteten Nahrungsaufnahme (sekundäres Therapieversagen).

4.) In Tierversuchen führte längerfristige Acarboseanwendung zu Nierentumoren umstrittener Dignität.

Auf Grund des letzten Punktes soll die Bundesoberbehörde das im Januar 1982 für Bay g 5421/Acarbose (Glucobay, Bayer) beantragte Zulassungsverfahren bis zum Sommer 1983 zurückgestellt haben.

Vgl. arznei-telegramm 11/1982, S. 93 f.

allerletzte Behandlungsmöglichkeit, um bei tatsächlich unkooperativen Patienten eine „Ausbügelung“ des Blutzuckertagesprofils erreichen zu können.

Jedenfalls ist die Acarbose erst mal „weg vom Fenster“: Die einen berichten, die Bundesbehörde habe das Zulassungsver-



fahren bis zum Sommer 83 zurückgestellt (s. Kasten), andere — vornehmlich der Fa. Bayer nahestehende — brüsten sich, die Firma habe das Präparat freiwillig vom Zulassungsverfahren zurückgezogen.

Laut Prof. Mehnert (am 26. 5. 83 auf dem Kongreß für ärztliche Fortbildung in Berlin) ist die Acarbose wegen verdächtiger Tierbefunde fürs erste nicht verfügbar (nach schriftlicher Mitteilung von Moebius Anfang Juni).

Nichtsdestotrotz verfolgt die Bayer-AG weiter den „dahinschmelzenden Zucker-Kuchen“ durch breit angelegte Feldstudien (was davon zu halten ist, weiß jeder, dem jemals solche „Studien“ angetragen worden sind. Vgl. dazu auch Langbein u.a.: „Gesunde Geschäfte. Praktiken der Pharmaindustrie“).

Ein Telefonat mit einem ärztlichen Mitarbeiter (Dr. Korponai) der Pharmaforschungsabteilung der Bayer AG Anfang Juni erbrachte die aktuelle Firmenverlautbarung für interessierte Ärzte: die Acar-

bose solle frühestens Ende 1984 erneut zur Zulassung vorgelegt werden, wenn erstens Versuche zur Langzeittoxikologie vorlägen und zweitens das Präparat dann bereits in der Schweiz zugelassen sei. (Ob man sich bei Bayer damit bessere Verkaufschancen ausrechnet nach dem Motto: ja, wenn die in der Schweiz mit ihrer hervorragenden Medizin sowas erlauben, dann...?)

Korponai wollte Acarbose auch als Zusatztherapeutikum zur Insulintherapie angewendet wissen, wertete jedoch die Diät/Insulin-Therapie ebenfalls erstrangig. Bei „Diätversagern“ („Sekundärversagern!“) sei die Acarbose vor den Sulfonylharnstoffen einzusetzen.

Meine eigene Erfahrung mit Diabetes-Patienten (hier geht es in erster Linie um den sog. „Altersdiabetes“) zeigt, daß die Patienten wirklich viel zu wenig über ihre Erkrankung wissen, auch wenn sie schon lange Diabetiker sind. Meist wurde ihnen lediglich ein buntes schlaues Büchlein (herausgegeben von den Pharmafirmen, die auch die Antidiabetika vertreiben, nach dem Motto: die Firma, dein Freund und Helfer) in die Hand gedrückt, fix gezeigt, wie man sich selbst und evtl. andere spritzt, und das war's dann auch schon!

Das erschreckendste Beispiel der Ignoranz aus mangelndem Verständnis von Zusammenhängen des Diabetes erlebte ich während einer Praxisvertretung: Der Patient mit einem „subklinischen“ Altersdiabetes schluckte jeden Tag eine Tablette Glibenclamid (Sulfonylharnstoffpräparat, z.B. Euglukon), damit „ich alles essen kann“. Vor Festtafeln schluckte er vorsichtshalber vier(!) zusätzliche Tabletten! Vor der allmüttwöchentlichen BZ-Kontrolle wurde gefastet, damit „der Wert stimmte“. Ich kann einfach nicht glauben, daß jemand, der ausreichend darüber informiert ist, wie er mit solchen Verhaltensweisen buchstäblich mit seinem Leben spielt, trotzdem sein Verhalten nicht besser kontrollieren lernen kann.

Ich meine, hier sind wir alle im Gesundheitswesen Tätigen dringend gefordert, bessere Anleitungen zur Selbstverantwortung und Selbsthilfe des Patienten zu geben (siehe hierzu auch DG 3/83, H. Lange-Antonin: „Lernen, mit dem Diabetes gesund zu leben“, S. 12 f). Als Nebeneffekt wird dabei der Pharmaindustrie die Jagd nach dem „Zucker-Kuchen“ (wie z.B. bei der Acarbose) erschwert.

Nachtrag: Irgendwie schwirrt mir seit Beginn meiner intensiveren Beschäftigung mit oralen Antidiabetika ständig ein Kobold (rund wie eine Tablette!) im Kopf herum, der auf mich einredet: „Nimm Acarbose, und du kannst fressen, soviel du magst!“ Bin ich jetzt reif für 'ne Psychotherapie oder habt ihr manchmal ähnliche Visionen? ■



Gesundheitswesen: nicht vorhanden

Eine US-amerikanische Delegation berichtet aus El Salvador

Wir entnehmen diesen Bericht als Vorabdruck einem umfassenden Dossier über die Auswirkungen des Krieges auf die gesundheitliche Lage El Salvadors. Das Dossier, das von einer Vereinigung salvadorianischer Ärzte (COPROSAL) herausgegeben wurde, wird in Kürze unter dem Titel „El Salvador: Krieg und Gesundheit“ bei medico international, Hanauer Landstr. 147—149, 6000 Frankfurt/Main 1, erscheinen. Es enthält unter anderem die folgenden Kapitel: Gesundheitliche Lage in El Salvador; Repression und Gewalt gegen Gesundheitspersonal; Gesundheit in den kontrollierten Gebieten; Strategie der „Verbrannten Erde“, usw.

El Salvador: Krieg und Gesundheit, ca. 100 Seiten, ca. 6 Mark.



Wir sind eine Gruppe von sieben US-amerikanischen Gesundheitsexperten, die zwischen dem 15. und 19. Januar 1983 in El Salvador waren, um dem Verschwinden von Gesundheitsarbeitern und berichteten Verletzungen der medizinischen Neutralität nachzugehen.

Wir stellten fest, daß Menschenrechtsverletzungen in dieser Gesellschaft so weitreichend sind, daß sich eine umfassende Verschlechterung der Lebensbedingungen ereignet.

Wir erlebten ein Land, wo das Volk seiner für das physische und psychische Überleben grundlegenden Elemente von der Regierung beraubt wird, eine Regierung, die anscheinend keine andere Logik kennt als

die Machterhaltung durch militärisches Durchgreifen, politische Repression und Terror. Unsere Reise wurde von dem New Yorker „Committee for Health Right in El Salvador“ organisiert und finanziell unterstützt von der „American Public Health Association“, der „National Association of Social Workers“, der „American Medical Students Association“, dem „Committee of Interns and Residents“, dem „District Council 37“, der „American Federation of State, Country & Municipal Employees“, der „Massachusetts Nurses Association“ und dem „Physicians Forum“.

Unsere Delegation reiste nach Mexico City, um exilierte salvadorianische Gesundheitsexperten zu treffen, und dann nach San Salvador, um Nachforschungen vor Ort anzustellen.

Wir trafen uns mit Angehörigen der US-Botschaft, AID, des Gesundheitsministeriums, dem Internationalen Roten Kreuz, Repräsentanten von Hilfsorganisationen und von Mediziner- und Pflegerverbänden, dem Rechtshilfebüro der Erzdiözese, der Menschenrechtskommission und dem Chef der Nationalpolizei.

Wir hatten eine Unterredung mit dem amtierenden Erzbischof Rivera y Damas. Wir besuchten ein Flüchtlingslager, diverse Krankenhäuser und die Gefängnisse Mariona und Ilopango.

Wir haben folgende Beobachtungen gemacht: *Das Gesundheitssystem ist nahezu vollständig zusammengebrochen.*

Grund- und Arzneimittelversorgung leiden unter Knappheit. Antibiotika und schmerzstillende Mittel sind besonders knapp. Es mangelt in allen Krankenhäusern an Personal, Ausstattung und Blut für Transfusionen.

Nahrung für Patienten ist knapp. Es gibt nahezu keine Diagnosausstattung. In der Entbindungsklinik teilen sich zwei oder drei Frauen ein Bett, sie gelten als glücklich, über das erforderliche Geld zu verfügen, um aufgenommen zu werden.

Mittellose Frauen werden offiziell nicht aufgenommen. Und auch Frauen nicht, die kurz vor der Niederkunft sind, wenn keine Bettplätze zur Verfügung stehen.

Das größte Zivilkrankenhaus in der Hauptstadt verfügt über keine Medizinalbibliothek. In ländlichen Gebieten existiert so gut wie keine medizinische Versorgung. Während es einst 85 mobile Gesundheitsstationen gab, existiert heute nur mehr eine Handvoll. Es gibt keinen Gesundheitsminister. Der frühere Minister, der im Dezember 1982 zurücktrat, war ein Militär.

Wir sind uns der politischen Grabenkämpfe um die Ministerposten bewußt. Der Gesundheitsminister scheint machtlos zu sein, und Gesundheit genießt eine geringe Priorität unter der gegenwärtigen Regierung.

Zahlreiche Gesundheitsarbeiter sind durch das Militär oder rechte paramilitärische Todesschwadronen getötet oder verhaftet worden oder haben El Salvador wegen des Klimas des Terrors, das die Regierung erzeugt, verlassen.

Wir trafen auf vier Medizinstudenten, die im Mariona-Gefängnis als politische Gefangene inhaftiert sind, vermutlich wegen des „Verbrechens“, der Assoziation der Medizinstudenten angehört zu haben, gegen die Studenten wurde formell keine Anklage erhoben, noch wissen sie, wie lange sie inhaftiert sein werden. Wir sprachen mit einer psychiatrischen Sozialarbeiterin im Frauengefängnis, die 14 Jahre lang an einem Krankenhaus gearbeitet hatte und dem Kulturkomitee der Gewerkschaft der Krankenhausangestellten angehörte. Während der Organisation eines Stadtteilstreffens über die Verbesserung der Gesundheitsfürsorge wurde sie gewaltsam von vier Bewaffneten entführt. Sie ist seitdem ohne Anklage inhaftiert. Sie hat sexuellen Mißbrauch, Prügel und eine Scheinhinrichtung erleiden müssen. Wir fanden Hinweise auf Verbrennungen am Zahnfleisch, Gesichtsdeformationen und Taubheit auf dem linken Ohr.

Von den elf Ärzten des Nationalen Komitees für die Verteidigung von Patienten, Arbeitern und Gesundheitsinstitutionen sind acht getötet worden oder verschwunden, seit die Public Health Commission 1980 El Salvador besucht hatte.

Dieses Nationale Komitee hatte sich als Reaktion auf bewaffnete Übergriffe auf Krankenhäuser und Kliniken gegründet und umfaßte Individuen und Organisationen aus allen Bereichen des salvadorianischen Gesundheitssystems.

Weitere Organisationsversuche sind im Gesundheitssektor beträchtlich beschnitten worden.

Francisco Zamorra, Leiter des Green Cross (Grünes Kreuz), eines neutralen humanitären Notfalldienstes, wurde verhaftet und im Hauptquartier der Nationalpolizei verhört und gefoltert. Aufgrund internationalen Drucks wurde er später freigelassen. Die Delegation war erstaunt zu erfahren, daß der Führer der Nationalpolizei, Lopez Nuil Nuila, jüngst zum Mitglied der neugegründeten regierungsamtlichen Menschenrechtskommission berufen wurde. Viele weitere Mitarbeiter des Grünen Kreuzes sind gefoltert, ermordet worden, „verschwunden“ oder wurden gezwungen, im September 1982 das Land zu verlassen.

Diejenigen Gesundheitsexperten, die im Lande verbleiben, drücken uns gegenüber ihre Angst, Verbitterung und das Gefühl der Hilflosigkeit aus.

Die Krankenschwesternvereinigung El Salvadors (A.N.E.S.), dem Internationalen Rat der Krankenschwestern angegliedert, sah sich im September 1982 gezwungen, eine öffentliche Erklärung abzugeben, die in

salvadorianischen Zeitungen publiziert wurde. Sie verlangten die sofortige Freilassung entführter Krankenschwestern und forderten, daß die Verantwortlichen die „physische und moralische Integrität“ der verschwundenen Krankenschwestern wahren. Wir sahen Einschußlöcher in den Wänden der Klinik von Plana de Pino, wo wiederholt bewaffnete Durchsuchungsaktionen durch Militärs stattgefunden haben. Die Nonnen, die diese Klinik betreuen, hatten in einem an die Klinik angrenzenden Wohnhaus gelebt, waren aber in sicherere Wohngebiete der Gemeinde gezogen, da sie um ihr Leben fürchteten. Eine Nonne, die in einer Klinik in San Salvador arbeitet, berichtete, sie sei von der Finanzpolizei festgenommen worden, da sie eine kleine Schachtel mit Medizin bei sich trug. Zwei weitere Gesundheitsarbeiter dieser Klinik sind gefoltert worden. Diese Erfahrungen haben es schwer werden lassen, neue Ärzte und Personal für diese Klinik zu finden.

Eine andere Klinik mußte gezwungenermaßen ihren Standort wechseln, da sowohl die dort Tätigen wie die Patienten am frühen Standort Übergriffe durch die Sicherheitskräfte fürchteten. Die Patienten müssen nunmehr mehrere Kilometer fahren, um sich behandeln zu lassen.

Die Gesundheits- und sanitären Bedingungen der in San Salvador lebenden Flüchtlinge sind erschreckend.

Zahlreiche Menschen — primär Kinder, Frauen, Alte — suchen weiterhin Zuflucht in provisorischen Lagern, die von der

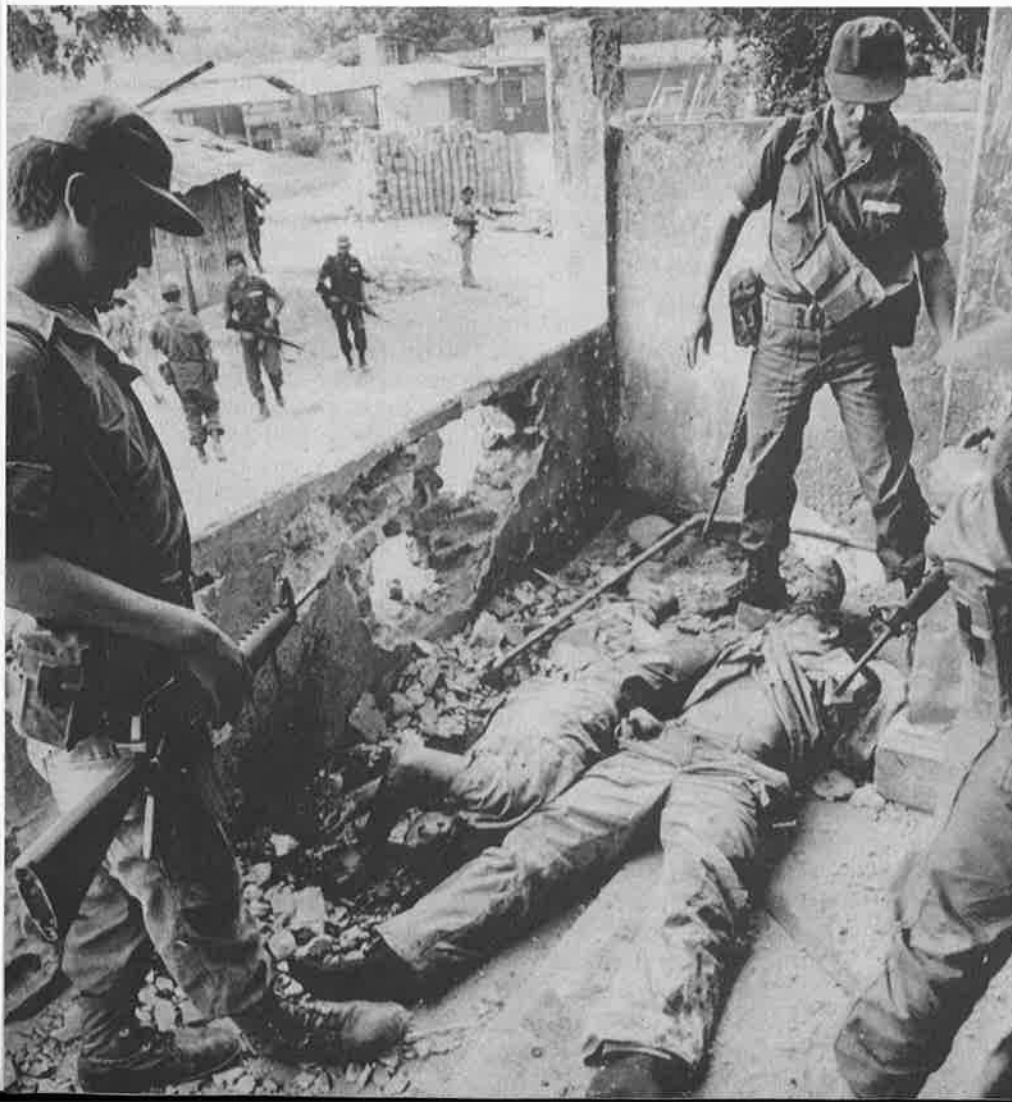
Kirche und freiwilligen Hilfsorganisationen betrieben werden. In den letzten beiden Wochen kamen 500 Menschen in das Santa Techa-Lager, das wir besuchten. Sie hatten in „umkämpften Gebieten“ gelebt und mußten wegen Bombardements der Luftwaffe von dort fort. Und auch deswegen, weil die Armee drohte, ihre Häuser und Felder niederzubrennen. Wir stellten starke Unterernährung, Hautkrankheiten, Läusebefall, Diarrhoe und Keuchhusten fest. Krätze war nahezu allgemein verbreitet. Medizinische Versorgung war in den Flüchtlingslagern faktisch — außer Impfungen — nicht existent.

