

Jahres-Abo DM 28,20 Einzelverkaufspreis DM 6,— September/Oktober 1983 G 2961 F

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



Alltag: Streß, Mythos, Management

Chile

Friedensbewegung

A0-Novelle

5/83

der kommentar

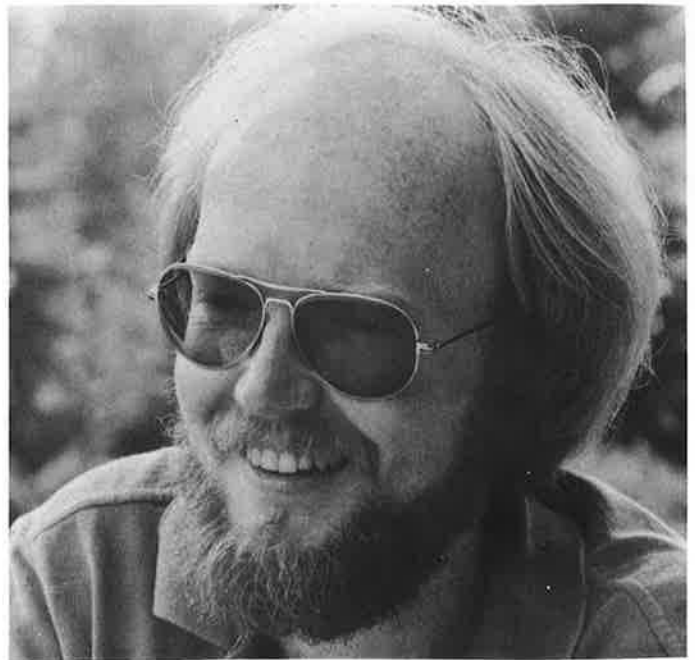
Arschkriecherei und Existenzangst

Von Ulli Raupp

Rentabilität diktiert die Planungsgedanken, und wir rentieren uns erst recht. Die eine, gerade examiniert, hat einfach so ein paar Monate für lau in der Gynäkologie gearbeitet. Achtstundentag, für das Versprechen, dort bald eine Stelle zu kriegen. Der heldische Chirurgie-Assistent — Wahlspruch: „Was mich nicht kaputt macht, macht mich nur härter“ — kloppt seine zehn Bereitschaftsdienste, Stufe D, und fährt seine Gründe, mit Stern versehen, auf der Kühlerhaube spazieren. Die Bewunderung, gerade der Verwaltung, ist ihm sicher. Der engagierte, linke Uniklinik-Assistent macht seinen Arbeitstag zum Elf-Stunden-Marathon, freiwillig, unbezahlt — versteht sich — um dem eigenen Anspruch halbwegs gerecht zu werden. Die gehbehinderte Ärztin aus der „Inneren“, im Notarzteinsatz trainiert, kann oft vor Schmerzen die acht Stunden kaum durchhalten. Sie tut es, und noch acht Dienste dazu — für die Patientenversorgung natürlich — und die Verwaltung applaudiert heftigst. Die Gründe sind vielfältig: Dünkel kreuzt sich mit Idealismus, Arschkriecherei mit Existenzangst. Der Konflikt mit seinem Körper, mit seinem Anspruch und mit seinem Chef wird nicht ausgetragen.

Den neuen Tarifvertrag hat einer von uns erkämpft. Er hat dabei unsere Gesundheit, das Vertrauen und die Sicherheit der Patienten und die Situation von denen, die vor der Türe stehen, im Sinn gehabt — oder gibt es da Zweifel? Sogenannte Interessenvertreter haben uns die Gummiparagrafen gleich mit Unterwander-Rezepten serviert, entblöden sich aber jetzt nicht, lautstark und verbalradikal zu lamentieren, daß er kaum durchgesetzt sei. Was tun wir selbst dazu? Jahrzehnte zurück die Zeit, wo wir uns um einen Studienplatz bewarben und den Numerus Clausus ungerecht fanden. Der Berufsbeginn vor ein paar Jahren ging auch noch glatt, und jetzt sind wir ja drin.

Drin und erfahren, und dem „Erfahrenen“ zergehen die Argumente auf der Zunge, hehre Argumente. Das vertraute Arzt-Patient-Verhältnis, von dem alle, fortschrittlich wie konservativ, träumen, wird herbeizitiert und meint in Wirklichkeit doch nur die eigene Unersetzlichkeit. Das zweite Argument der Argumente: die „optimale Patientenversorgung“. Wofür die schon überall herhalten mußte. Immer, wenn es gilt eine Notbremse zu ziehen bei der Durchsetzung gewerkschaftlicher Rechte, wird dieser Joker aus dem Ärmel geschüttelt.



Wie sieht sie denn aus, unsere optimale Versorgung: EKG, EEG, Röntgen, Endoskopie, Bronchoskopie, Cystoskopie, Sonographie, Tomographie, Plethysmographie, Katheter hier, Katheter dort, und jeden Tag Labor! Da wird der Kalium-Wert „wegkontrolliert“, weil er nicht paßt, die Thrombopenie ist ein Labor-Fehler (aber kontrollbedürftig), die „KBR nicht signifikant“, aber es hätte ja was sein können.

Wir alle sind Spezialisten und, unsere größte Genugtuung ist das Wissen um und die Sicherung der 23. Differentialdiagnose. Darauf ist unsere Ausbildung ausgerichtet, darauf ist die Wissenschaft ausgerichtet, das Krankenhaus, der Gerätepark, die Praxis und unser Ansehen — nur unser Patient nicht! Trotz aller fortgeschrittenen Technik, die zu handhaben für uns das Größte ist, trotz aller Pharmaka, für die zu werben vielen von uns nicht mal peinlich ist, trotz unserer aller Spezialitäten hat sich der Gesundheitszustand der breiten Bevölkerung nicht ein Jota gebessert, sind Fortschritte in Ursachenbekämpfung und Therapie der großen Zivilisationskrankheiten nicht in Sicht — im Gegenteil. 1982 mußte jeder zehnte Bundesbürger einmal ins Krankenhaus, fast 10 Prozent mehr als im Jahr davor (trotz zunehmender Arbeitsplatzrisiken). Gleichzeitig wurden Dutzende Krankenhäuser geschlossen, Tausende Betten „abgebaut“, entsprechend Stellen gestrichen. Aber wir sind noch stolz darauf, den ständig steigenden Streß zu bewältigen, und wo die Zeit knapp wird, werden zuerst die Kritik und das Denken eingespart.

Rentabilität heißt das Stichwort: in immer kürzerer Zeit werden heute die kranken Menschen durch die Gerätestraßen geschleust — routinierte Serienabfertigung ohne Rücksicht auf Umstände, Verhältnisse und Umwelt — rücksichtslos. Von ein paar Hunderten korrumpiert, die herrschende Wissenschaft im Hinterkopf und Existenzangst im Arsch, sind wir Keilriemen zwischen dem Patienten, der erträgt, und der Industrie und Bürokratie, die Erträge machen.

Nur so sind für mich „Ärzteschwemmen“ erklärlich, nur so kann ich verstehen, daß unsere Kassenärztliche Vereinigung unsere Ärztedichte nicht bejubelt, sondern betrauert, nur so kann es passieren, daß ein Antrag, der kürzere Arbeitszeiten für Klinikärzte forderte, auf dem letzten Ärztetag gar nicht erst zur Abstimmung kam.

IMPRESSUM

Herausgeber

Holitz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Kaupp (München), Brigitte Kluthe (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Langenberg), Christina Pötter (Gießen), Michael Regus (Siegen), Annetto Schwarzenau (Hamburg), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (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. 0226 / 463682 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, dienstags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

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

Der für das jeweilige Ressort zuerst oder allein genannte Redakteur ist verantwortlich für 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 Verlags GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 021/36 40 51, Konten: Postcheckamt Köln 6514-503, Stadtparkasse Köln 106 522 38 (für Abogebühren).

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für 6/83: 1. 10. 1983.