Wir waren überrascht, daß das internationale Interesse für deren Schicksal so gering ist.

Die Regierung und internationale Institutionen erkennen diese Leute nicht als „Flüchtlinge“ an, weil ihre Umsiedlung nicht grenzüberschreitend war. Deswegen haben sich die Vereinten Nationen nicht eingeschaltet.

Wir konnten uns von den physischen und psychologischen Auswirkungen der Folter an politischen Gefangenen ein Bild machen.

Wir sahen Spuren jüngst vollzogener chemischer Verbrennungen und von Ohr- und Zungenverletzungen. Einem Mann waren die Fingernägel an beiden Händen herausgerissen worden, und das Daumenende war durch ein während der Folter benutztes Nylonseil abgetrennt. Ein anderer



männlicher Gefangener mußte nach Schlägen in die Genitalien durch einen chirurgischen Eingriff kastriert werden.

Uns wurde von Prügel, Verbrennungen durch chemikalische heiße Metallstäbe, Elektroschocks, Verbinden der Augen über 20 Tage lang, Scheinexekutionen, Vergewaltigungen, langandauernden Verhören und anderen Formen psychologischer Mißhandlungen berichtet.

Die Gefangenen berichteten auch, daß einige der Familienangehörigen nach dem Besuch im Gefängnis getötet, entführt oder bedroht worden sind. Wir beobachteten, daß der Fahrer unseres Wagens durch Militärs intensivst befragt wurde, während wir im Gefängnis waren. Kein Geburtshelfer oder Kinderarzt suchte das Frauengefängnis auf, trotz der Tatsache, daß schwangere inhaftierte Frauen Kinder zur Welt bringen und die Babys bei ihren Müttern bleiben.

Ein Zahnarzt sucht die Gefängnisse auf, aber da es dort keine entsprechende Ausstattung gibt, können lediglich Zähne gezo-

Die Kinder und Jugendlichen El Salvadors haben schwer zu leiden unter der Militarisierung der Gesellschaft, in der sie aufwachsen.

Der Direktor eines der Flüchtlingslager informierte uns, daß er es nicht auf sich nimmt, für Kinder über 10 Jahre Sorge zu tragen, da ältere Kinder vom Militär gewaltsam aus den Lagern geholt werden, um in das Militär eingegliedert zu werden. Das junge Alter der Soldaten im Militärhospital hat uns beeindruckt. Obwohl das Gesetz die Inhaftierung von unter 16jährigen untersagt, sangen wir Gefangene im Alter von 13 und 14 Jahren im Mariona-Gefängnis. Der verantwortliche Offizier des Gefängnisses bestätigte ihr Alter.

Während unseres Aufenthalts in San Salvador wurde ein erwachsener Junge um 18 Uhr aus einem voll besetzten Kino geholt, während er sich „E.T.“ anschaute. Uniformierte leuchteten die Gesichter der Kinobesucher ab — so unser Informant —, bis sie diesen Jungen herausfanden, der mit Terror aus dem Kino herausgeholt wurde.

Die Gesundheitsstatistiken, die wir von Gesundheitsarbeitern auf dem Lande erhielten, waren verheerend:

Von 1000 neugeborenen Kindern in El Salvador sterben 180 im ersten Lebensjahr. In einigen ländlichen Gebieten erreicht die Kindersterblichkeit zwei von drei Kindern.

40 Prozent der Kinder werden mit einem Körpergewicht von weniger als 2,5 Kilo geboren. Ein Drittel der Bevölkerung leidet unter Anämie, und 80 Prozent der Kinder unter 5 Jahren sind unterernährt.

Die Familienstrukturen sind in totaler Unordnung, besonders in den Flüchtlingslagern. Viele Kinder sind Waisen, und nahezu keines der Kinder hat einen anwesenden Vater.

Zusammengefaßt:

Menschenrechte gründen auf physischer und psychischer Integrität. Diese Integrität läßt sich unmöglich in einer Gesellschaft aufrechterhalten, deren Desintegration sich unter dem Druck politischer Repression, ökonomischer Not und des Bürgerkriegs vollzieht.

Die einfache Tatsache ist die, daß die Gesundheitsversorgung von einer sozialen Organisation abhängig ist und jede Art sozialer Organisation von der Regierung El Salvadors als subversiv erachtet wird. Die Auswirkungen sind für die Gesundheit und das Wohlbefinden des salvadorianischen Volkes verheerend.

Schlußfolgernd sind wir der Meinung, daß die Rezertifikation verneint werden sollte, da das System der Gesundheitsversorgung kollabiert, der politische Terror unvermindert anhält und die Institutionen der Repression, der Folter und der Morde unverändert bleiben.

gen werden. Nur wenige Arzneien stehen den zwei Ärzten zur Verfügung, die die gefangenen Frauen ein paar Stunden in der Woche aufsuchen.

Die Frauen dürfen in dem Gefängnis nicht von ihren Ehemännern besucht werden, aber Gefangene dürfen von ihren Ehefrauen Besuch empfangen.

Wiederholt berichteten uns weibliche politische Gefangene über einen bestimmten Verlauf der Gefangennahme und Folter, der folgendermaßen aussah:

- 1) plötzliche gewaltsame Festnahme
- 2) sofortiges Verbinden der Augen
- 3) lange Perioden an kalten, dreckigen Plätzen ohne Nahrung, Schlafentzug
- 4) Scheinexekutionen, sexuelle Mißhandlung, Elektroschocks, Prügel.

Wir sahen physische Beweise diese Prügel.

Diese Folterarten und sexuellen Mißhandlungen — einschließlich wiederholter Vergewaltigungen — ereigneten sich zur Zeit der Festnahme in den Armeekasernen von San Carlos wie auch im Hauptquartier der Nationalpolizei.

Eine weibliche Gefangene erzählte uns das Folgende:

„Ich war in einer Gruppe von Frauen, die gefoltert wurden, und uns wurde gesagt, wir würden getötet. Ich wurde in einen kalten, dunklen Raum gebracht und geschlagen. Als sie mich hinausbrachten, konnte ich mich nur noch schwer auf den Beinen halten. Die Polizei sagte mir dann, sie würden mich töten. Drei Tage lang erhielt ich keine Nahrung und kein Wasser und mußte die ganze Zeit stehen.“

Dann wurde ich von einer Gruppe von acht Männern so schwer geprügelt, daß meine Nase und Rippen gebrochen wurden... während der Prügel war mein Mund mit Seiten aus einem Telefonbuch zugestopft.“ Es wurde uns von weiblichen politischen Gefangenen berichtet, daß die Frauen in einem anderen Raum versteckt wurden, als Repräsentanten des Internationalen Roten Kreuzes in das Hauptquartier der Nationalpolizei kamen, um nach den Gefangenen zu schauen.

WECHSELWIRKUNG

Zeitschrift

für

**TECHNIK NATURWISSENSCHAFT
GESELLSCHAFT**



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

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

WECHSELWIRKUNG ist ein Diskussionsforum für Naturwissenschaftler, Ingenieure und Techniker.

WECHSELWIRKUNG erscheint vierteljährlich.

Schwerpunkt:

Haushaltstechnik: Bauknecht weiß, was Frauen wünschen • Der Weg zum elektrischen Haushalt • Technisierung des Haushaltes — Im Interesse der Frauen? • Tante Linas Kriegstagebuch • Arbeiterhaushalt um 1930 • Zum Beispiel Waschen •

Weitere Themen:

Prinzip Selbstorganisation — eine neue Hoffnung? • Brennholz in Indien • Berliner Bibliotheksverbund • Krebs • Computertechnik und Militär • Leben in Schutzräumen •

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

DM 5.— Einzelheft

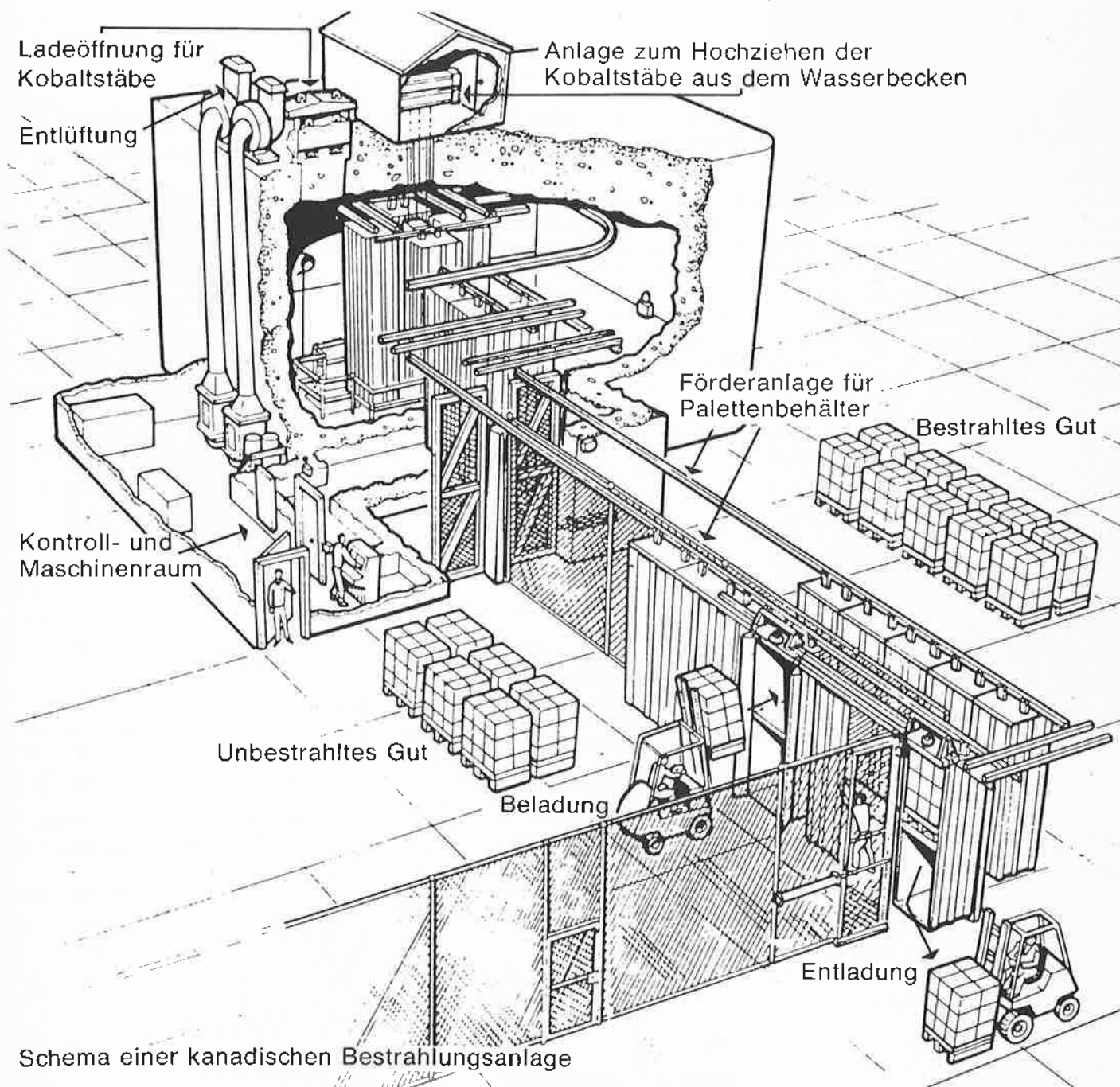
DM 20.— Abonnement für 4 Hefte
(incl. Versandkosten).

erscheint vierteljährlich

Atommüll auf dem Teller

Nach Östrogenen im Kalbfleisch und Pflanzenschutzmitteln im Salat jetzt auch Bestrahlung von Lebensmitteln?

von Petra Niesbach



Schema einer kanadischen Bestrahlungsanlage

Bereits in 21 Ländern, darunter wichtigen Handelspartnern wie den Niederlande, Dänemark und den USA, werden in größerem Umfang Lebensmittel wie Kartoffeln, Knoblauch, Zwiebeln, Weizen, Gewürze u.a.m. bestrahlt, um sie zu konservieren.

Noch ist es in der BRD verboten, Lebens-

mittel durch radioaktive Strahlen haltbar zu machen. Es ist lediglich zu Versuchszwecken und zur Sterilisierung von Krankenhauskost erlaubt. Dies soll auch zunächst noch so bleiben. Es liegen zwar Anträge auf Ausnahmegenehmigungen seitens der Gewürzindustrie vor, die Bundesregierung erklärte jedoch auf Anfrage der Grünen, daß sie eine radioaktive Bestrah-

lung von Lebensmitteln auch weiterhin nicht zulassen will. Der Pferdefuß: „Ein unerlaubter Import von bestrahlten Lebensmitteln kann nicht völlig ausgeschlossen werden, da es für den Nachweis einer Strahlenbehandlung in den dafür in Betracht kommenden niedrigen Dosisbereichen keine zuverlässigen Analysemethoden gibt.“

Als Strahlenquelle kommen vor allem die radioaktiven Isotope Kobalt 60 und Cäsium 137 in Frage. Kobalt 60 wird durch Beschließen natürlicher Kobalts mit Neutronen in einem Kernreaktor erzeugt. Cäsium 137 entsteht beim Uranzerfall und wird in einer WAA aufbereitet aus den Kernbrennstäben. Nicht umsonst also hat die Atomlobby ein Interesse daran, die Bestrahlung einzuführen, könnte doch damit ein Argument für die „sinnvolle“ Nutzung des Atom Mülls geliefert werden.

Das physikalische Verfahren „Bestrahlen“ ist nach Ansicht der Befürworter vielen chemischen Verfahren zur Haltbarmachung überlegen. So ist z.B. das Äthylenoxid, mit dem zur Zeit noch Gewürze gegen Keime und Mikroorganismen behandelt werden, nachweislich krebserregend. Auch eine sichere Abtötung der Salmonellen ist mit der Bestrahlung möglich. Bestrahlungsdosen bis zu einem Kilogray (kGy; Gray ist die Maßeinheit der Energiedosis, ein Gray = ein Joule pro Kilogramm) reichen, um das Auskeimen z.B. von Kartoffeln zu verhindern, um die Reifung zu verzögern und Insekten zu vertilgen. Die mittlere Dosis von ein bis zehn Kilogray wird benötigt, wenn krankheitserregende Keime vermindert werden sollen. Zur völligen Sterilisation müßten die Lebensmittel mit 50 Kilogray beschossen werden, eine Dosis, an die selbst die Befürworter sich nicht heranwagen. Die Lebensmittel selbst werden zwar nicht radioaktiv, wie viele Verbraucher nun vielleicht befürchten, aber zumindest für die Arbeiter in den Anlagen stellt diese Technik doch ein erhöhtes Strahlenrisiko dar.

Auch gegen die bestrahlten Lebensmittel werden von Experten eine Reihe von Bedenken angemeldet. So eignet sich das Verfahren offenbar doch nicht so gut für die Frischhaltung, wie ursprünglich erhofft. Bestrahlte Pfirsiche wurden rot, Kirschen gelb, Geruch und Geschmack veränderten sich so, daß vom typischen „Bestrahlungsgeschmack“ gesprochen wurde. Ein Ersatz für die klassische Hitzesterilisation kann Bestrahlung damit nicht sein. Die heute statt dessen empfohlenen Einsatzbereiche (Keimhemmung, Reifeverzögerung, Bakterienbekämpfung usw.) sind eher Ausweichmöglichkeiten. Um dort die Strahlenschäden zu verringern, müssen die Lebensmittel zusätzlich — also auch mit zusätzlichem Energieaufwand — blanchiert und auf minus 40 Grad heruntergekühlt werden. Und gewiß ist auch der eine oder andere Zusatzstoff erforderlich, um verlorengegangene Farbe oder untypischen Geschmack wieder zu beseitigen.

Im Lebensmittel selbst werden durch Bestrahlung außerdem noch chemische Reaktionen ausgelöst. Dabei entsteht dann z.B. in wasserreichen Lebensmitteln Wasserstoffperoxid, ein Stoff, der zwar die Bakterien tötet, der aber weitaus billiger direkt zugesetzt werden könnte, wenn er nicht verboten wäre! Er schädigt nämlich

Eiweiße, Fette und Vitamine und bewirkt einen unangenehmen Nachgeschmack.

Nicht Schutz, sondern Täuschung

Bestrahlen stört oder verhindert lebensmitteltypische Reifungsvorgänge. Für die Industrie und den Handel ist das sicher ein Vorteil: Die Waren können weiter transportiert werden und brauchen nicht als Sonderangebote unter Preis losgeschlagen zu werden. Für den Verbraucher liegt darin aber auch eine Gefahr. Er erhält „scheinfrische“ Lebensmittel, die zudem noch ohne die typischen Anzeichen verderben. Er wird also eher über den wahren Sachverhalt getäuscht als geschützt. Das gilt z.B. für Salmonellen. Die eigentlichen Ursachen für Salmonellenverseuchung — hygienische Mängel bei Produktion und Herstellung — würden nicht bekämpft, sondern durch das Bestrahlen kaschiert. Bei anderen gefährlichen Bakterien, z.B. dem Erreger des lebensgefährlichen Botulismus (*Clostridium botulinum*), könnte die Bestrahlung sogar dazu führen, daß sie strahlenresistent werden und sich noch stärker vermehren.

Kennzeichnung allein reicht nicht

Was langfristig im menschlichen Körper passiert, wenn wir bestrahlte Lebensmittel

essen, ist bisher noch nicht ausreichend erforscht. Experimente an tierischen und pflanzlichen Zellen haben gezeigt, daß erbschädigende und zelltötende Verbindungen entstehen. Allein das sollte eigentlich ausreichen, um die Zulassung zu verhindern. Aber es ist zu befürchten, daß die wirtschaftlichen Interessen stärker sind. Die Industrie droht damit, ihre Waren aus dem bestrahlenden Ausland zu importieren.