Graphik: Christian Paulsen

Titelbild: dpa

Layout: Edi Erken, Ulli Raupp, Uli Menges, Thomas Wöttig, Norbert Mappes

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

JSSN: Nr. 0172-7091



Foto: dpa

Die Halbgötter in Weiß haben abgewirtschaftet. Die alte Hierarchie im Krankenhaus ist nur noch Fassade. Dahinter agieren Manager und organisieren uns den Streß. Der Schwerpunkt „Alltag“ beginnt auf Seite 11



Foto: Beck

Sie werden dringend gebraucht, um einen Krieg möglich zu machen: Ärzte und Schwestern. Aber in keiner Berufsgruppe ist die Friedensbewegung so stark wie bei ihnen. Unsere Reportage zum „heißen Herbst“ auf Seite 7



Zehn Jahre nach dem Putsch in Chile herrscht wieder Unruhe im Land. Die Junta verliert ihre Bastionen — auch bei den Ärzten. Warum, beschreibt Gunar Stempel auf Seite 29

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE

Inhalt

5/83

Alltag

- Halbgötter im grauen Kammgarn
Management im Krankenhaus 11
- Patienten haben keinen Mieterschutz 14
- Mit Rosenkranz und Peitsche
Als Assistenzarzt bei den Nonnen 15
- Mythos und Management
Pflegepersonal im Krankenhaus —
eine Kontroverse — 17

Frieden

- Prognose: infaust
Gesundheitsberufe laufen den
Kriegsplanern davon 7

Pharma

- Giftmüll im Nachtschränkchen 21
- „Nach Möglichkeit verhindern“
Psychopharmaka-Studie unter Beschuß 24
- Zum Anreiz eine Portion Huhn
Dreimonatsspritze weiter zugelassen 25

Internationales

- Chile: Es herrscht Unruhe im Land 29

Historisches

- Dr. med. Salvador Allende —
vor zehn Jahren ermordet 33

Ausbildung

- Warteliste für den Viererarzt
Entwurf zur AO-Novelle 27
- Spionage, Sabotage und Zersetzung
Wie die Bundeswehr ihre Stabsärzte schult 28

Dokumente

- Entwurf zur AO-Novelle I
- Rede auf der Bayer-Aktionärsversammlung II
- „40 Punkte“ der Unidad Popular III
- Sozial- und Gesundheitspolitik unter
dem Druck der Wirtschaftskrise:
ein internationaler Überblick III

Rubriken

- Leserbriefe 2
- Aktuelles 3
- Verschiedenes 6
- Kongreßberichte 35
- Buchkritik 38
- In eigener Sache/Leserumfrage 40

Leser- Briefe

DKP-Weltbild

Betr.: Atomkongreß, dg 4/83

Liebe Redaktion des DG,

ich war erfreut über Eure ausführliche Berichterstattung vom Münchner Kongreß zur Verhinderung des Atomkrieges — aber, wie sich denken läßt, etwas erstaunt über die Art und Weise, wie Euer Berichterstatter, Herr Böhm, mein eigenes Referat auf diesem Kongreß gekennzeichnet hat. Herr Böhm wirft mir z.B. „Perspektivlosigkeit“ vor. Herrje, wieviel Tabus gibt es doch immer noch unter den Altlinken. Wenn einer wie ich mal nicht bereit ist, politischen Zweckoptimismus auszustrahlen („Gemeinsam sind wir unauflöslich“, „Der Sozialismus wird unvermeidlich siegen“ etc. etc.), ist er gleich perspektivlos. Allerdings meine ich, daß der Fortbestand dieses Planeten keineswegs garantiert ist und daß unreflektierter politischer Aktionismus oft genug dazu dient, die Hilfslosigkeit zu übertünchen. Genau diesen Punkt wollte ich herausarbeiten, denn ich lege Wert darauf, in Vorträgen eben nicht bloß die Dinge zu wiederholen, über die sich ohnehin alle einig sind (was Herr Böhm wohl besser gefallen hätte). Weiter spricht Herr Böhm von meinen antimarxistischen Scheuklappen. Er meint damit wohl, daß ich den Marxismus als „schlecht abgehandeltes Kind der Industriegesellschaft“ bezeichnet habe. Was an dieser kritischen Bemerkung antimarxistisch sein soll, kann ich nicht sehen; es sei denn, man hält nur unkritische Vergötterung für pro-marxistisch. Wer hier Scheuklappen hat, ist also noch nicht ganz raus. Daß Wachstumsetatismus, Ausbau der Kernenergie, Verschmutzung der Umwelt, Verherrlichung der Großtechnologie etc. etc. im „real existierenden Sozialismus“ eine sehr unheilvolle Rolle spielen, wie sich erst unlängst am Beispiel Ausrottung der Wale hat erkennen lassen, ist m.E. eine un-leugbare Tatsache, auch wenn sie nicht in ein DKP-Weltbild paßt. Und darüber nachzudenken, warum dem so ist, wird wohl noch erlaubt sein.