Und da man die Bestrahlung nicht nachweisen kann, gibt es kaum eine Möglichkeit der Kontrolle. Was nützt da also die von den Verbraucherverbänden geforderte Kennzeichnung? Kein Mensch kann je überprüfen, ob nicht die Kartoffeln im Fertiggericht doch bestrahlt wurden.

Nur ein generelles Verbot der Bestrahlung, und zwar in allen Ländern, in denen bereits mit dieser Methode gearbeitet wird, ist im Sinne der Verbraucher. Wir sollten deshalb dafür kämpfen und uns nicht mit Kennzeichnungsversprechen Sand in die Augen streuen lassen!

Als Alternative zur Bestrahlung ist zu fordern, daß die bisherigen Haltbarmachungsverfahren verbessert werden. ■

Vgl. auch „Consumkritik“ 1/83
Kontakt: Gruppe Consumkritik
c/o BBU, Friedrich-Ebert-Allee 120, 5300 Bonn 2

Solidaritätsshop Dritte Welt
Produktions · Verlags · Vertriebs GmbH



**Hände weg
von Nicaragua!**

**den Aufbau
unterstützen...**

...Kaffee

**aus
Nicaragua
trinken!**

**1
Pfund
12,-DM**

Bezug: Solidaritätsshop Dritte Welt, Mainzer Landstraße 15, 6000 Frankfurt/M. 1, Tel. (06 11) 23 32 33.
Bei Abnahme von mindestens 10 Pfund portofrei — bei größeren Mengen Rabatt möglich.

In Memoriam

ÄRZTE GEGEN SOZIALABBAU, Teil II Zur Politik des „Sozialdemokratischen Ärztevereins“ und des „Vereins Sozialistischer Ärzte“ (1924)

Von Helmut Koch

„Der seit dem Bestehen der Krankenversicherung (für Arbeiter 1883; siehe DG 6/81 u. 1/82; HK) dauernde Konflikt zwischen den Krankenkassen und Ärzten war der Anlaß zur Gründung des ‚Sozialdemokratischen Ärztevereins‘ im Jahre 1913, als eine neuerliche Zuspitzung des Konflikts die Feindschaft der beiden Seiten, der Ärzte und der Krankenkassenvorstände, auf den Höhepunkt trieb ...“ (I. Winter) Die Interessen der Sozialversicherten drohten auf dieser von Ärztestreiks gepflasterten Streitbahn auf der Strecke zu bleiben: So wurde selbst in einem im SPD-Organ ‚Vorwärts‘ am 17. 12. 1913 veröffentlichten Artikel behauptet, die Sozialversicherten nähmen angeblich unnötig oft ärztliche Hilfe in Anspruch. Derartigen Tendenzen, die einem konkreten Sozialabbau Vorschub leisteten, wollte der ‚Sozialdemokratische Ärzteverein‘ durch Schlichtung und Aufklärung entgegenwirken.

War eine Einigung von Ärzteverbänden und Krankenkassenvorständen zum Wohle der Versicherten unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen schon zu Friedenszeiten ein kaum realisierbarer Anspruch, so baute der I. Weltkrieg zusätzliche Schranken auf: „Wie weit ärztliches Denken korrumpiert und nur noch militärischen Erwägungen zugänglich war“ (Parlow/Winter), mag man daran ablesen, daß die Vorstände der konservativen Ärzteverbände die Ärzte aufriefen, medizinisch betreuende Aufwendungen für die Versicherten einzuschränken, Krankenhauseinweisungen und Arbeitsunfähigkeitserklärungen nur in den allerdringlichsten Fällen vorzunehmen etc. Auch gab es von Ihrer Seite so wenig wie heute Widerstand gegen die „endgültige Militarisierung der gesamten Zivilbevölkerung im Alter zwischen 17 bis zu 60 Jahren“ durch den ‚Vaterländischen Hilfsdienst‘ (1916) — vergleichbar mit den Festlegungen der heutigen sog. ‚Gesundheitsversicherungsgesetze‘!

Für alle fortschrittlich denkenden Ärzte, die sich an den gesundheitlichen Interessen der breiten Masse der Werktätigen und Sozialversicherten orientierten, ging es nach dem I. Weltkrieg im Rahmen und Ergebnis der nicht ohne Zutun der reaktio-

nären Ärzteverbände („Ärztestreik“-Welle etc.) schließlich gescheiterten Novemberrevolution (1918) um einen umfassenden Ausbau der öffentlichen Gesundheitsversorgung, deren Gewährleistung sie als eine Verpflichtung des Staates propagierten. Wie im einzelnen die dazu notwendige Neugestaltung des Gesundheitswesens vor sich gehen sollte und mit welchem Ziel, darüber gab es bei den sozialistischen Ärzten ebenso wie bei den Arbeiterparteien sehr unterschiedliche Vorstellungen. Im ‚Sozialdemokratischen Ärzteverein‘ dieser Tage setzte sich aber der Einheitsgedanke und Wille zu gemeinsamer Aktion über alle Parteizugehörigkeit und ideologischen Widersprüche hinweg durch: beispielsweise, „als 1922 in verschiedenen Berliner Bezirken die Armenärzte (beim Wohlfahrtsamt; HK) zur Bekräftigung ihrer wirtschaftlichen Forderungen in Streik getreten waren, haben die Ärzte des ‚Proletarischen Gesundheitsdienstes‘ (PGD, der KPD nahestehend; HK) zusammen mit den VSÄ-Ärzten Notsprechstunden eingerichtet“ (I. Winter) (gemeint sind hier d. Ärzte des ‚Sozialdemokratischen Ärztevereins‘; HK).

Spaltung schlägt fehl — VSÄ einig und unabhängig

„Allerdings führte die Spaltung der Arbeiterbewegung 1924 dazu, daß eine solche auch hier eintrat“ (Fl. Tennstedt). „Infolge der zunehmenden Heftigkeit des Kampfes zwischen den Ärzten und den Krankenkassen und der reformistischen Gesundheitspolitik der SPD-Führung, die in allen entscheidenden Fragen des Gesundheitswesens vor den konservativen Leitern dieses Sektors zurückwich, trennte sich eine Gruppe der sozialdemokratischen Ärzte ab ...“. Die Mehrheit blieb aber in der alten Organisation, die sich nunmehr von 1924 an ‚Verein Sozialistischer Ärzte‘ nannte „und in dem die Mitgliedschaft prinzipiell unabhängig von der Parteibindung war“ (Fl. Tennstedt). Es wurde auch ein Presseorgan geschaffen und zuerst ‚Mitteilungsblatt der sozialistischen Ärzte‘,

dann ‚Der Sozialistische Arzt‘ genannt: „Das Presseorgan des VSÄ (...) strebt an, alle das Heil- und Gesundheitswesen betreffenden Fragen zu behandeln und Einfluß auf die bezugnehmende Gesetzgebung und Verwaltung im Sinne der Sozialisierung des Gesundheitswesens zu nehmen“ (I. Winter).

„In Berlin hatte der VSÄ etwa 150 bis 200 Mitglieder, im Deutschen Reich etwa 1 500 (Fl. Tennstedt). Er „setzte sich zu etwa 50 Prozent aus Mitgliedern der SPD und zu etwa 20 Prozent aus Mitgliedern der KPD, sowie 30 Prozent Parteilosen zusammen“ (Humanitas, 3/80), dabei überwiegend aus im öffentlichen Gesundheitsdienst Tätigen. Bei aller Unterschiedlichkeit der politischen Auffassungen standen jedoch die Mitglieder des VSÄ in schroffem Widerspruch zur großen Mehrheit der Ärzteschaft der Weimarer Republik, die sich mehr oder weniger vorbehaltlos mit dem kapitalistischen System identifizierte und keine anderen politischen Verhältnisse als die imperialistischen der Weimarer Republik für erstrebenswert hielt“ (Humanitas 23/80). „In Kollegenkreisen hatten die Sozialistischen Ärzte kaum Sympathisierende, vor allem wegen der grundsätzlichen Einstellung des Vereins hauptsächlich im Sinne der Interessenvertretung der Kranken und nicht der Ärzteschaft. In der Frage der Ambulatorien beispielsweise, die als Gegenmaßnahme der Krankenkassen ab 1923 gegen die Ärztestreiks in Berlin errichtet wurden, standen die Sozialistischen Ärzte eindeutig auf der Seite der Versicherten, ... befürworteten diese neuen Einrichtungen und verurteilten die Boykotttätigkeit der Ärzte, die dadurch an der noch mangelhaften ärztlichen Besetzung der Ambulatorien schuldig waren“ (I. Winter) (siehe zur Geschichte d. Ambulatorien: DG 3 + 4/80). Auch traten sie im Gegensatz zu den offiziellen Ärzteverbänden (Hartmann- und Ärztevereins-Bund) für die Ausweitung der Gesetzlichen Krankenversicherung ein. Sie verfaßten Protestresolutionen und wirkten in entsprechender Weise auf zuständige Stellen ein, wenn es galt, die

Schließung öffentlich-medizinischer Einrichtungen mit für die ärmere Bevölkerung günstigen Versorgungsangeboten zu verhindern gegen das Betreiben der an Privat-Praxis orientierten Ärzteverbände (z.B. Ambulatorien zur kostenlosen Behandlung nicht-versicherter Geschlechtskranker in Berlin).

„Als 1925 neue Schutzzölle zu Gunsten der Großagrarien im Reichstag beraten wurden, rief der Verein zu einer Protestkundgebung auf, die diese Zollpolitik vom ärztlichen Standpunkt aufs Entschiedenste verurteilte, weil sie die Lebensmittel verteuere und auf Kosten der Gesundheit der Bevölkerung den Junkern zusätzliche Gewinne verschaffe. Ein Jahr später gab die Entschädigung der Hohenzollern („Fürstenabfindung“; HK) Anlaß zur neuerlichen Kritik an der Regierungspolitik, die in der schweren Zeit mit bald 2 Millionen Arbeitslosen den Hohenzollern Geld und Werte für viele Millionen verschenkte. . .“ (I. Winter). Der VSÄ forderte damals „die entschädigungslose Enteignung der Fürsten zugunsten der Armen, Kranken und Kriegskrüppel“ (Humanitas 23/80).

sundheitswesen eintrat.“ Dieser konnte beispielsweise 1925 in Berlin aufgrund gemeinsamer Aktivitäten von Kommunisten und Sozialdemokraten in und mit dem VSÄ durchgesetzt werden. Entsprechend vereintes „Vorgehen und Bemühen brachte 1927 die Neuordnung der Schulgesundheitspflege in Berlin, (...) wodurch 30 neue Schulärzte eingestellt wurden“ (I. Winter). „Um den Forderungen zur Verbesserung der Lage der Mitarbeiter im Gesundheitswesen, insbesondere der Ärzte und Zahnärzte, eine noch größere Unterstützung zu geben, vertrat der VSÄ die Ansicht, eine gewerkschaftliche Ärzteorganisation in bereits bestehenden Gewerkschaftsorganisationen zu gründen (vergleichbar dem ‚Bund gewerkschaftlicher Ärzte‘ in der ÖTV; HK). Das war eine Antwort auf die ärztlichen Standesorganisationen, deren Existenz und Tätigkeit, insbesondere deren Standesgerichte, mit ihrer Ehrengerichtbarkeit und ihrer reaktionären Standesehre sie kategorisch ablehnte. Die erstrebte gewerkschaftliche Ärzteorganisation wurde 1930 gegründet. . .“ (Humanitas 23/80).

hebung einer 20-Mark-Umlage von den Mitgliedern, die den reaktionären Parteien zur Verfügung gestellt werden sollte, die wiederum für dieses Geld die Verpflichtung übernahmen, die ärztlichen Interessen im Sinne des Hartmannbundes im Parlament zu vertreten. Die Faschisierung des Hartmannbundes besonders ab 1929 wurde vom VSÄ beobachtet und die Ärzteschaft vor dieser gefährlichen Entwicklung und ihren Folgen gewarnt“ (zur „Kollaboration des Hartmannbundes mit dem Faschismus“: siehe DG2/81).

Über seine medienpolitische Arbeit hat der VSÄ jedoch nicht die sachlich-fachliche Arbeit vernachlässigt: In den Jahren 1927 bis 1931 diskutierte und entwickelte er sein Programm (siehe DOKU-Teil!), „in dem neben den gesundheitlichen und sozialen Fragen auch die der Aus- und Fortbildung und der beruflichen Organisation behandelt wurden“. Dabei blieb den Sozialistischen Ärzten klar, daß „die gesundheitspolitischen Forderungen des VSÄ (...) nur als ein Teilprogramm im Rahmen der sozialen und politischen Forderungen“ und Bewegungen der arbeitenden Bevölkerung und ihrer Organisationen angesehen und verwirklicht werden können.

So hatte sich „aus den Reihen der Ärzte erstmals eine fortschrittliche Gruppe gebildet (...), die unter Berücksichtigung der gesellschaftlichen Entwicklungstendenzen die Aufgabe unternahm, als Vorkämpfer auf dem Gebiete der gesundheitlichen Versorgung zu wirken, die gesundheitliche Versorgung dem Stand der medizinischen Wissenschaft und dem gesellschaftlichen Fortschritt anzupassen. Dieser progressiven Erscheinung in der Geschichte des ärztlichen Standes bereitete der Faschismus ein Ende“ (I. Winter).

Der Weg in die faschistische Barbarei konnte auch von den frühen mahnenden Stimmen des VSÄ und den von sozialistischen und demokratischen Ärzten vereint organisierten Protestkundgebungen und Aktionen gegen Notverordnungen und Sozialabbau, gegen Faschismus und Krieg nicht mehr aufgehalten werden — zu tief schon saß die verhängnisvolle Spaltung der deutschen Arbeiterbewegung, ihres entscheidenden Bündnispartners. Reaktion und Faschisten — unter ihnen nicht wenige Ärzte — haben die Sozialistischen Ärzte und andere demokratische Kollegen in die Resignation, ins Exil und den Tod getrieben. Ihre zutiefst humanen Ideen und demokratischen Traditionen aber leben unter veränderten gesellschaftlichen Verhältnissen weiter: in der BRD z.B. bei den ‚Ärzten gegen Atomtod‘, den Friedensinitiativen im Gesundheitswesen und im ‚Bund Gewerkschaftlicher Ärzte‘ in der ÖTV ebenso wie bei den Gesundheitstagen und -Läden und den ‚Listen demokratischer Ärzte‘ zu den Kammerwahlen, um nur einige zu nennen. ■



Bezirksamt Lichtenberg

Gesundheitsamt

Am Montag, dem 15. Oktober 1928, abds. 20 (8) Uhr
in der Aula des Reform-Reals-Gymnasiums, in der Vorhalle

Öffentlicher

Lichtbilder-Vortrag

über

anstehende Erfordernisse im Schulalter, ihre Entstehung und Bekämpfung

Vortragender: Stadtarzt Dr. Loewenfeld

Eintritt frei!

Jugendliche haben Zutritt!

Alle Eltern, die Aufführung über die Gefährlichkeit und über die erforderlichen Schutzmaßnahmen gegen die Krankheiten im Kindesalter, insbesondere gegen Diphtherie und Scharlach führen, werden zum Besuch dieser Veranstaltung eingeladen.

Das Bezirksgesundheitsamt

„Nicht minder erregt wurde von den regierenden Kreisen eine kritische Betrachtung der Reichsmittelverteilung im Organ der Sozialistischen Ärzte aufgenommen. Es wurde aufgeführt, daß der Haushalt 1926 für 2 000 hohe Offiziere 20 Millionen Mark für Pensionen vorsah, die Erwerbslosenfürsorge aber um 60 Millionen gestrichen wurde und für Gesundheitspflege in dem Etat ganze 3 Millionen Mark bestimmt seien“ (I. Winter). Ebenso konsequent trat der VSÄ gegen die Aufrüstungspolitik am Beispiel des Panzerkreuzerbaus auf. „Der VSÄ setzte sich auch für die Belange der Mitarbeiter des Gesundheitswesens ein, indem er für den 8-Stunden-Tag im Ge-

Doch die sozialistischen Ärzte haben nicht den Fehler gemacht, die konservativen Ärzteorganisationen rechts liegen zu lassen und ihnen die Belange der Ärztekammern zu überlassen: 1927 beschlossen sie, sich zum ersten Mal an der Ärztekammerwahl zu beteiligen. Dabei verfolgten „die Sozialistischen Ärzte (...) eine schrittweise Verstaatlichung und den Ausbau der gesundheitspolitischen Maßnahmen auf dem Wege der Demokratisierung des ganzen Gesundheitswesens“. Dazu gehörte auch, „die Öffentlichkeit über die Politik des Hartmannbundes aufzuklären“ und z.B. „solche Machenschaften als Tageslicht zu bringen „wie die zwangsweise Er-

Kostendämpfung nicht bis zur Inhumanität

dg sprach mit Heinrich Schmidt vom Hauptvorstand der ÖTV

dg:

Seit sieben Monaten bist du Mitglied des geschäftsführenden Hauptvorstands. Was waren die Schwerpunkte deiner Arbeit?

H. Schmidt:

Anlässlich meiner Wahl am 29. September 1982 in Wiesbaden habe ich erklärt, meinen Anteil zu leisten, um Sozialabbau zu verhindern.

Dies kennzeichnete auch bereits die Schwerpunkte meiner Arbeit in der ersten Zeit meiner Tätigkeit. Die unsozialen Spargesetze der „Wenderegierung“, das „Pausengerede“ und das Ausnutzen der damit geschaffenen Rahmenbedingungen zu Lasten der Arbeitnehmer ließen kaum Zeit, etwas anderes zu tun.

Inzwischen sind aber einige Entwicklungen eingeleitet worden, die die Politik der Gewerkschaft ÖTV im sozial- und gesundheitspolitischen Raum beeinflussen sollen. Der kommende Gewerkschaftstag wird darüber noch zu entscheiden haben.

dg:

Aktionen im kirchlichen Bereich, Aktion Arbeitsschutz im Krankenhaus — dein Bekanntheitsgrad steigt — was bewirken sie darüber hinaus?

H. Schmidt:

Diese Aktionen sind ja nicht dazu da, um meinen Bekanntheitsgrad zu steigern. Hier geht es insbesondere um die Probleme der Beschäftigten in den genannten Bereichen und um Verbesserungen der Leistungen für die Bürger als Benutzer der Einrichtungen.

Mit der Aktion „Arbeitsschutz im Krankenhaus“ stellt die Gewerkschaft ÖTV eindeutig fest, daß es am Gesundheitsschutz in den Krankenhäusern krankt. Die bisherige Reaktion von Politikern und Krankenhausleitungen beweist, daß wir mit dieser Aktion ins Schwarze getroffen haben. Ergebnis muß die Behebung der Mängel sein.

Mit den Aktionen im kirchlichen Bereich wollen wir auf die Probleme zwischen Kirchen und Gewerkschaften hinweisen und die Widersprüche zwischen kirchlicher Lehre und ihrem Widerstand gegen Tarifverträge deutlich machen. Diese Aktionen stärken aber auch das Selbstvertrauen der Beschäftigten. Die Mitarbeiter in kirchlichen Einrichtungen stehen mit ihren Problemen nicht isoliert da, sondern sie haben



HEINRICH SCHMIDT ist im Hauptvorstand der Gewerkschaft ÖTV für das Gesundheitswesen zuständig

die Rückenstärkung der Gewerkschaft ÖTV.

Ich gehe davon aus, daß wir durch beide Aktionen eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen unserer Mitglieder als Beschäftigte in diesen Einrichtungen erreichen, damit auch eine wesentliche Verbesserung der Leistungen für die Benutzer dieser Einrichtungen.

dg:

Die anhaltende Wirtschaftskrise und die Wende in Bonn führen zu noch restriktiverer Kostendämpfungspolitik. Ein für die im Krankenhaus Beschäftigten positiver Einfluß der Gewerkschaften in den Gremien der Selbstverwaltungsorgane ist seit Jahren nicht feststellbar. Wie will die Gewerkschaft ÖTV die weitere Sparpolitik auf dem Rücken der Beschäftigten verhindern?

H. Schmidt:

Die Unterstellung in der Frage im Hinblick auf die Rolle der Gewerkschaften in den Selbstverwaltungsorganen ist absurd.

Natürlich müssen vor allem auch die Selbstverwaltungsorgane gestärkt werden, aber nicht, weil kein „positiver Einfluß“ feststellbar ist, sondern weil die Selbstverwaltung in den letzten Jahren durch den Gesetzgeber geschwächt wurde. Ihr könnt sicher sein, daß wir unsere Einflußmöglichkeiten so wirksam wie möglich nutzen.

Im übrigen habe ich bei Gesprächen in Bonn über die Kosten bei der Krankenhausfinanzierung und bei der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen nachdrücklich klargemacht, daß Kostendämp-

fungspolitik muß dort ihre Grenzen haben, wo sie zur Inhumanität führt für den Patienten und für den Beschäftigten.

Ich habe auch eine ganze Reihe von Punkten aufgezeigt, die den Beschäftigten helfen und gleichzeitig Kosten sparen.

Insbesondere sind wir der Meinung, daß Bund, Länder und Gemeinden stärker als bisher zu den Kosten für die Einrichtungen und Aufrechterhaltung eines funktionierenden Gesundheitssicherungssystems herangezogen werden müssen.

Auch die Defizite im vor- und nachstationären Bereich sind in die Betrachtungen einzubeziehen.

Eine ambulante Patientenversorgung ist den Krankenhäusern nur unter eingeschränkten rechtlichen Voraussetzungen gestattet.

In gleicher Weise wirkt die Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Krankenkassen, die ambulante Operationen in die Praxen niedergelassener Ärzte verlegt.

Gesundheitspolitisch wäre es jedoch viel sinnvoller, wenn Krankenhäuser die ambulanten Operationen durchführen würden, da sie über die personellen, räumlichen und technischen Voraussetzungen bereits verfügen. In Arztpraxen müssen diese Voraussetzungen erst noch mit hohem finanziellen Einsatz geschaffen werden.

Zu unseren Forderungen gehören im übrigen auch Preiskontrollen bei der Pharmazie und medizinischen Geräteindustrie und die Abschaffung des Liquidationsrechts der Ärzte.

Ich gehe davon aus, daß wir auch der neuen Regierung deutlich machen, daß unsoziale Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen verheerende Auswirkungen für die Beschäftigten und die Sozialversicherten haben. In dieser Auffassung haben wir eine Reihe von Verbündeten, und der Druck auf die politisch Verantwortlichen wird immer stärker.

dg:

Seit einiger Zeit wird unter den Kolleginnen und Kollegen über die Durchführung von Arbeitskampfmaßnahmen diskutiert. Wie stehst du dazu?

H. Schmidt:

Man kann nicht Tarifforderungen aufstellen, ohne auch gleichzeitig über Durch-



setzungsstrategien und -möglichkeiten zu diskutieren. Insofern stört mich diese Diskussion überhaupt nicht. In der Vergangenheit hat das Gesundheitswesen in weiten Bereichen abseits gestanden. Da aber das Gesundheitswesen mit insgesamt über 700 000 Beschäftigten ein großer Bereich des öffentlichen Dienstes ist, kann es damit sicher nicht in einer Zuschauerrolle bleiben, falls die Solidarität aller Beschäftigten im öffentlichen Dienst auch in Form von Aktionen oder Arbeitskampfmaßnahmen gefordert sein sollte. Darüber brauchen wir aber nicht zu diskutieren.

dg:

Der Tarifvertrag über Bereitschaftsdienste wurde abgeschlossen. Seine Umsetzung gestaltet sich äußerst mühsam. Gibt es schon einen Überblick, wo und wie er angewendet wird, und wie kann die Umsetzung beschleunigt werden?

H. Schmidt:

Die Umsetzung des Tarifvertrags über die Regelung des Bereitschaftsdienstes im Gesundheitswesen ist nur deshalb mühsam, weil ein Teil der Arbeitgeber unter verschiedenen Tricks versucht, sich aus der Verpflichtung dieses Tarifvertrags herauszumogeln.

Voraussetzung für die Durchführung dieses Tarifvertrags ist die Einstellung von mehr Personal. Ärzte leisten immer noch oft über 70 Stunden regulärer Arbeit und Bereitschaftsdienste hintereinander. Darum hat ja das Bundesarbeitsgericht auch festgestellt, daß die tarifliche Regelung zur Beseitigung solcher Mißstände notwendig ist.

Der nun abgeschlossene Tarifvertrag ist seit Januar 1983 auch verbindlich für die Arbeitgeber. Damit er auch in unserem Sinne umgesetzt werden kann, ist die Gewerkschaft ÖTV derzeit dabei, einen Überblick über die Durchsetzung des Tarifvertrags zusammenzufassen und Anwendungshilfen für Personal- und Betriebsräte zu erstellen. Klar ist, daß die Personal- und Betriebs- und Mitarbeitervertretungen in den Krankenhäusern Mitbestimmungsrechte haben. Diese gilt es extensiv zu nutzen. Im Rahmen der Dienstplangestaltung und der Personalbemessung ist es auch möglich, den unterschiedlichen Bedingungen in den Krankenhäusern individuell Rechnung zu tragen.

dg:

Seit mehreren Jahren schließt die Gewerkschaft ÖTV in einer Reihe von Bereichen, z.B. für Arzthelferinnen, keine Tarifverträge mehr ab. Trotzdem gelingt es der DAG, bei

gleich großem Organisationsgrad Tarifverträge abzuschließen. Allein mit der arbeitgeberfreundlicheren Haltung der DAG dürfte dies nicht zu erklären sein.

H. Schmidt:

Ich weiß nicht, woher ihr eure Weisheiten über den Organisationsgrad habt. Sie sind durch nichts belegt.

Die Gewerkschaft ÖTV hat die Arbeitgeber wiederholt und nachdrücklich aufgefordert, gesonderte Tarifverhandlungen mit uns zu führen. Dieses ist Beschlußlage unseres Gewerkschaftstages 1976, der festgelegt hat, daß die Gewerkschaft ÖTV nicht mehr gemeinsam mit der DAG verhandelt. Von diesem Beschluß werden wir auch nicht ein Jota abweichen.

Bisher haben sich die Arbeitgeber geweigert. Ich gehe aber davon aus, daß sie sich auf Dauer den Forderungen ihrer Beschäftigten nicht mehr entziehen können. Immerhin zeigt ein Vergleich der mit der Gewerkschaft ÖTV ausgehandelten Tarifverträge für die Beschäftigten im Gesundheitsdienst mit denen nicht von der Gewerkschaft ÖTV ausgehandelten für Arzthelferinnen, daß die letzteren erheblich schlechter wegkommen. Das ist inzwischen auch den bei uns organisierten Arzthelferinnen bewußt.

buch *Kritik* buch

Cadmium in Lebensmitteln

Ursachen, Wirkungszusammenhänge und Handlungsstrategien für den Verbraucher
Hrsg. Stiftung Verbraucherinstitut Berlin
Schutzgebühr 12 Mark

Fast drei Jahre ist es inzwischen her, daß das Freiburger Ökoinstitut die bundesdeutsche Öffentlichkeit auf die gravierende Gesundheitsgefährdung der Bevölkerung durch giftige Schwermetalle wie Cadmium und Blei im Raum Goslar aufmerksam machte (vgl. DG 2/80).



Die darauffolgende Diskussion in der Öffentlichkeit kann man im wesentlichen auf drei Positionen reduzieren:

1. Das ganze Schadstoffproblem in Lebensmitteln ist ausschließlich Ergebnis einer Sensationsberichterstattung.
2. Es gibt keine kausalen Beweisgründe, daß die Aufnahme von Schadstoffen aus Lebensmitteln zu Gesundheitsschäden führt.
3. Das Gift in unserer Nahrung ist eine „chemische Zeitbombe“.

Die Stiftung Verbraucherinstitut versucht in allgemeinverständlicher Form einen Überblick über Gewinnung, Vorkommen, industrielle Anwendungsbereiche und die Schadstoffbelastung von Mensch und Ökosystem zu geben. Der Überblick wird durch das Hervorheben wichtiger Kernsätze erleichtert.

Die Aufnahme von Cadmium erfolgt im wesentlichen durch Lebensmittel. Ihr Gehalt an dem Schwermetall wird durch die Cadmiumkonzentration im Boden bestimmt. Bleibt es bei den derzeit verwendeten Technologien und den Cadmiumimmissionen der letzten Jahrzehnte, so wird sich der Cadmiumgehalt im Boden bis zum Jahr 2000 verdoppeln.

Die Speicherung im Körper erfolgt vor allem in der Niere. Die biologische Halbwertszeit beträgt zwanzig bis dreißig Jahre.

Gesundheitlich bedenklich ist vor allem die Verminderung der Filtrationsleistung der Niere, die mit der Höhe des Cadmiumdepots zusammenhängt. Weitere schädliche Auswirkungen werden vermutet. Die Diskussion in der Medizin wird jedoch sehr kontrovers geführt, da die Forschung auf diesem Gebiet noch nicht sehr weit gediehen ist.

Einen breiten Raum nimmt die Diskussion eines Programms zur Verminderung der Cadmiumbelastung ein. Es werden Diskussionsergebnisse eines Seminars der Stiftung Verbraucherinstitut zur „Rückstandbelastung durch Schwermetalle in Lebensmitteln“ dokumentiert und Aktionsformen, Handlungsanweisungen für Verbraucher sowie kurz- und langfristige Maßnahmen aufgezählt.

Ein empfehlenswertes Buch für denjenigen, der einen Überblick über die Problematik bekommen will.

Gregor Weinrich

Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Westeuropa

Hrsg.: H.-U. Deppe, Campus Verlag, Frankfurt 1983, 272 S., 48 Mark

Die Diskussion um Entwicklung Finanzierung unserer Gesundheitsversorgung verschärft sich zusehends. Dies wundert nicht, wenn man weiß, daß sich das Gesundheitswesen zu einem riesigen, volkswirtschaftlich bedeutenden Sektor ausgeweitet hat. Einschließlich der Beschäftigten in Pharma- und Geräteindustrie sind hier 1 700 000 Menschen und damit 7 Prozent aller Erwerbstätigen in der BRD tätig (Angaben von 1976). Der Anteil der Gesamtaufwendungen des Gesundheitswesens am Bruttosozialprodukt liegt sogar noch darüber.

Zunehmend werden Vergleiche mit den Gesundheitssystemen anderer westeuropäischer Länder in die Diskussion gebracht, ohne daß deren historische Hintergründe, ökonomische Daten oder politische Entwicklung näher bekannt sind.

Obwohl der Vergleich zwischen verschiedenen gewachsenen Systemen äußerst schwierig ist, wird in dem vorliegenden Buch für eine breitere Öffentlichkeit erstmals versucht, einen Überblick über Gesundheitssystem und -politik der Länder Frankreich, Großbritannien, Italien, Niederlande, Österreich, Schweden und BRD zu geben.

Ähnliche Untersuchungen liegen bislang kaum vor. Lediglich der Band „Gesundheit im gesellschaftlichen Konflikt“ (München 1980) hat Ähnliches versucht und neben einigen westeuropäischen Ländern die USA und die DDR in den Vergleich einbezogen; er ist aber nicht — und das macht die Neuerscheinung so interessant —

auf die speziellen Bedingungen der in allen beteiligten Ländern verschärften ökonomischen Krise eingegangen.

Das neue Buch ist umso wichtiger, als die tägliche gesundheitspolitische Diskussion einen traurig niedrigen Kenntnisstand selbst nur wenig entfernter Verhältnisse erkennen läßt. Gehört hat man davon, daß es in einigen Ländern „nationale Gesundheitsdienste“ gibt. Sympathie oder Antipathie gelten Einzelercheinungen, die über die dortigen Landesgrenzen hinaus Furore machen: etwa die Psychiatrie in Italien, Krankenhausstreiks in England oder ein kommunistischer Gesundheitsminister. Darüber hinaus herrscht weitverbreitete Konntnislosigkeit.

Das oben genannte Buch schließt hier eine Lücke. Es bietet das dringend benötigte Basiswissen, das unter anderem zeigt, daß „westeuropäische Gesundheitssysteme trotz gleicher gesellschaftlicher Produktionsverhältnisse und Staatsformen sehr unterschiedlich strukturiert und aufgebaut sind.“

Es zeigt sich, daß unter konservativen Regierungen westlicher Nachbarländer durchaus praktikabel ist, was bei uns als „Sozialismus in Reinkultur“ bekämpft wird, und daß eine „Einkreisung der Bundesrepublik mit sozialistisch-kommunistischen Gesundheitssystemen“ (so der Berufsverband Deutscher Internisten im Juli 81) noch in weiter Ferne liegt.



Die (qualitativ durchaus unterschiedlichen) Einzelbeiträge sind von Wissenschaftlern aus den jeweiligen Ländern verfaßt worden und geben damit auch die spezifische nationale Sichtweise der Problematik wieder. Alle Autoren berücksichtigen folgende Aspekte:

- geschichtliche Entwicklung,
- sozialökonomische Grundstrukturen,
- Struktur und Bedeutung der Versorgungseinrichtungen,
- Gesundheit und Arbeit,
- staatliche Interventionen und
- die politischen Strategien unter den Bedingungen der ökonomischen Krise.

Die Einzelbeiträge sind gut lesbar. Mit durchschnittlich 30 Seiten Länge sind sie überschaubar und für weitergehend Interessierte mit umfangreichen Literaturangaben versehen. Eine qualitative Zusammenfassung des Herausgebers und Mitinitiators der vergleichenden Diskussion, H.-U. Deppe, vervollständigt das Buch.

Abstriche möchte ich nur wenige machen: Einzelne Beiträge hätte man durchaus noch stärker aktualisieren können. Für Spezialisten sind Datenmaterial und die Berücksichtigung der neuen Qualität der ökonomischen Krise sicher nicht ausreichend. Schlußfolgerungen und Gegenstrategien der Linken hätten breiteren Raum verdient.

Dies schmälert den Wert des Buches aber nicht. Es bildet den Auftakt zu einer fundierten Diskussion, die in Zukunft auch Ergebnisse für fortschrittliche und gewerkschaftliche Strategien im Gesundheitswesen mit sich bringen wird. Ich habe aus diesem Buch viel an Information gewonnen und kann es allen Interessenten nur empfehlen.

Norbert Andersch

Psychosoziale Praxis

Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen.

Hrsg. v. Keupp/Rerrich, Urban&Schwarzenberg, 1982, 350 S., 36 Mark

Das Buch wendet sich an alle, die im psychosozialen Bereich arbeiten: sowohl an Praktiker als auch an Wissenschaftler. Ziel der Herausgeber ist es, nicht einfach — wie es in vielen anderen Büchern zum Thema geschieht — Rezepte und Techniken zu vermitteln, sondern Anregungen, Reflexionsangebote und Informationen zu geben, nicht zuletzt — so die Autoren — über jene gesellschaftlichen Zusammenhänge, innerhalb derer psychosoziale Tätigkeit sich vollzieht.

Das Buch ist folgendermaßen gegliedert: 1. Belastende Lebensbedingungen und psychisches Leid; 2. Strukturen der Versorgung und Probleme ihrer Erforschung; 3. Felder psychosozialer Praxis; 4. Desillusionierungen und Gegenbewegungen; 5. Forschung und Praxis; 6. Anhang: Literatur, Abkürzungen, Namens- und Sachregister.