Es tat Herrn Böhm ja richtig weh, konstatieren zu müssen, daß mein Referat mit starken Beifall der Kongreßteilnehmer quittiert wurde. Für mich beweist das, daß die Friedensbewegung erheblich differenzierter und vielschichtiger ist, als das Weltbild mancher dg-Korrespondenten; und das ist auch gut so.

Liebe Grüße
Till Bastian

Ärzte machen süchtig

Ich muß gestehen, daß ich bis vor einer Woche nicht von der Existenz dieser Zeitschrift wußte.

Durch Zufall habe ich die letzten drei Jahrgänge „dg“ von einer Freundin erhalten und habe auch zur Kenntnis genommen, daß Sie bereits im Heft 2/81 das Thema Sucht behandelten.

Seit einigen Jahren arbeite ich jetzt mit Suchtkranken; zur Zeit auf einer Entgiftungsstation in der Psychiatrie.

Wir behandeln überwiegend alkoholabhängige Männer und Frauen, aber auch Medikamentenabhängige.

Immer wieder — auch jetzt noch — hören wir, nicht nur von Patienten, sondern auch von den Angehörigen, wie leicht es ist, Medikamente verschrieben zu bekommen. Mit welcher Nonchalance „Herr Professor“ am Bett eines — ihm auch bekannt — abhängigen Patienten sagt, „eine Flasche alkoholfreies Bier kann ihnen nicht schaden“ u. ä. (Es sind leider nicht immer die beliebten Ausflüchte eines Abhängigen.)

Ein solches Wort, vom „Herrn in Weiß“ ausgesprochen, ermutigt natürlich einen Patienten, wieder zu trinken, sofern er seine Krankheitseinsicht noch nicht voll internalisiert hat. Von diesen Patienten gibt es sehr viele (siehe hohe Rückfallquote), selbst bei denen, die es sogar schon einige Jahre geschafft haben, „trocken“ zu leben.

Ich wollte aber zur gedankenlosen (?) Verschreibungspraktik etwas sagen.

Kurzbeispiel

Eine Patientin kommt nach 17jähriger regelmäßiger Einnahme von anfangs „literweise“ Euscedon, später „schachtelweise“ Praxiten — zu uns auf die Station. Schilderungen der Patientin — aber auch der Familie — lassen glaubwürdig erkennen, daß sowohl die Patientin bei ihrem Hausarzt ohne Nachfrage — „benötigen sie es noch“ — Praxiten verschrieben bekam; was mich aber noch viel nachdenklicher stimmt, ist, daß sowohl Vater als auch Schwester der Patientin von ihren Hausärzten auch Praxiten verschrieben bekamen, ohne Nachfrage: „Wozu benötigen Sie dieses Mittel?“ — Für besagte Patientin natürlich — (Keiner der Angehörigen wußte von der Gefährlichkeit dieses Mittels.)

Nach mehrmaligem Wechsel der Hausärzte — um nicht aufzufallen — hat es dann einen verantwortungsbewußten Arzt gegeben, der dieses Mittel nicht mehr verschrieb, sondern in Zusammenarbeit mit den Familienangehörigen die Patientin mit massivem Druck zur Behandlung bewegte. Kein Einzelfall leider! Und von diesen Ärzten gibt es auch leider viel zu wenige!

Damit möchte ich nicht die Verantwortung auf die Ärzte schieben; eingenommen hat die Patientin die Tabletten, dies ist mir schon klar. Ich möchte nur darauf aufmerksam machen, daß vielleicht Rezepte etwas kritischer betrachtet und ausgestellt werden sollten; vielleicht etwas mehr nachgefragt werden sollte, auch dahingehend, was z. B. nervös macht, wenn ein Patient in die Praxis kommt und sagt, ich bin nervös, o. ä. ...

Wenn ein Patient z. B. 14 Stunden und mehr am Tag über einige Jahre hinweg arbeitet, ist es zu verstehen, daß er nervös wird; um diese Nervosität wegzubekommen, benötigt er jedoch z. B. keine Medikamente, sondern ein Gespräch, aus dem vielleicht die Anregung über eine Änderung seines bisherigen Lebensstils hervorgeht.

Mit diesem Brief möchte ich nicht anklagen!