Die Breite der angebotenen Themen hat zum Vorteil, einen möglichst großen Leserkreis gleich welcher psychosozialer Provenienz anzusprechen — ist jedoch auch zwangsläufig damit verbunden, daß die Vielzahl von Autoren zu erheblichen Niveau- und Qualitätsschwankungen führt, daß Profis der Feder und der Reflexion, deren Produkte ästhetisches und intellektuelles Vergnügen bereiten, neben bemühten, hölzernen Neulingen oder inzwischen lustlos gewordenen Altgardisten zu finden sind.

Das erste Kapitel gibt einen guten Überblick über all das, was psychisches Leid auslösen kann: angefangen von den Ergebnissen der life-event-Forschung und individueller und kollektiver Coping-Mechanismen bis hin zu Industriearbeit, der Zauberalternativ-Formel 'soziales Netzwerk', dem Hausfrauenalltag. Das Schlußkapitel über die krankmachenden Bedingungen des Schulalltags ist etwas dürrig geraten.

Der nächste Abschnitt über die kommunal- und sozialpolitischen Aspekte des Gesundheitswesens (Wohlfahrtsverbände, Gemeindepsychiatrie) ist sehr trocken zu lesen.

Umso eindrucksvoller ist dann das folgende Kapitel: Felder psychosozialer Praxis. Wolfgang

Starks kritische Überlegungen zu Nutzen und Gefahren der Prävention, Probleme der psychotherapeutischen Haltung — schwankend zwischen Techniken-Präsentation und Sich-den-Patienten-vom-Leibe-Halten und emphatisch „emanzipatorisch“-szenischem (Lorenzer) Auf ihn-Eingehen und Mit ihm-Agieren. (Daß es hier auch noch andere Ansätze/Haltungen gibt, bleibt leider unerwähnt.) Alltag in einer sozialpsychiatrischen Ambulanz: welche Schwierigkeiten nach innen und außen gibt es da? Wie kann das (interdisziplinäre) Team sinnvoll arbeiten unter Profilierungszwängen nach außen und Schwierigkeiten des Umgangs miteinander, welche Abwehrängste anderer gemeindenaher Einrichtungen müssen aufgearbeitet und bewältigt werden? Sehr konkret und anschaulich geschrieben für alle die Kollegen, die das Glück haben, überhaupt und dann noch in einer derartigen Einrichtung arbeiten zu können. Rein deskriptiv sind die Schlußkapitel über die Probleme, die die Angehörigen der psychiatrischen Patienten haben, und über therapeutische Wohngemeinschaften und Übergangswohnheime.

Der nächste Abschnitt — nach der Beschreibung des psychosozialen Alltags —, eine kritische Reflexion von Soll- und Ist-Zuständen und realisierten Alternativen mit nachfolgender Desillusionierung, beginnt mit Keupps Kritik an Tendenzen zur sozialen Kontrolle und Vereinnahmung der „Gestörten“ unter der Rubrik von Devianz und Pathologie. Folgen einer solchen Sicht sind Prozesse der Individualisierung und der Entpolitisierung. Subjektives Leiden wird nicht in den gesellschaftlichen Zusammenhang zurückgeführt, in dem es entstanden ist, sondern bleibt Problem/Versagen des Subjekts — mit entsprechender therapeutischer Selbst- und Fremdverpflichtung. Manfred Cramers Beitrag über professionelles Helfen und seine Krisen scheint ein Konglomerat von bereits verfaßten ähnlichen Artikeln zu sein — recht lustlos zusammengestellt. Gelungen ist dagegen der nächste Abschnitt über Laienhilfe und die Probleme, die sich aus der Ausnützung eines kostenlosen Laienhelfer-Systems ergeben: Laienhelfer sind entweder Handlanger der Psychiatrie, die all die humanen Funktionen erfüllen, zu denen sich das psychiatrische Versorgungssystem nicht in der Lage sieht („Spezialisten für Menschlichkeit“), oder Bindekette zum sozialen (Gemeinde-) Netzwerk, in dem „Kräfte freigesetzt werden für private Initiative im Bereich der Nachbarschaft“ (CDU-Sozialausschüsse). Oder etwas konstruktives Drittes, das aber erst noch zu definieren wäre. — Der Artikel eines „Betroffenen“ inmitten des Buches scheint etwas artifiziell; sinnvoller wäre es vielleicht gewesen, „Betroffene“ direkt zu den einzelnen Themen innerhalb der einzelnen Kapitel zu Wort kommen zu lassen oder vielleicht den Artikel „Nutzerkontrolle“ auszuweiten. Rolf Schwendter unterscheidet in seinem Artikel „Alternativbewegungen“ verschiedene Richtungen: die ökologische Richtung mit einem konservativen und einem progressiven Ast, die Frauenbewegung und die Studentenbewegung, die alle einen wesentlichen gesellschaftlichen Beitrag zu einer Veränderung und Verbesserung der psychosozialen Versorgung leisteten — jedoch auch innerhalb ihrer spezifischen Grundkonfliktsetzung auf Grenzen stoßen müssen.

Der folgende Artikel zu selbstorganisierten Frauengruppen befaßt sich mit den Möglichkeiten und Grenzen des Selbsthilfepotentials derartiger Gruppen, betont, daß das, was ursprünglich mit dem Begriff „Gemeinde“ verbunden war — freundschaftlich-nachbarlich-hilfreiche Be-

ziehungen auch zum Auffangen psychischer und sozialer Krisen —, am ehesten noch unter den Mitgliedern einer Frauengruppe entstehen kann. Vorausgesetzt ist allerdings, daß die Mitglieder einer solchen Gruppe über genügend zeitliches und persönliches Energiepotential verfügen und die Gratwanderung zwischen theoretischer Auseinandersetzung und der Diskussion persönlicher Betroffenheit schaffen.

Und zum Abschluß: sehr informativ ist die von Keupp kommentierte Literaturübersicht zu den behandelten Themen im Anhang des Buches.

Zur Gesamteinschätzung: ein empfehlenswertes Buch, gewissenhaft zusammengestellt, kritisch reflektiert und oft auch noch ganz lesbar locker geschrieben. Sinnvoll wäre über die angebotenen Themen hinaus vielleicht noch ein Kapitel über psychosoziale Stellungnahmen der Berufs- und Therapieverbände sowie der Parteien und Gewerkschaften. — Obwohl Keupp im Vorwort auf die veränderte politische Landschaft und ihre Auswirkungen auf die im psychosozialen Bereich Tätigen hinweist — einschließlich Tendenzen zu Ohnmacht und Resignation — und im Buch Hilfen gegen diese Neigungen ankündigt, bleibt dies doch im weiteren unausgeführt. Hier wäre ein entsprechend aktuell gefaßtes Schlußwort sehr sinnvoll gewesen.

Alles in allem: die 36 Mark kann ein aufgeschlossener, kritischer Psychosozialer kaum sinnvoller anlegen!

Ingrid Schick-Sollmann

TURSPALT PSYCHIATRIEZEITUNG

DER TURSPALT NR. 9 IST DA!

Der TURSPALT ist die Psychiatriezeitung für alle, die hinter die Mauer blicken! Die Ohnmacht des einzelnen ist die Gewalt der Psychiatrie und die Gewalt der Psychiatrie ist der Zwang zur Anpassung an die herrschenden Verhältnisse. Der TURSPALT diskutiert die Zusammenhänge und läßt vor allem die zu Wort kommen, die sonst den Mund verbieten kriegen. Im TURSPALT stellen Selbsthilfegruppen, Insassen der psychiatrischen Anstalten, Laienhelfer, Psychologen und Pädagogen ihre Erfahrungen, Vorstellungen und Gedanken in der und zur Psychiatrie dar.

Die Themen dieser Nummer sind u.a.:

- Die Heilerwartungen der Psychiatrie
- Der Streit um das Einsichtsrecht in die Krankenakten
- Der Kampf um die Persönlichkeit
- Die Prozesse gegen das Netzwerk Psychiatrie
- Berichte aus Haar und von anderswo

Bisherige Schwerpunktthemen waren u.a.:

- Der 1. bayerische Psychiatrieplan (Nr. 1)
- Elektro-Schock (Nr. 2)
- Die Haarer Himmelsteiler (Nr. 3)
- Laienhilfe (Nr. 4)
- Isolierzellen und Verwahrgesetz (Nr. 5)
- Psychopharmaka - Unkaufverfügung (Nr. 6)
- Eine moderne Variante klassischer Psychiatrie: Ammon (Nr. 7)
- Militärpsychiatrie (Nr. 8)

Der TURSPALT kostet DM 5,- und erscheint vierteljährlich. Er kann bestellt werden bei:

„TURSPALT“
Postfach 46
8000 München 65

Noch besser: Bestellt Abos (DM 20,- pro Jahr) oder Förderabos (entsprechend mehr)

KONGRESS BERICHTE

Von den Nachbarn lernen?

Bericht einer Fachtagung über Studiengänge für Pflegepersonal in Europa

Am 10. und 11. März 1983 veranstalteten die beiden z. Zt. noch als Modellversuche der Bund-Länder-Kommission laufenden Weiterbildungsstudiengänge „Pflegedienstleitung“ (Fachhochschule Osnabrück) und „Lehrpersonen an Schulen des Gesundheitswesens“ (Universität Osnabrück) eine Fachtagung zum Thema „Studiengänge für leitendes und lehrendes Pflegepersonal an Hochschulen in west-europäischen Ländern“ in Osnabrück.

Mit der Durchführung einer internationalen Tagung verbanden die Veranstalter das Interesse, mit den europäischen Nachbarn Erfahrungen auszutauschen über die Konzeption und Durchführung von Studiengängen für Pflegepersonal, zumal diese in der Bundesrepublik Deutschland bisher nur in Berlin und Osnabrück auf Hochschulebene existieren.

Schwerpunkte bildeten die Referate von *Georges Evers* (Rijksuniversiteit Limburg, Niederlande), *Maria Gryphonck* (Katholieke Universiteit Leuven, Belgien) und *Ruth Schröck* (Dundee College of Technology, Schottland) sowie die Beiträge von *Antje Grauhan* (Freie Universität Berlin), *Arne Arneemann* (Universität Osnabrück) und *Manfred Semrau* (Fachhochschule Osnabrück). *Gerda Kaufmann* (Universität Osnabrück) erläuterte zu Beginn die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation zur weiterführenden Ausbildung leitender und lehrender Pflegepersonen. Die Erfordernis einer wissenschaftlichen Qualifikation in der Krankenpflege, so führte sie aus, leite sich aus dem Mangel an kompetenten Berufsangehörigen ab, die in den Entscheidungsgremien des staatlichen Gesundheitswesens, der Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Krankenpflege, der Krankenpflegeforschung und der damit einhergehenden Entwicklung einer eigenständigen Gesundheitsdisziplin einen konstruktiven Beitrag leisten könnten. Nur ein wissenschaftliches Studium an einer Hochschule, aufbauend auf der krankenpflegerischen Grundausbildung und Berufserfahrung, vermittele die nötigen Qualifikationen, um neue Wege der Organisation der Krankenpflege und Ausbildungsplanung zu finden und die planvolle Weiterentwicklung und Verbesserung des gesundheitlichen Versorgungssystems voranzutreiben. Aufgabe

von Krankenpflegeforschung sei es, Pflegestandards zu ermitteln sowie Fähigkeiten und Fertigkeiten zu beschreiben, die für eine kompetente Berufsausbildung erforderlich sind. Die Entwicklung der Krankenpflege zu einer wissenschaftlichen Disziplin an den Hochschulen sollte durch Bereitstellung hauptamtlichen Lehrpersonals einen besonderen Stellenwert erhalten und ihre Eigenständigkeit unterstreichen. Studiendauer und staatlich anerkannter Studienabschluß wären den üblichen universitären Ausbildungsgängen gleichzustellen. Zusammenfassend sind in diesen Empfehlungen beschrieben: Zulassungsvoraussetzungen, Inhalte und Ziele für ein Studium der Krankenpflege sowie der Studienabschluß. Inwieweit sie in den einzelnen Ländern bisher realisiert worden sind, verdeutlichen die folgenden Darstellungen.

Der *Hochschulzugang*, als Voraussetzung für die Aufnahme eines wissenschaftlichen Studiums, ist in den europäischen Ländern in vergleichbarer Weise durch das Abitur oder entsprechende Äquivalente geregelt. Hinzu kommen die spezifischen Voraussetzungen eines weiterführenden Studienganges, der auf beruflichen Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten aufbaut und auf weitere Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche in diesem Beruf vorbereiten will.

Zulassung zum Studium

Osnabrück		Berlin	Belgien	Niederlande	Schottland	
Pflegedienstleitung (PDL)	Lehrpersonen				Nursing Administration	Clinical Teacher
Krankenschwester / Krankenpfleger Weiterbildung an einer Krankenpflegehochschule		ebenso	ebenso an der Fachhochschule		Registered Nurse	ebenso
einjährige Berufserfahrung in der PDL	mind. 2jährige Unterrichtstätigkeit	mind. 2jährige Berufserfahrung			4jährige Berufstätigkeit, davon mind. 2 Jahre in leitender Position	2jährige Berufserfahrung in leitender Position
		Fachhochschulreife	Abitur	Abitur	Abitur oder Eingangsprüfung	ebenso

Bei der Aufstellung fällt auf, daß der hier vorgestellte Studiengang der Niederlande keinen Weiterbildungstypus darstellt, sondern eine Berufsausbildung auf Universitätsniveau anbietet.

Die beiden Osnabrücker Weiterbildungsstudiengänge verzichten auf die formale Zugangsberechtigung „Abitur“. Der Grund liegt darin, daß im Hochschulrahmengesetz und dem entsprechenden Landesgesetz die Berufsgruppe die für die Teilnahme an einem Weiterbildungsstudiengang erforderliche Eignung im Beruf erworben hat. Diese Regelung betrifft aber nur diese Studienform und ist auf „Erst“studiengänge nicht anwendbar.

Die *Studiendauer* bis zur Erreichung eines akademischen Grades bzw. Weiterbildungszertifikats variiert in den Ländern beträchtlich, ebenso die Organisationsformen des Bildungsangebots.

Studiendauer / Studienabschluß

Osnabrück PDL	Lehrpersonen	Berlin	Belgien
13 Monate berufsbegleitend Lehrgangssystem	2-5 Jahre berufsbegleitend Baukasten-system	6 Semester Vollzeit	8 Semester Vollzeit
Zertifikat, Zeugnis	Zertifikat, Zeugnis	Diplom	Diplom

Die Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen ist als Voraussetzung für die Berufsausübung als Pflegedienstleitung oder Lehrperson in der Bundesrepublik nicht zwingend vorgeschrieben. Das Krankenpflegegesetz verlangt lediglich mindestens eine besonders vorgebildete Unterrichtsschwester pro Schule. Ein staatlicher Abschluß ist bisher nicht für alle Lehrpersonen erforderlich. Es ist an der Zeit, hier endlich auch entsprechende Regelungen zu schaffen, die sich an europäischen Standards orientieren. Mit den Modellversuchen in Osnabrück und Berlin liegen Konzeptionen für eine umfassende Aus- und Weiterbildung von Unterrichtspersonal vor.

Die beiden Osnabrücker Studiengänge können berufsbegleitend absolviert werden. Sie gewährleisten dadurch, daß die jeweiligen theoretischen Erkenntnisse in

KONGRESS BERICHTE

die Praxis übertragen und auf ihre Relevanz für die Bewältigung des Berufsalltags hin überprüft werden können. Gleichwohl muß aber auch gesagt werden, daß die Doppelbelastung durch Studium und Beruf relativ hoch ist, eine Tatsache, die der Studiengang *Lehrpersonen* einkalkulierte und daher den Studierenden, je nach individueller Belastbarkeit, den Abschluß in zwei bis fünf Jahren ermöglichte.

Die berufserfahrenen Studierenden bringen in das Studium ihre konkreten Berufserfahrungen ein, richten aus diesem Zusammenhang heraus Fragen an die Wissenschaften und erwarten Hilfen bei der Lösung von Berufsproblemen und der Bewältigung ihres Alltags. Um darauf antworten zu können, müssen die Inhalte eines Studienganges daher von mehreren Wissenschaftsdisziplinen getragen werden, die — je nach konzeptionellen Überlegun-

Schottland für diese Bereiche noch den „Nurse Tutor“ und „Clinical Teacher“ aus. Diese Trennung erwies sich in der Praxis jedoch als Problem, und so wird z. Zt. ein integratives Ausbildungsmodell, ähnlich wie in Berlin, entwickelt.

Osnabrück versucht ebenfalls, berufliche Kompetenzen in beiden Ausbildungsbereichen zu vermitteln, stößt dabei jedoch auf die Schwierigkeit, daß die Studierenden nur zu einem geringen Teil Praxisanleitung vor Ort praktizieren.

Als primäres Ziel eines akademischen Studiums soll dem Studierenden die Befähigung zum wissenschaftlichen Arbeiten, die Fähigkeit, kritisch und analytisch zu denken und kreativ an die Lösung von Problemen heranzugehen, vermittelt werden. Auf die konkrete Lehrtätigkeit bezogen steht die Vermittlung pflegerischer, pädagogischer und psychosozialer Kompetenzen im Vordergrund, der Befähigung zum Krankenpflegeunterricht und anderer Unterrichtsfächer außer der Medizin und der praktischen Anleitung.

Die Studiengänge für die *Pflegedienstleistung* formulieren als Ziele den Kompetenzerwerb in der Leitung, Führung, Pflege und Krankenpflegeforschung. Der *Osnabrücker* Modellversuch sieht die Kompetenzerweiterung im Bereich der Leitung im Zusammenhang mit der Übernahme zusätzlicher Leitungsfunktionen im Dreierdirektorium der Krankenhausbetriebsführung, dem Studierenden sollen daher Managementtheorien und deren praktische Umsetzung vermittelt werden. Die Führungskompetenz erstreckt sich nicht nur

In engem Zusammenhang mit der Pflege steht auch die Forschungskompetenz: Hier wird von den Studierenden erwartet, daß sie die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen in den pflegerischen Alltag umsetzen können oder eigene empirische Arbeiten entwickeln und durchführen.

Auf der Tagung in Osnabrück schlossen sich nach der Darstellung der europäischen Studiengänge Arbeitsgruppen an zu thematischen Schwerpunkten, die sich auf die Situation der Auszubildenden, das Selbstverständnis und Berufsbild der Leitenden und Lehrenden und auf die Leistungen einer Hochschule für die Weiterqualifikation von Pflegepersonen bezogen. Diese Schwerpunkte wurden weiter fortgeführt in einer Podiumsdiskussion zum Thema: „Professionalisierung = Akademisierung = Humanisierung?“, an der die Referent(innen), eine Vertreterin des niedersächsischen Sozialministeriums und ein Vertreter der mit den beiden Osnabrücker Modellversuchen kooperierenden Katholischen Fachhochschule Norddeutschland teilnahmen.

Von den Nachbarn lernen? Zunächst bleibt zu bemerken, daß Zugangsvoraussetzungen und Ausbildungsinhalte der Krankenpflege in den europäischen Ländern differieren und die Bundesrepublik Deutschland trotz erheblicher Zeitüberschreitung das Europäische Übereinkommen von 1967 über die theoretische und praktische Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern bisher nicht erfüllt hat. Eine Vergleichbarkeit der Ausbildungsstandards ist deshalb nicht gegeben. Um grundlegende Änderungen der Ausbildung in der Krankenpflege sowie eine Aufwertung der Berufsgruppen erreichen zu können, sind neue gesetzliche Grundlagen und eine konsequente Interessenvertretung der Betroffenen erforderlich. An leitendes und lehrendes Personal in der Krankenpflege werden im beruflichen Alltag hohe Anforderungen gestellt. Die dazu notwendigen Qualifikationen können, wie es die europäischen Studiengänge zeigen, erworben werden. Für die deutschen Studiengänge darf hier allerdings nicht verschwiegen werden, daß der erfolgreiche Berliner Modellversuch bisher nicht weiter fortgeführt wurde und die Osnabrücker Modellversuche zwar weitergeführt werden sollen, jedoch mit geringerer Personal- und Sachmittelausstattung. Das Pflegepersonal und seine Interessenverbände sind hier aufgefordert, die Ideen der universitären Weiterbildung und Krankenpflegeforschung mitzutragen.

Helde Sperling

Niederlande	Schottland	
	Nursing Administration	Clinical Teacher
8 Semester Vollzeit	1 Jahr Vollzeit	1 Jahr Vollzeit
Allgemeines Diplom	Diplom	Zertifikat

gen — auch interdisziplinär zusammenarbeiten.

Die folgende Synopse gibt über die verschiedenen Lösungsmöglichkeiten Auskunft:

Studieninhalte

Osnabrück PLD	Lehrpersonen	Berlin	Belgien	Niederlande	Schottland Nursing Administration	Clinical Teacher
Interdisziplinäres Curriculum aus Betriebswirtschaft, Erziehungs-, Sozialwissenschaften, Krankenpflege zu den Themenkomplexen: Personal, Krankenhaus, Patient, Arbeitsplatz	Erziehungs-, Natur-, Sozialwissenschaften, Fachtheorie, -praxis, Krankenpflege	Erziehungs-, Natur-, Sozialwissenschaften, wissenschaftlich orientierte Krankenpflege	Die Studienschwerpunkte: Forschung und Wissenschaft, Gesundheitswesen, Führung und Pädagogik, Krankenpflege stehen in engem Zusammenhang mit dem Forschungsprogramm „Integrierte Krankenpflege“	Multidisziplinäres Angebot aus Medizin, Soziologie, Psychologie, Anthropologie, Politik, Ökonomie, die die Elemente: das gesunde Dasein begünstigende und bedrohende Faktoren und Interventionsformen sowie deren Interdependenz betreffen, bilden die Studienkonzeption	Management, Technik im Gesundheitswesen, Krankenpflege in Theorie und Praxis, Sozialwissenschaften	Krankenpflege, -prozeß und -forschung, Psychologie, Physiologie, Sozialwissenschaften, Lehren und Leiten, Klinische Anleitung

Von den verschiedenen Studiengängen wird ein vergleichbares Repertoire an Disziplinen zur Gestaltung des Studienangebots herangezogen. Ein Unterschied besteht bei den Naturwissenschaften, sie sind nur bei den Aus- und Weiterbildungsstudiengängen zur Lehrperson vertreten.

Auch bei den Studienzielen wird der Unterschied in bezug auf die künftigen Handlungsfelder der Pflegedienstleistung und Lehrpersonen explizit hervorgehoben.

Präferiert *Berlin* für die *Lehrtätigkeit* in der Krankenpflege ein Modell, das die theoretische und praktische Ausbildungskompetenz der Lehrpersonen sichern will, bildet

auf die Verteilung und Organisation von Aufgaben und Ressourcen, sondern auch darauf, das Personal motivieren zu können, die richtigen Entscheidungen für ihre Patienten zu treffen und durchzuführen und dabei mögliche Konsequenzen zu berücksichtigen. Dies setzt die Kompetenz der Pflegedienstleistung voraus, daß sie die Beziehungen zwischen Pflege-theorien, Modellen und Organisationsformen der pflegerischen Leistung beschreiben und organisieren kann. Pflegekompetenz meint hier nicht die Durchführung, sondern die Organisation von Pflege, jedoch wird die Fähigkeit zur Beurteilung der Pflegequalität erwartet.

KONGRESS BERICHTE

Neue, irritierende Erkenntnisse hat eine Tagung der Evangelischen Akademie Bad Boll zu Tage gefördert. Parallelen zwischen den Vernichtungsstrategien der Nazis und dem aktuellen Sozialabbau sind nicht von der Hand zu weisen.

Was ist der Mensch heute wert? Tagung „Medizin und Nationalsozialismus“ in Bad Boll

Unter dieser Fragestellung stand die zweite Tagung in der Evangelischen Akademie Bad Boll zum Thema Medizin und Nationalsozialismus vom 29. April bis 1. Mai 1983, an der wiederum auch Gäste aus Israel und Polen teilnahmen — Ärzte, die selber Verfolgte des Faschismus waren. Wir dachten, wir seien relativ gut informiert über die Medizin-Verbrechen im Nationalsozialismus, und waren betroffen von der Darlegung immer neuer Forschungsergebnisse, welche Karl-Heinz Roth als einen der Referenten die Frage aufwerfen ließ, ob es nicht im Faschismus einen „Gesamtplan zur Endlösung der sozialen Frage“ gegeben habe. Offenbar erst heute, fünfzig Jahre nach Beginn der Herrschaft des Faschismus, entwickelt sich bei der Generation der Kinder der Opfer wie der Täter eine neue Sensibilität für eine grundlegende Auseinandersetzung mit den Verbrechen des Faschismus. Dörner sprach von drei Nachkriegsphasen: der Verdrängungsphase nach 1945, der — in großen Teilen unreflektierten — Reformphase ab 1965 und der Gegenwart, die er die Vorkriegsphase nannte. Und erst in dieser dritten Phase beginnt sich bei den Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens der „hilflose Antifaschismus“ (Haug) in eine aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte und Gegenwart umzuwandeln.

Es ist unmöglich, alle vorgetragenen Forschungsergebnisse hier wiederzugeben, welche alle Teilnehmer der Tagung wie schon im Jahr zuvor für zwei Tage zu einem schier nicht endenden Zuhören und Austauschen von eigenen Erfahrungen und Gefühlen beieinanderhielt.

Nicht nur die Anwesenheit und die Berichte der polnischen Gäste machten deutlicher denn je, in welchem Ausmaß das polnische Volk Opfer der faschistischen Vernichtungsstrategie geworden ist. Hier in Polen begann unmittelbar mit dem Überfall durch Hitlers Armeen die systematische Ermordung psychiatrischer Anstaltspatienten, die später in der Sowjetunion fortgeführt wurde. Hier begann die sogenannte

T-4-Aktion*), welche die Ausmerzungen der vermeintlich Erbkranken zum Ziele hatte.

Im Deutschen Reich waren bekanntlich körperlich und geistig behinderte Kinder die ersten Opfer der Mordaktionen, die vom „Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erforschung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden“ unter maßgeblicher Anleitung prominenter Ärzte organisiert wurden. Götz Aly belegte in seinem Referat, wie mit Hilfe wissenschaftlicher Abstraktion die Planer und Täter dieser Mordaktion ihr eigenes Gewissen zu enthemmen versuchten, mit welcher Akribie Ärzte eine „Gehirnschnittsammlung“ er-

mordeter Kinder erstellten, die auch nach 1945 noch als „einmalig auf der Welt“ in angesehenen Fachbüchern Anerkennung fand. Die sogenannte Euthanasie wurde als Mittel begriffen, eine „schlagkräftige Irrenheilkunde“ zu schaffen, in der „positiv eingestellte aktive Psychiater“ den Weg sahen, die Psychiatrie von den „Pflegeanstalten für tiefstehende Fälle“ zu befreien.

Psychiater wie Carl Schneider planten, die Euthanasie zu legalisieren und in den „normalen“ Krankenhausbetrieb einzugliedern: wer sich als nicht besserungsfähiger chronischer Patient erwies, sollte umgebracht werden. Die Tagung korrigierte schlüssig die bislang verbreitete These, daß 1941 auf Grund des Widerstandes vor allem der katholischen Kirche die T-4-Aktion offiziell eingestellt worden sei und weitere Ermordungen dann „nur noch“ im Rahmen der sog. „wilden“ Euthanasie stattgefunden haben. Der Mordapparat funktionierte bis zum Ende des Krieges weiter; rechnet man schon bis 1941 mit siebzig- bis hunderttausend Opfern der Euthanasie, so sind vermutlich bis 1945 mindestens ebensoviele psychiatrische Patienten durch diese durchorganisierte Mordaktion umgekommen. Im Rahmen des „neuen therapeutischen Ansatzes“ wurden 1943 im totalen Krieg sämtliche psychiatrischen Anstalten im deutschen Reich vom Reichsausschuß mit Elektroschockgeräten ausgestattet. Der materielle, theoretische und moralische Tiefpunkt in der Geschichte der deutschen Psychiatrie war erreicht, und diese Entwicklung war von einem bedeutenden Teil der Psychiater mitgetragen und geprägt worden. Dies alles geschah vor eben erst einer guten Generation, wir alle stehen mit all unserem Handeln und Denken in dieser schwarzen Tradition.

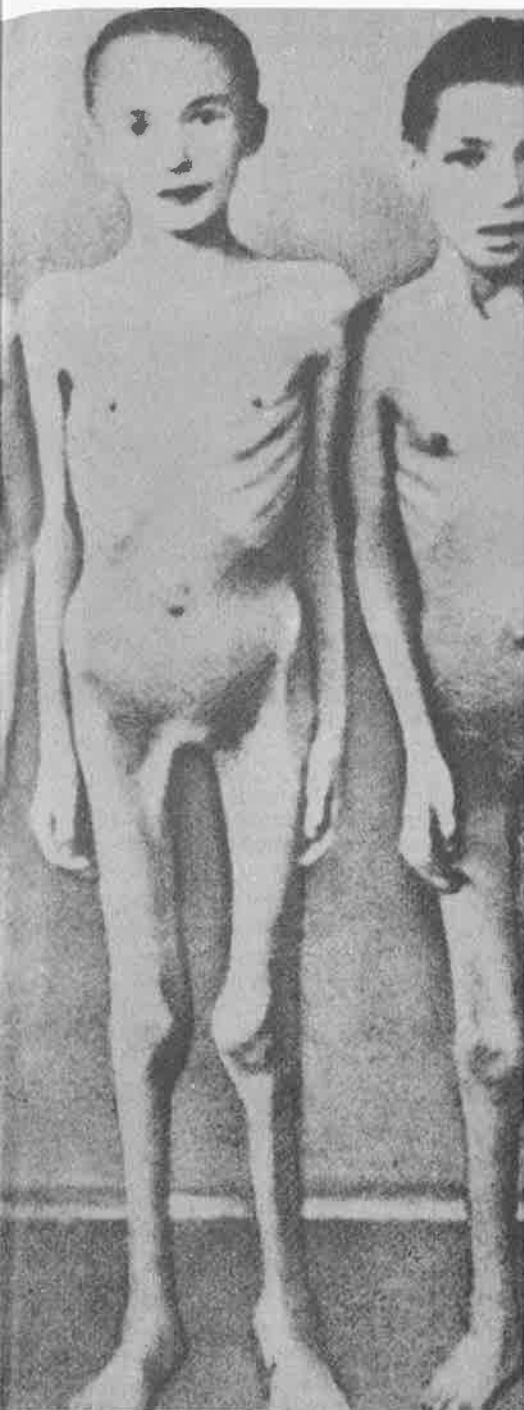
Prof. Hillel Klein aus Jerusalem berichtete über „Die Familien der überlebenden Opfer und die Gesellschaft“. Er arbeitet als Analytiker mit den Enkeln und Urenkeln der Menschen, die das Vernichtungslager

*) T-4-Aktion: benannt nach dem Sitz der Zentrale der Vernichtungsaktion in der Tiergartenstraße 4 in Berlin



überlebt haben. 75 000 Überlebende gingen nach Israel, 70 000 nach England, Frankreich und in die USA.

Er sieht verschiedene Phasen des Erkenntnis- und Verarbeitungsprozesses in diesen Familien. Zunächst überwog auch hier wie bei den Tätern und deren Kindern die „Unfähigkeit zu trauern“ (A. Mitscherlich). Die Kinder der Opfer flohen ohne libidinöse Bindungen, in die Ehe aus dem Wunsch heraus, nicht alleine zu sein. Die Metapher der Nazis sieht Prof. Klein in der Entwertung der jüdischen Mitbürger als „Ungeziefer“, das zum Schutz der eigenen Person und zur Rettung der Zivilisation zerstört werden muß. Die Aufgabe der Überlebenden war, diese Doktrin durch das eigene Überleben ad absurdum zu führen. Jedes Kind wurde so zum Symbol der zerstörten Familie mit den Folgen einer starken Überbehütung durch die Eltern und erheblichen Trennungängsten auf Seiten der Kinder.



Die übergroßen Erwartungen führten zu vielen depressiven Reaktionen der Kinder, die ihre Heldenrolle nicht annehmen mochten. In einer positiven Wendung engagierten sich später überdurchschnittlich viele in sozialen Berufen und wurden jetzt auch in der Friedensbewegung aktiv.

Bemerkenswert ist, daß die Überlebenden zunächst die Schuld auf sich genommen haben und sich fragen: Warum bist du am Leben geblieben? „Die Konspiration des Schweigens“ mit dem daraus folgenden psychologischen Vakuum in der Familie wird heute abgelöst durch eine Verwandlung der Scham in Stolz; aus dem beschämenden Geheimnis wird ein Symbol des Lebens. Dennoch wird das für immer unauslöschbar bleibende Trauma von Generation zu Generation weitergegeben.

Aus seinem Referat „Asoziale' und nationale Minderheiten“ berichtete Karl-Heinz

Roth angesichts des unglaublichen Zeitdrucks der Tagung fast ausschließlich über das Schicksal der sogenannten „asozialen Tuberkulosekranken“. Die Tuberkulose wurde im Nationalsozialismus zur größten Volkskrankheit mit ca. 400 000 offenen Tuberkulösen. Da keine wirksamen sozialhygienischen Maßnahmen ergriffen wurden und der Anteil der Sozialausgaben am Gesamthaushalt sank, wurde insbesondere unter den Kriegsbedingungen die Versorgung der Tuberkulosekranken zu einem schier unlösbaren Problem. Die nationalsozialistische Medizin „löste“ das Problem auf ihre Weise. In groß angelegten „Forschungsarbeiten“ wurden die epidemiologischen und sozialhygienischen Ergebnisse der Tuberkuloseforschung rassenhygienisch auf den Kopf gestellt: die familiäre Häufung wurde (wie dies in der Geschichte der Psychiatrie schon erfolgreich praktiziert worden war) als Beweis für die Erblichkeit der Tuberkulose genommen, die miserablen sozialen Lebensbedingungen vieler Tuberkulosekranker als Ausdruck ihres asozialen Verhaltens gebrandmarkt. Die Medizin machte sich an die Triage der Kranken, das heißt die gnadenlose Aussonderung all derjenigen Tuberkulösen, die nicht mehr arbeitsfähig waren oder für die der Therapieaufwand zu groß erschien.

Zwangsarbeit und Zwangsassylierung für die „asozialen“ Tuberkulosekranken wurde zum Therapieprinzip erhoben. In der thüringischen Anstalt Stadtroda kam es 1937 zu einer Revolte, der Chef wurde abgesetzt, sein Nachfolger wurde der spätere T-4-Gutachter Kien. Die Zwangsassyle für Tuberkulosekranke entwickelten sich unter diesem Regime zu Absterbekliniken. Von 1941 an werden diese Abteilungen für asoziale Tuberkulosekranke offiziell unter die Leitung von Psychiatern gestellt. Im eingegliederten polnischen Warthegau findet von 1940 an im Gefolge der rassistischen Selektion die Aussonderung der polnischen Tuberkulosekranken statt, die geschlossen zu Asozialen erklärt werden. 1941 beginnt die physische Vernichtung der nicht arbeitsfähigen polnisch-jüdischen Tuberkulosekranken, 1942 wird die Vernichtungsstrategie im Altreich und den einverleibten Ostgebieten vereinheitlicht, und es beginnen Deportationen deutscher Tuberkulosekranker in polnische Vernichtungsanstalten. Im Mai 1942 waren im Warthegau 43 000 Tuberkulosekranke vernichtet worden. Es existierten 42 Tuberkulosereservate zum Absterben tuberkulöser Patienten. Der Perfektionismus der nationalsozialistischen Medizin, das deutsche Volk von Krankheit und Asozialität zu reinigen, hatte einen weiteren Damm der Menschlichkeit eingerissen.