Und dennoch, Frau Doktor, Herr Doktor, haben Sie sich einmal überlegt, ob es nicht auch eine Erleichterung für Sie in Ihrer Praxis bedeuten würde, wenn Sie einen Mitarbeiter/in einstellen würden, der z. B. mit Suchtkranken, oder vermutlich Suchtkranken, „streßgeplagten“ Kindern sprechen könnte, bevor etwas verschrieben wird?

Denn der Weg zur Beratungsstelle ist meistens viel „weiter“ als in Ihre Praxis!

Vielleicht wäre der o. g. Vorschlag eine Möglichkeit, dem Gespräch mehr Platz als den Arzneimitteln in Ihrer Praxis einzuräumen.

Zugeben, Sie hätten ca. 3.000/4.000 Mark weniger; würden Sie diese Mitarbeiter aber nicht auch möglicherweise von einem psychischen Druck befreien?

Ich kann mir nämlich kaum vorstellen, daß es nicht auch frustrierend für Sie ist, zu erkennen, daß kann ich so nicht helfen, in dem ich nur verschreibe.

Gespräche können helfen!

E. Dargel
(Gruppentherapeutin)

WECHSEL WIRKUNG

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:

Das Meer — die letzte Kolonie: Im Blick des Meeresforschers * Das neue Seerecht * Meerwirtschaft im Pazifik * Leben im Watt * Eindeichungen der Nordstrander Bucht *

Weitere Themen:

Westliche Technologien in Polen * Der scheintote Darwin * Sex — eine Evolutionskrankheit * Frauen in den Ingenieurwissenschaften * Verantwortung für den Frieden: Der Mainzer Kongreß * Naturwissenschaftler beziehen Stellung * Friede mit der Naturwissenschaft? * Friedensbewegung von oben *

Bestellungen an WECHSELWIRKUNG
Gneisenastr. 2, 1000 Berlin 61

DM 5.— Einzelheft

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

erscheint vierteljährlich

USA: Arbeitslose nicht krankenversichert

Arbeitslose verlieren in den USA meist mit Beginn der Arbeitslosigkeit, spätestens aber vier Wochen später, ihren Krankenversicherungsschutz, wie aus einer Untersuchung des Arbeitsministeriums hervorgeht. Erwerbstätige genießen in dem Land, das keine Krankenversicherungspflicht kennt, zu 85 Prozent den Schutz einer Gruppenversicherung, die an den Arbeitsplatz gebunden ist und bei dessen Verlust wegfällt. Bei Neueinstellungen wird der volle Versicherungsschutz erst nach in der Regel drei bis neun Monaten gewährt. Wie der Vorsitzende der Automobilarbeiter-Gewerkschaft UAW, Fraser, vor einem Unterausschuß des Kongresses mitteilte, sind in den USA zur Zeit 25 Millionen Personen nicht gegen Krankheit versichert, weil sie arbeitslos oder Angehörige von Arbeitslosen sind.

Gesundheitswesen und ausländische Frauen

Die Arbeitsgruppe „Ausländische Frauen“ plant für den kommenden Winter einen Kongreß über die Diskriminierung ausländischer Frauen in der Bundesrepublik. Einer der Schwerpunkte soll dabei das Thema „Gesundheitswesen und Psychiatrie“ sein. Anmeldungen, Anregungen und Materialien nimmt dazu entgegen:

Initiative Ausländerpolitik und Menschenrechtsverletzungen, Stichwort Frauen, Mainzer Landstraße 239-241, 6000 Frankfurt

Photos für den Ernstfall-Ausweis

Bedienstete der Städtischen Kliniken in Kassel sind gehalten, sich für eine Ausweiskarte fotografieren zu lassen, die sie im „Ernstfall“ als Gesundheitsarbeiter kenntlich macht. Die Anordnung der Krankenhausverwaltung geht auf einen sechs Jahre alten Erfaß des hessischen Sozialministeriums zurück.

Verwaltungsdirektor Walper bestätigte die Vermutung, es handle sich dabei um eine Vorbereitungsmaßnahme für einen eventuellen konventionellen Krieg. In einem Atomkrieg sei ohnehin „alles für die Katz“.

Das Kasseler Friedensforum wertete die Anfertigung der Ausweise als Teil des Versuchs, den Eindruck zu erwecken, „ein nächster

Krieg werde konventionell, also nicht atomar geführt“. Die scheinbar willkürliche Wahl des Zeitpunkts für den Vollzug des alten Erlasses wird mit der Raketenstationierung in Zusammenhang gebracht.