Am Ende der Tagung waren wir erdrückt von den zu Tage geförderten neuen Fakten und von den sich aufdrängenden parallelen Ansätzen in der Gegenwart, die wir oft schon gewohnheitsmäßig unter dem Stichwort „Sozialabbau“ erfassen. Klaus Dörner prägte das Bild von der Gesellschaft, die sich in einem Güterzug befindet, des-

KONGRESS BERICHTE

sen letzter Wagen in Zeiten sozialer Probleme als erster abgekoppelt wird. In diesem Wagen sitzen die chronisch psychisch Kranken, Sozialhilfeempfänger, Wohnsitzlosen und Asylanten. Es wurde uns klar, daß wir unsere Aufmerksamkeit nicht auf eine identische Wiederholung des Faschismus richten dürfen, sondern die Streichung von Geldern für den letzten Waggon als drohenden Einstieg zur Existenzvernichtung von Menschen begreifen. Wir müssen hellhörig werden, wenn soziale Errungenschaften als „Überversorgung“ diffamiert werden und stattdessen Eigeninitiative und Verantwortung propagiert werden. C. Vilmar sprach als Präsident der Bundesärztekammer beim Ärztetag 1983 in Kassel von „ausladendem Sozialbarock“ und „schwülstigen Versorgungsüberhängen“ und forderte „schmerzhaftes Kürzungen“ der Sozialleistungen.

Wir müssen uns fragen, welche Chancen ein Mensch aus dem letzten Waggon zum Über-Leben hat, beispielsweise der arbeitslose Alkoholiker ohne festen Wohnsitz, und wie sich diese Chancen angesichts der gegenwärtigen politischen Entwicklung verschlechtern.

Wenn in Düsseldorf Polizisten „Stadtstreicher“ mißhandelt und gefoltert und als „Abschaum und Dreck“ qualifiziert haben, sollten wir auf unsere Gänsehaut achten, wenn wir lesen, daß viele Polizistenkollegen wochenlang diesem Treiben zugehört haben (FR vom 28. 5. 83).

Norbert Schmacke/Thomas Rosengarten

PROBIEREN	
UND TÄGLICH	
STUDIEREN	
UZ unsere zeit	
<input type="checkbox"/> Tageszeitung zum Preis von 10,- DM monatlich (inkl. MwSt.) <input type="checkbox"/> Wochenendausgabe zum Preis von 10,- DM monatlich (inkl. MwSt.) <input type="checkbox"/> Probefreilieferung der UZ, um die Zeitung der WK-P erst einmal kostenlos zu probieren.	
Name: _____ Vorname: _____ Straße: _____ PLZ, Ort: _____ Datum, Unterschrift: _____	

KONGRESS BERICHTE

„Auch können wir Mediziner Krieg nicht als eine unvermeidbare Krankheit ansehen, zu deren Heilung wir fähig oder aufgerufen wären. Er ist ein menschenverschuldetes Verbrechen, zu dessen Verhinderung wir beitragen müssen. Für den Fall der Stationierung neuer Raketen rufen wir alle Mediziner zum gewaltfreien Widerstand auf!“

Einen Tag, nachdem die 3000 Ärzte, Schwestern, Pfleger und andere im Gesundheitswesen Beschäftigte diesen Aufruf verabschiedet hatten, die gebührende Beachtung in der Presse: „Das Ende aller Medizin“ (Abendzeitung), „Im Atomkrieg medizinische Hilfe nicht möglich“



Wir werden euch nicht helfen können Dritter medizinischer Kongreß zur Verhinderung eines Atomkriegs

(Münchner Merkur), „Ärzte rufen zum Widerstand auf“ (Süddeutsche Zeitung) „Aufruf zum Widerstand“ (Frankfurter Rundschau). Schwerer tat sich die FAZ: „Auf ärztliches Wissen gegründet und vom ärztlichen Gewissen getrieben, versuchen Mediziner ... über die Folgen eines Atomkrieges aufzuklären und dadurch die Verwendung von Atomwaffen zu verhindern.“ Es scheint, als habe man selbst bei der FAZ Angst, daß die Dinge zum Einsatz kommen könnten; aber das politische Konzept ihrer Kandidaten Reagan/Thatcher & Kohl sieht nun mal die Stationierung von Pershing II und Cruise Missile vor, und deshalb ist Widerstand dagegen nicht opportun: „Daß die ursprünglich ärztliche Bewegung dadurch immer mehr ins Lager der Friedensbewegung abgedrängt und von medizinischen Heilberufen dominiert wird, zeigte der dritte medizinische Kongress.“ Damit ist aber auch gleichzeitig ein Stück der Strategie aufgezeigt, wie der Widerstand gegen die Raketen erfolgreich sein kann: Über die Stationierung wird nicht auf akademischen Veranstaltungen entschieden, sondern von dort kann und muß geholfen werden, den Widerstand auf der Straße, in den Wohngebieten der Städte und Gemeinden, in den Schulen und Betrieben zu verstärken.

Genauso verstand sich dieser Kongreß, wie Prof. Begemann in seinem Eröffnungsreferat betonte, „denn die Ärzteinitiativen könne man nur als Teil jener großen Bewegung verstehen.“

Schon im Frühjahr 1982 hatten viele lokale und regionale Initiativen gefordert, einen Kongreß für alle im Gesundheitswesen Tätigen zu organisieren und dort auch die Probleme zu diskutieren, die in den Gesundheitseinrichtungen „vor Ort“ schon heute als Auswirkungen der Hochrüstungspolitik sichtbar werden, den mit steigenden Militärhaushalten verbundenen Sozialabbau. Andererseits stehen viele Initiativen von ihrer Tradition her in der Ökologiebewegung und haben sich der Raketenfrage erst später angenommen, wobei hier der NATO-Beschluß ausschlaggebendes Moment war.

Den Veranstaltern des Kongresses ist es zweifellos gelungen, dieser Breite und Vielfalt Ausdruck zu geben und die gemeinsame politische

Diskussion zu fördern. Schon optisch kam dies darin zum Ausdruck, daß von den offiziell 3000 Teilnehmern eine große Zahl sicher das vierzigste Lebensjahr überschritten hatte: Anzug mit Krawatte saß neben Latzhose mit Lilatuch, obwohl erstmals kein reiner Ärztekongreß, sondern offen für alle im Gesundheitswesen Beschäftigten, waren auch Klinische gekommen, eher mehr denn weniger, verglichen mit den vorausgegangenen Veranstaltungen.

Wie viele Gründe es für Menschen geben kann, in der Friedensbewegung aktiv zu werden, zeigte Prof. Uta Ranke-Heinemann als erste Rednerin nach der Eröffnung durch Prof. Begeemann. Ihr Referat „christliche Krankenpflege und christliche Kriegsführung“ erhellte schlaglichtartig, warum sich Christen engagieren, aber auch Widersprüche in der christlichen Kultur: „Hat also das Christentum mit bemerkenswerter Treue das Krankenpflegegebot Christi befolgt, so hat es die mit gleichem Nachdruck geforderte Hochachtung vor einem Anders- bzw. Ungläubigen und die durch die ganze Lehre Jesu belegte Forderung der Feindesliebe nicht befolgt. Das Christentum wurde eine Religion zwar nicht der Gewalttat, aber der Gewalttäter, der frommen Krieger ... so hat das Christentum einen Januskopf durch die Geschichte gelragen ... Am Ende unseres 20. Jahrhunderts im nuklearen Zeitalter ... geht es nicht mehr um den Tod vieler, den die Überlebenden wie bisher spitzfindig und kasuistisch legitimieren könnten, jetzt geht es um den Tod aller ... Die lang geübte christliche Arbeitsteilung von Verwunden und Verbinden, von Krieg und Hilfe für die Opfer, wird zu Ende sein.“

Der Versuch von Till Bastian, aktuelle Probleme, die auch die Medizin betreffen, wie Dioxin-Skandal, Volkszählung, Entdemokratisierung, Übertechnisierung vor allem der Medizin, einer gemeinsamen Analyse zu unterziehen und in einen Zusammenhang mit der Atomkriegsgefahr zu stellen, endete leider in Perspektivlosigkeit: „So drohen wir mit Wissenschaft und Industrie, mit Euro-scheck, Fernsehen und Kernkraftwerken die ganze Welt zu Tode zu besiegen ...“ Er schloß mit Laotse (vor rund 2500 Jahren) „Die Welt erobern und behandeln wollen, ich hab er-

lebt, daß das mißlingt ... wer sie behandeln will, verdirbt sie, wer sie festhalten will, verliert sie ...“

Eines machte dieses Referat auf alle Fälle deutlich: Die Widersprüche in allen gesellschaftlichen Bereichen nehmen zu und werden von immer mehr Menschen auch so empfunden, wie passagenweiser lauter Beifall zeigte. Lösungsstrategien sind jedoch für nahezu genauso viele in Sicht, sicher auch, weil antimarxistische Scheuklappen Lösungen verbauen: „Die manipulative Seite der technischen Vernunft, von der sich auch der Marxismus nicht befreien konnte, zeigt sich am besten in der Nuklearkriegspolitik. Hier gerät die ganze Welt dem perversierten Forschergeist zum bloßen Substrat. Beide Supermächte sind sich einig, daß es gerechtfertigt ist, zur Durchsetzung der eigenen Position notfalls den gesamten Planeten zu vernichten ...“

Erheblich klarer und zukunftsweisender war das Referat von Knut Sroka. Mit zahlreichen Materialien belegte er seine These: „Katastrophenmedizin ist eine hochpolitische Angelegenheit, denn Katastrophenmedizin sowie das geplante



Notstandsgesetz im Gesundheitswesen sind Maßnahmen offensiver Kriegsvorbereitung.

... Um den gesellschaftspolitischen Stellenwert der Katastrophenmedizin zu erfassen, muß allerdings politisch argumentiert werden und muß im besonderen auf die heutige Einstellung der amerikanischen Regierung zum Atomkrieg eingegangen werden ...

Der Atomkrieg als ein jederzeit androhbare und jederzeit ersteinsatzfähiges Instrument der Machtpolitik — das ist die politische Situation, in die wir hier in der Bundesrepublik gegenwärtig eingebunden werden ... Zivilschutz, so paradox das klingen mag, ist nicht per se defensiv und humanitär. Im Gegenteil, ein Zivilschutz, der die Glaubwürdigkeit einer offensiven Atomkriegsstrategie zu stützen hat, der die Schwelle zum Atomkrieg überschreitbar machen soll, wird zu einer offensiven kriegsvorbereitenden Maßnahme ...

Konsequenterweise skizziert er die Möglichkeiten, wie Mediziner gegen die Kriegsgefahr aktiv werden können: „Die Antwort der Medizin auf die drohende Atomkriegsgefahr kann nur darin bestehen, präventiv tätig zu werden ... Eine dem Atomkrieg gegenüber präventive Haltung verpflichtet ... zur schonungslosen Aufklärung der Bevölkerung über die Folgen jeglicher kriegerischen Auseinandersetzung in Mitteleuropa und verpflichtet zum Einsatz gegen jede weitere Aufrüstung, für eine umfassende Abrüstung, für den Abbau der in uns eingepflanzten Feindbilder und für die doch wohl menschenmögliche Verständigung mit unsern östlichen Nachbarn.“

Auf waches Interesse stieß der kurze Vortrag von **Jörg Fischer**, Sprecher des IG-Metall-Vertrauensleute-Arbeitskreises „Alternative Fertigung“ bei den Vereinigten Flugzeugwerken VFW Bremen. Seine vorgestellten Beispiele einer Insulinpumpe und automatischen Zahnarztleuchte machten wohl jedem im Saal klar, daß es nicht eine Frage der Technologie ist, warum in den Vorstandsetagen trotzdem die Weichen auf Rüstungsproduktion gestellt werden. Es zeigte aber auch, wie mit solchen Beispielen für die Kollegen in den Rüstungsbetrieben der Lüge „Rüstung schafft Arbeitsplätze“ entgegen getreten werden kann.

Mit ernüchternden Zahlen wies **Jörg Huffschild** nach, daß „Sozialabbau als Finanzierungsquelle für die Aufrüstung“ zu verstehen ist. In den letzten Jahren der Krise habe dies

eine neue Qualität erreicht: „durch eine drastische Einschränkung der Menschen an Einkommen und sozialer Sicherheit (soll) die Herbeiführung eines Investitionsbooms“ erreicht werden. Zu dieser „Sanierungsstrategie“ der Unternehmen gehöre ebenso die „rigorose Expansion ins Ausland“, vermittelt über eine „Verbesserung der internationalen Konkurrenzfähigkeit und auch wachsendes militärisch-politisches Engagement.“ Diese für viele Zuhörer sicher neue Sicht der Kriegsgefahr zeigte gleichzeitig eine wichtige Perspektive auf: „... den Kampf für die Sicherung und Verbesserung der ökonomischen Existenzbedingungen mit dem Kampf für die Lebenssicherung zu verbinden und der Friedensbewegung dadurch die Breite und Stärke zu geben, die erforderlich ist, um den vorherrschenden verhängnisvollen Kurs der Politik zu stoppen.“

Sowohl **Dieter Teufel** als auch **Peter Weish** vertraten in ihren Referaten die These, „militärische und friedliche Nutzung der Kernenergie seien seit Beginn ihrer Entwicklung verzahnt.“ Dies wurde mit einer Reihe unstreitbarer technologischer Zusammenhänge belegt. Der gezogene Schluß, „die menschliche Angriffslust sei zu eingeleistet, als daß das friedliche und das kriegerische Atom lange getrennt bleiben könnten“, wirft zumindest die Frage auf, ob mit solcher Sichtweise nicht die Ursachen für die reale Kriegsgefahr aus den Augen verloren werden.

Aufgabe verfehlt, ...

86. Deutscher Ärztetag in Kassel

Die Orientierung der Gesundheits- und Sozialpolitik wurde in der Eröffnungsansprache zum Ärztetag vom Präsidenten der Bundesärztekammer Dr. Karsten Vilmar umrissen. Die ‚Wendepolitik‘ Kohls und Genschers wird von der Ärzteschaft voll unterstützt. Vilmar: „Man muß sich von der Vorstellung der Allmacht staatlicher Fürsorge und Vorsorge trennen, ausladenden Sozialbarock und schwülstige Versorgungsüberhänge entfernen, um die akute Einsturzgefahr für tragende Elemente unserer sozialen Sicherung zu bannen“.

Keine Kritik wurde am laufenden Bundeshaushalt sowie am Haushaltsvoranschlag 84 laut. Die hier geplanten Einsparungen belasten die Krankenversicherungen zugunsten der Rentenversicherung, treffen über Selbstbeteiligung im Krankheitsfall vor allem Rentner und Arbeitslose, werden durch die Kürzungen der Arbeitslosen- und Sozialhilfe das Problem der Armut in der BRD in den nächsten Jahren weiter verschärfen.

Die Massenarbeitslosigkeit spielte in der Ansprache Vilmars keine Rolle. Wer öffentliche Fürsorge als Sozialbarock denunziert, unterstellt dem Einzelnen die Verantwortung für seine Notlage. In einer Gegenveranstaltung zum Ärztetag machten die inzwischen zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossenen oppositionellen

KONGRESS BERICHTE

Es gab noch eine Reihe anderer, z.T. sehr differenzierter Referate zu Randthemen wie „Erziehung zur Gewalt“, Recht auf Widerstand gegen Vorbereitungen eines Atomkrieges“, „psychische Verleugnungsstrategien der Gefahr“, die hier nicht wiedergegeben werden können. Sie alle machten deutlich, daß die Friedensbewegung zunehmend mehr gesellschaftliche Bereiche mit ihren Fragen durchdringt. Die Fragen sind sicher auch nicht weniger geworden durch diesen Kongreß, sondern eher mehr. Auch die während des gesamten Samstagmorgens tagenden Arbeitsgruppen haben mehr Probleme aufgeworfen als beantwortet, wie in den morgendlichen Berichten deutlich wurde. Dies läßt auf eine lebendige Diskussion in den zahlreichen Initiativen hoffen, geht es doch um die entscheidende Frage: Verhinderung der Stationierung neuer Pershing II und Cruise Missiles.

Wlfrid Böhm

Ärztgruppen auf die gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit aufmerksam:

Die Folgen der Arbeitslosigkeit äußern sich nicht nur in psychischen Störungen. Eine große Anzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen, die z.T. von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt wurden, weisen nach, daß Arbeitslosigkeit bei den betroffenen Menschen zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes führt. Neue Krankheiten können begünstigt, bestehende in ihrem Verlauf verschlechtert werden.

Wesentlich ist dabei das Zusammenspiel von Krankheitsdisposition, die durch einen jahrzehntelangen Gesundheitsverschleiß hervorgerufen wurde, mit dem akuten sozialen Streß der Arbeitslosigkeit.

Eine Arbeitsmarktpolitik, die mit durchschnittlich 2,4 Mio. Arbeitslosen bis in die 90 er Jahre rechnet, ohne auf Gegenmaßnahmen, wie sie vom DGB oder der Memorandum Gruppe vorgeschlagen wurde, einzugehen, macht sich für die Gesundheit dieser Menschen und ihrer Angehörigen mitverantwortlich.

Eine hohe Arbeitslosenquote beeinträchtigt zudem die Finanzierung anderer Sozialbereiche. Wachsende Ausgaben der Arbeitslosenversicherung gehen deutlich zu Lasten der Renten- und Krankenversicherung.



KONGRESS BERICHTE

Grundlagen für die selbstgestellte Aufgabe des Ärztetages, Perspektiven für die achtziger Jahre zu entwickeln, sollte das Referat von Prof. Hans Peter Wolff, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, liefern.

Er wies darauf hin, daß durch die Veränderungen der Lebensbedingungen, Frühdiagnostik und therapeutische Fortschritte eine weitere Zunahme von altersabhängiger Erkrankungen zu erwarten sei. Um die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens zu erhalten, seien neue Wege wie vermehrte Gewährleistung von Hauspflege, Tagespflegezentren sowie eine intensiviertere ambulante ärztliche Versorgung notwendig. Gefahren sieht er in der durch die Zersplitterung der Medizin bedingten Verengung des ärztlichen Gesichtsfeldes. Die Anwendung der technischen Hochleistungsmedizin führe zu ambivalenten Reaktionen der Patienten und bringe der Medizin den Vorwurf der Inhumanität ein.

Die meisten Ansätze der Präventivmedizin befinden sich nach Meinung von Prof. Wolff noch im Experimentierstadium. Trotz einiger Einzelerfolge in der Primär- und Sekundärprävention werden ihre gegenwärtigen und zukünftigen Möglichkeiten häufig überschätzt.

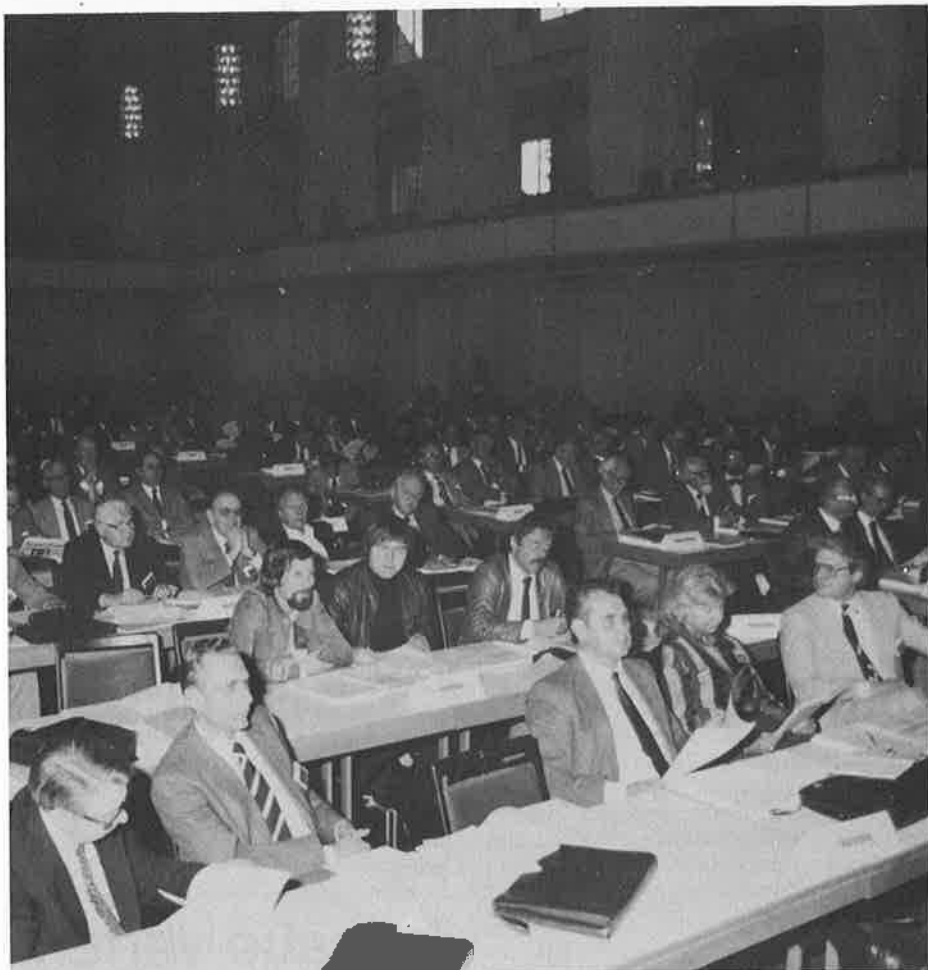
Kostenersparnis durch Prävention sei eine Illusion. Lebensverlängerung durch Krankheitsfrüherkennung verlange ihren Preis, oft durch medizinische Langzeitbehandlung frühzeitig diagnostizierter Leiden (Hypertonie, Diabetes) stehe aber durch Vermehrung altersabhängiger Krankheitslast.

Zu einer ausführlichen Diskussion dieser Thesen kam es jedoch nicht. Die von Prof. Wolff ansatzweise skizzierte Krise der Medizin war lediglich Hintergrund für die Diskussion über ärztliche Aus- und Weiterbildung.

Drohende Konkurrenz

Wegen wachsender Studentenzahlen, über die Ärztetage bereits seit den 60er Jahren klagten, wurden eine Reihe von Maßnahmen beschlossen, die der drohenden Konkurrenz im ambulanten Bereich einen Riegel vorschieben soll. Immerhin rechnet der Berufsverband der praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin bis 1990 mit 20 000 neuen Niederlassungen.

Die Studentenzahlen sollen durch eine Veränderung der Kapazitätsverordnungen verringert werden. Diese Maßnahme soll zu einer Verbesserung der Qualität des Medizinstudiums führen.



... Chancen verschlafen

Die Ausbildung soll um eine zweijährige Pflichtassistentenzeit verlängert werden. Aufgaben der Weiterbildung werde so in die Ausbildungszeit verlegt, dem Staat werden zusätzliche Aufgaben und finanzielle Belastungen zugemutet.

Ein Beschluß, die Pflichtweiterbildung einzuführen, wurde zwar nicht gefaßt, der Ärztetag begrüßte den Entwurf einer EG-Richtlinie, die eine zumindest zweijährige Weiterbildung zum Allgemeinarzt vorschreibt.

Die Einführung einer Pflichtweiterbildung dürfte zu einer zusätzlichen Verknappung von Weiterbildungsplätzen und damit zu einer Arbeitslosigkeit von Ärzten führen.

Eine Reihe von Gegenmaßnahmen und Handlungsalternativen wurden zu diesem Problem vom Marburger Bund und von den oppositionellen Ärztelisten gemacht, fanden jedoch bei der Mehrzahl der Delegierten wenig Resonanz.

— Begrenzung der Lebensarbeitszeit von Ärzten auf 65 Jahre

— Abbau von Überstunden und von über den derzeitigen Tarifvertrag hinausgehenden Bereitschaftsdiensten durch Einstellung weiterer Ärzte in den Krankenhäusern.

— Verhinderung einer weiteren Demontage von sozialen und medizinischen Versorgungseinrichtungen, wie es sich derzeit schon in Kureinrichtungen und im Krankenhaus abzeichnet.

— Bereitstellung von mehr Weiterbildungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich durch eine flexiblere Gestaltung der Weiterbildungsordnung in der Allgemeinmedizin.

— Umorientierung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin hin zu einer ganzheitsmedizinischen Patientenversorgung.

— Verstärkte Integration der Teilbereiche des Gesundheitswesens und des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Die Ende der 70er Jahre prognostizierte „Ärztischwemme“ wurde vor allem im Krankenhaus absorbiert. Die weiter wachsende Zahl von Ärzten bietet jetzt die Chance längst fällige Reformen des Gesundheitswesens zu verwirklichen und insbesondere eine bessere ambulante Versorgung der Patienten zu erreichen. Finanzierbar ist dies jedoch nur, wenn die Ärzte bereit sind, Einkommenseinbußen hinzunehmen.

Gregor Weinrich

Lauter Wettbewerb

Wer erinnert sich noch an die ungewöhnliche „Kleinanzeige“ in unserer Märznummer? Die — satirische Aufforderung an die Zwangsabonnenten des „Deutschen Ärzteblatts“, sich die Ausgabe C (weniger Pharmawerbung) zuschicken zu lassen?

Wie wir jetzt wissen, wird auch unser Kleinanzeigenteil sehr aufmerksam gelesen — sogar von den Verlegern des Deutschen Ärzteblatts: Die nämlich haben gegen die Verbreitung der „Anzeige“ eine einstweilige Verfügung beim Landgericht Köln erwirkt.

Gewundert hat uns die reichlich eigenwillige Begründung für die „Einstweilige“: Der Deutsche Ärzte-Verlag (als Verleger des Deutschen Ärzteblatts) wirft uns „unlauteren Wettbewerb“ vor.

Fürchtet man beim Deutschen Ärzteblatt, dg könne die geschätzten Inserenten abwerben? Da können wir die Kollegen guten Gewissens beruhigen, dg wird auch weiterhin freiwillig und völlig neidlos darauf verzichten, seine Nachrichten und Kommentare zwischen verlaufenden Farbrastern und Pillenmannequins zu verstecken.

Aber vielleicht wittert unser großer (Stief-) Bruder, wir könnten ihm Konkurrenz bei der Werbung um Abonnenten machen? Das können die Ärzteblatt-Macher im Ernst nicht glauben. Die ebenso simple wie durchschlagende „Werbemethode“, mit der das Deutsche Ärzteblatt seine Auflagenzahlen vor jeder Krise sichert, ist uns verschlossen: Jeder approbierte Arzt bekommt wöchentlich sein Ärzteblatt ins Haus — ob er will oder nicht. Der Preis für das Abonnement ist im Beitrag

für die Ärztekammer der Einfachheit halber gleich eingeschlossen. So bleibt dem Blatt jeder Ärger mit unzufriedenen Lesern und Zahlungssäumigen erspart.

Und überhaupt: Wettbewerb! Im Vertreten von Standesinteressen lassen wir den Kollegen herzlich gern den Vortritt. Schließlich machen sie uns ja auch in puncto kritische Berichterstattung wahrlich keine Konkurrenz. Das müßte doch eigentlich jedem auffallen, der dg so aufmerksam liest, daß ihm keine Kleinanzeige entgeht.

Aber falls wirklich die Sorge um den Abonnentenstamm die „Einstweilige Verfügung“ diktiert haben sollte: da haben wir, ganz versöhnlich — einen kleinen kollegialen Tip: Laßt doch das Gerede von der Ärzteschwern-

me! Je mehr Ärzte, desto mehr Ärzteblatt-abonnenten! Ist doch ganz einfach, oder? Gruß Euer dg

P.S.: So überflüssig der ganze Streit sein mag, so lästig ist er. Zumindest vorläufig haben wir laut Kostenfestsetzungsbescheid ein-tausendundsiebenundfünfzig Mark an den An-tragsgegner bezahlen müssen. Aus Kammer-beiträgen fließt uns kein Groschen zu.

Aber vielleicht von Lesern, denen daran liegt, daß ein kritisches Blatt sich den Mund nicht verbieten läßt?

Für diesen Fall: Spendenkonto Norbert Andersch, PSK 154 20-430 beim PSA Essen. Vielen Dank!

DG-Kontakte

Ansbach: Birgit Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (0981) 14444; **Berlin:** Hermann Dillrich, Grünwaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 822 6328; **Bonn:** Edi Irken, Röttger Str. 12, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 28 46 21; **Bremen:** Cornelia Selke, Clauswitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 23 43 11; **Darmstadt:** Jürgen Frohner, Liebfrauenstr. 110, 6100 Darmstadt 1, Tel. (06151) 745 51; **Dortmund:** Mathias Albrecht, Am Kuhlweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (0231) 75 38 80; **Düsseldorf:** Guntar Stompff, Aachener Str. 198, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 15 11 84; **Duisburg:** Felix Richter Hubel, Hochholtsstr. 19, 4100 Duisburg 17, Tel. (02136) 51 20; **Frankfurt:** Klaus Prieser, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (0611) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Gottmann, Remmelsstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (0641) 152 45; **Göppingen:** Barbara Wille, Dillandweg 23, 3400 Göppingen, Tel. (0551) 337 10; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 10, Tel. (040) 656 48 45; **Hannover:** Hans See, Gustav-Hoch-Str. 37, 6450 Hannover, Tel. (06181) 839 81; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (05132) 90 65 51/p; (0511) 81 88 68; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 47 41 01; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schülerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 84 99 48; **Kassel:** Matthias Doppel, Wanzstr. 20a, 3500 Kassel, Tel. (0561) 543 21; **Kiel:** Ralf Coppers, Saarbrückener Str. 176B, 2300 Kiel 1, Tel. (0431) 68 63 97; **Kleve:** Ulla Junke, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 84 24; **Köln:** Peter

Lichborn, Memeler Str. 10, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 711 08; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederringel 3, 4540 Lengerich; **Linzi/Rhein:** Richard Heitzon, Magdalena-Damm-Str., 5460 Linz, Tel. (02644) 5 51; **Lübeck:** Angela Schürmann, Grenzerstr. 44, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 565 86; **Mannheim:** Werner Weindorf, Maxstr. 5a, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 85 54 05; **Minden:** Susanna Steuber, Artilleriestr. 12, 4950 Minden, Tel. (0571) 2 89 67; **Mönchengladbach:** Joachim Giff, Weichselsstr. 65, 4050 Mönchengladbach 1, Tel. (02161) 48 04 27; **München:** Margret Samborff, Pommersstr. 15, 8000 München 40, Tel. (089) 35 29 35; **Mindelheim:** Thomas Mecher, Heidenhofstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08261) 97 33; **Münster:** Helmut Copak, Geisstr. 67a, 4400 Münster, Tel. (0251) 79 45 88; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarsir. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 8 38 56; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohrort 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 114 53; **Remscheid:** Michael Sünner, Klausenstr. 34, 5630 Remscheid-Lüttringhausen, Tel. (02191) 5 52 79; **Riedstadt:** Harald Skrobies, Freit-v-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (06158) 61 61; **Siegen:** Michael Beyus, Zur Zinschenb. 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 7 68 60; **Sprockhövel:** Wolfgang Münster, Hohe Egge Unterweg 17, 4322 Sprockhövel 1, Tel. (02324) 723 58; **Tübingen:** Eike Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 21 27 98; **Ulm:** Wolf Schlinzner, Himgstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 6 65 44; **Viersen:** Sebastian Sterk, Hermann-Ehlers-Str. 5, 4060 Viersen 12, Tel. (02162) 7 76 94.

betr.: dg

Noch immer gehen täglich ausgefüllte Fragebögen aus der Leserumfrage (dg 3/83) im neuen Bonner dg-Büro ein. Langsam wird der Strom der Zusendungen allerdings merklich dünner. Vielleicht schnappt sich der eine oder andere treue Leser nochmal das letzte Heft und füllt den Fragebogen aus — was er womöglich eh tun wollte, wozu er aber bislang nicht gekommen ist. Einsendungen werden nach wie vor dankbar entgegengenommen.

Die meisten Einsender haben sich die Mühe gemacht, recht ausführlich auf die Fragen einzugehen. Natürlich sind ganz schön unterschiedliche Beurteilungen dabei herausgekommen. Aber Tendenzen schälen sich bereits deutlich heraus.

Auf jeden Fall eine Tendenz: Unser Plan, dg in Zukunft monatlich erscheinen zu lassen, stößt beim allergrößten Teil der Einsender auf freudige Zustimmung.

Wir werden den Sprung also wohl wagen: Vom Januar 1984 an wird das „Demokratische Gesundheitswesen“ die erste linke Monatszeitschrift in diesem Bereich sein — zugleich übrigens eine von ganz wenigen linken Monatszeitschriften überhaupt.

Erste Konsequenz: dg wird billiger werden. Wir rechnen mit einem Preis (für zwölf Hefte im Jahr), der bei etwa 45 Mark liegen wird. Allerdings haben wir bisher die Kalkulation noch nicht ganz abschließen können. Mehr dazu im nächsten Heft.

Wer nicht in jedem Monat sein dg haben will, hat selbstverständlich — wie immer bis zum 1. September — das Recht zur Kündigung.

Um auch nach dem 1. Januar noch einigermaßen ruhig schlafen zu können, müssen wir uns allerdings auf ein etwas dickeres Abo-Kissen betten. Bis zum Ende des Jahres brauchen wir noch mehrere Hundert feste Abonnements. dg-Leser, das verrät uns die Leserumfrage, sind mit ihrer Zeitschrift weitgehend sehr zufrieden. Außerdem halten sie mit ihrer Sympathie (wie mit ihrer Kritik) nicht hinter dem Berg. Deshalb können wir davon ausgehen, daß sie die Zeitschrift auch im Bekanntenkreis herumzeigen und so auch neue Leser werben. Und das sind doch ideale Voraussetzungen, oder?

Die neue dg-Redaktionsadresse hat sich flott herumgesprochen — was für die Aufmerksamkeit der Leser spricht. Trotzdem noch einmal: Zuschriften, Leserbriefe, Anzeigen, alles, was die Redaktion des Heftes betrifft, bitte an:

**Demokratisches Gesundheitswesen
Siegburger Str. 26
5300 Bonn 3**

Unsere Mitarbeiter Norbert Mappes ist dort täglich von 8.30 bis 12.30 Uhr und zusätzlich diens-

tags abends von 19.00 bis 21.00 Uhr auch telefonisch unter der Nr. (0228) 46 36 82 zu erreichen.

Alles, was den Versand betrifft: Abonnements, Probehefte, Adressenänderungen, Reklamationen, bitte nach wie vor an:

**Pahl-Rugenstein Verlag
Gottesweg 54
5000 Köln 51**

Übrigens: Überzeugten dg-Lesern, die in Initiativen mitarbeiten oder auf andere Weise häufiger mit einer größeren Anzahl potentieller anderer dg-Leser zusammenkommen, empfehlen wir wärmstens, sich kostenlos, unverbindlich und ohne jeden Aufwand (Postkarte genügt) ein Kontingent unserer neuen Werbefaltblätter zukommen zu lassen. Sie enthalten das Wichtigste, stellen doch schon als zukünftige Monatszeitschrift vor, sehen chic aus und ersparen es dem Amateur-Werber, sich den Mund füsselig zu reden. Wie wär's?