Über die Fronten im nächsten Krieg scheint man bei der Krankenhausverwaltung eine präzise Vorstellung zu haben: Die Angaben auf der Ausweiskarte sind in Deutsch, Englisch und Russisch (!) ausgedruckt.

Griechische Privatkliniken in Staatshand

Das Gesundheitswesen in Griechenland soll zum Teil verstaatlicht werden. Gesundheitsminister Paraskevas Aygerinos legte am 10. August dem Parlament einen Gesetzentwurf vor, der die Verstaatlichung aller derjenigen Krankenhäuser vorsieht, die aus öffentlichen Mitteln Subventionen erhalten.

Außerdem sollen dem Entwurf zufolge keine weiteren Privatkliniken mehr zugelassen werden. Auch der Ausbau bestehender Privatkliniken soll untersagt werden.

Studie: Privates System weniger effizient

Plänen der konservativen Regierung Großbritanniens, kostenintensive Bereiche des Gesundheitswesens wie Geriatrie und Psychiatrie aus dem staatlichen System auszugliedern und zu privatisieren, ist jetzt eine Studie unter dem Titel „The Public/Private Mix for Health: The Relevance and Effects of change“ entgegengetreten.

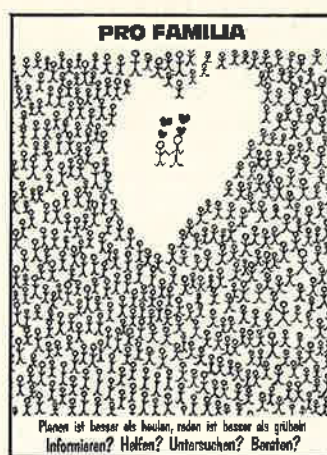
Die Untersuchung war von einem Konkurrenten des staatlichen Gesundheitssystems in Auftrag gegeben worden, kam aber den Interessen der Auftraggeber ausdrücklich nicht entgegen.

Die Studie weist nach, daß in Großbritannien eine gesundheitliche Versorgung auf hohem Niveau einen kleineren Anteil am Bruttosozialprodukt verschlingt als in anderen Ländern. Die Kostenexplosion sei dem privaten und dem öffentlichen Gesundheitssystem gemeinsam.

Private Krankenhausgesellschaften wie die Nuffield Provincial Hospitals, der Auftraggeber der Studie, sind an einer Privatisierung des Gesundheitssystems interessiert.

PRO FAMILIA Nordrhein-Westfalen berichtet

Diese Bestandsaufnahme der Jahre 1981 und '82 in Form einer gut 100 Seiten starken Broschüre ist seit wenigen Wochen im Buchhandel für 6 DM erhältlich.



Sie enthält eine ausführliche Einschätzung zur Lage des § 218, Vorstellungen einzelner Beratungsstellen und die Darstellung besonderer Arbeitsschwerpunkte mit Erfahrungsberichten, die eindrucksvoll die eigentlichen Möglichkeiten der Pro Familia und ihre finanzielle Not dokumentiert.

Zu beziehen auch direkt beim Herausgeber: Pro Familia, Robert-Daum-Platz 1-3, 5600 Wuppertal 1

Höchst, BASF, Bayer: Gewinne durch Entlassungen

Die Halbjahresberichte, die soeben von drei führenden Chemiekonzernen vorgelegt wurden, zeigen in eine einheitliche Richtung: Kräftige Gewinne gegenüber dem Vergleichshalbjahr '82. Höchst 44%, Bayer 19%, BASF 40% jeweils vor Steuern. Im gleichen Zeitraum wurden, trotz deutlich höherem Auslastungsgrad der Anlagen, bei Höchst knapp 700, bei BASF gut 800 und bei Bayer sogar über 1300 Beschäftigte „freigesetzt“, wie es in der Kapitalsprache heißt.

Weniger Kuren für Arbeiter — 10.000 Betten gekündigt

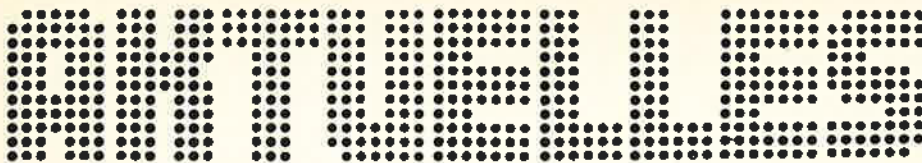
Im ersten Halbjahr 1983 haben die Anträge auf Reha-Maßnahmen bei den Rentenversicherungsträgern um weitere 17% abgenommen, obwohl bereits 1982 ein wesentlicher Rückgang (27,4% gegenüber '81) zu verzeichnen war. Grund ist zweifelsohne die Verschärfung der entsprechenden Gesetze. Als Folge wurden von den Rentenversicherern über 10.000 Betten in Sanatorien und Kurheimen gekündigt.

Krankenpflege-Ausbildungsverhältnis endet vorzeitig

Das Ausbildungsverhältnis einer Kranken- oder Kinderkrankenschwester/pfleger, die vor Ablauf der nach Paragraph 9 Absatz 1 des Krankenpflegegesetzes vorgesehenen dreijährigen Lehrgangsdauer die Abschlußprüfung nach Paragraph 13 des Krankenpflegegesetzes erfolgreich bestanden hat, endet gemäß Paragraph 14 Absatz 2 des Berufsbildungsgesetzes mit dem Zeitpunkt der Prüfung. Das hat der gemeinsame Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes mit Beschluß vom 27. Januar 1983 — Aktenzeichen: GmS — OGB 2/82 — entschieden.

Bis zu diesem Urteil war es so, daß Auszubildende, auch nach erfolgreich bestandener Prüfung, noch als Auszubildende bis zum Ablauf ihres Ausbildungsvertrages behandelt wurden, indem ihnen nur die Ausbildungsvergütung gezahlt wurde. Mit dieser Entscheidung findet in dieser Frage nun auch die Bestimmung des Berufsbildungsgesetzes Anwendung auf die Krankenpflegeausbildung. Für die Auszubildenden bedeutet dies, daß unmittelbar nach abgeschlossenem Examen, das im Durchschnitt meist einen halben bis einen Monat vor Ende des dreijährigen Lehrgangs abgehalten wird, ihre Eingruppierung nach Kr. III BAT zu erfolgen hat. Der Unterschied zwischen der Ausbildungsvergütung und Kr. III Stufe 1 beträgt für einen halben Monat immerhin 475,91 DM.

Abzuwarten bleibt, ob die Neufassung des Krankenpflegegesetzes, das Anfang 1984 verabschiedet werden soll, diese neue Rechtslage wieder zurückdreht.



Sewering kontra Friedensbewegung

Berichte von häufigen Mehrfachverletzungen durch brutalen Schlagstockeinsatz der Berliner Polizei, vorgelegt von der Fraktion Gesundheit in der Berliner Ärztekammer, hat der durch spektakuläre Berechnungsmethoden bekannt gewordene Präsident der bayerischen Ärztekammer, Hans-Joachim Sewering, zum Anlaß genommen, im „Bayerischen Ärzteblatt“ ein „ungutes Vorzeichen“

für einen „Heißen Herbst“ zu diagnostizieren. Den Ärzten, die vor „einer weiteren Eskalation sinnloser Gewalt seitens der Polizei“ gewarnt hatten, warf Sewering indirekt vor, die Unwahrheit zu sagen. Es sei „auffällig“, daß die verprügelten Demonstranten wohl nur zu „diesen Ärzten“ gegangen seien. Zur Pathogenese künftiger Mehrfachverletzungen führte Sewering vorsorglich aus: „Sollte es zu Gewalttaten kommen, dann sicher nur deshalb, weil die Polizei wieder mal grob und verständnislos war gegen-

über den lieben Girls und Boys, die ja nur den Frieden wollen.“

In bayerischen Demonstrantenkreisen begegnet man den Zweifeln des Ärztepräsidenten an der Berliner Erklärung mit Verständnis. Von der Polizei Verprügelte, sagt man sich, begäben sich halt wirklich nur im äußersten Notfall ausgerechnet in die Praxis von Dr. Sewering.

„Schönheit“ Bedingung?

Das Jugendsozialwerk, ein dem DRK angeschlossener Verband, der Mädchen zum Freiwilligen Sozialen Jahr vermittelt, hat die 18jährige Gudula F. (Name geändert) als „nicht tauglich“ abgewiesen, obwohl der behandelnde Arzt ihre Verwendungsfähigkeit für eine entsprechende Tätigkeit ausdrücklich bescheinigt hatte. Das Mädchen hatte sich einem plastisch-chirurgischen Eingriff unterziehen müssen und wurde ohne besondere Begründung zur Zurücknahme des Antrags veranlaßt, obwohl seiner Verwendung für das Freiwillige Soziale Jahr keine medizinischen Bedenken im Weg standen.

Anfragen des behandelnden Arztes nach den Gründen der Zurückweisung blieben unbeantwortet.

Fortbildung gestrichen

Das nordrhein-westfälische Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat ohne Anhörung der betroffenen Verbände den Beratungsstellen für Schwangerschaftsprobleme und Familienplanung rückwirkend zum 1. Januar 1983 die Finanzierung der gesamten Fortbildung gestrichen. Nach Angaben von Pro Familia fällt hierunter auch die „arbeitsbegleitende Supervision“, die für „eine professionelle Arbeit unverzichtbar“ sei.

Hepatitis-Impfung erfolgreich

Erste Erfolge der neuen Hepatitis-Schutzimpfungen meldet der Schweizer Kanton Zürich. Dort wurden bereits im ganzen Jahr 1982 Schutzimpfungen an beson-

ders gefährdeten Personen — Gesundheitsarbeitern, Patienten mit Immunabwehrstörungen, Drogensüchtigen — vorgenommen. Insgesamt wurden 11 000 Personen gegen Hepatitis geimpft. Im Jahr 1982 sank dabei die Anzahl der Erkrankungen an Hepatitis B von monatlich 24 auf zehn. Dieses Ergebnis ist umso signifikanter, als im gleichen Zeitraum das Meldewesen für Hepatitis-Erkrankungen vereinfacht wurde, so daß die Dunkelziffer erheblich zurückgegangen sein dürfte.

Gesundheitstag '84?

Nicht wenige Gesundheitsläden denken über einen dritten überregionalen Gesundheitstag 1984 nach. Im „Infodienst Nr. 10“ der Gesundheitsläden werden diese Gedanken schon konkret: Was halten wir von einem nächsten Gesundheitstag? Ist 1984 der richtige Zeitpunkt? Sollte ein nächster Gesundheitstag wieder so wie die bisherigen sein — „bunte Wiese“ — oder eingegrenzt auf ein Thema — und auf welches? Oder sollen Gesundheitstage nur noch regional durchgeführt werden?

Meinungen und Anfragen: Christoph Kranich, Beckstraße 14, 2000 Hamburg 6

Umweltaktion gegen Pestizide

Nach vielen durch Pestizide verursachten ökologischen und gesundheitlichen Schäden haben brasilianische Umweltgruppen einen Erfolg erreicht: In einer Provinz des Landes konnte ein Verbot aller chlorierten Pestizide und eine verschärfte Kontrolle anderer Pflanzenschutzmittel durchgesetzt werden. Dagegen ziehen die Chemie-Multis, an der Spitze „Bayer“, zu Felde. Sie klagen vor dem brasilianischen Verfassungsgericht. Die „Internationale Koordinationsstelle — aktiv gegen Bayer-Umweltgefährdung — ruft zusammen mit der „Pesticid action network“ zur Hilfe auf. Koordinationsgruppen und Interessenten sollen sich in Briefen an die verantwortlichen Stellen (z.B. Presidente Joao Figueiredo, Palácio do Planalto, 70000 Brasília/Waldir Arcovide, Ministério da Saude, Esplanada dos Ministerios, 70000 Brasília, Amaury Arcovide, Ministério da Agricultura, (gleiche Adresse) wenden und fordern, daß der Pestizid-Beschluß der Provinz „Rio Grande do Sul“ nicht aufgehoben, sondern auf alle Provinzen ausgedehnt wird.

Auskunft: Axel Köhler, Hofstr. 27a, 5650 Solingen 11, Tel.: 02122/333710

MEDIZIN IM ARGUMENT



ALTERNATIVE MEDIZIN

Wie konnte sich der deutsche Faschismus auf die Naturheilkunde stützen?

Sind Arbeitersanitätskommissionen 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 neue 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



Bitte ausschneiden und senden an:

ARGUMENT-Vertrieb, Tegeler Str. 6, 1000 Berlin 65, Telefon: 030/4616061

Bestellschein

Hiermit bestelle ich Medizin-Abo (2 Bände im Jahr für 29,60/Stud. 25,60 DM incl. Versand) ☐

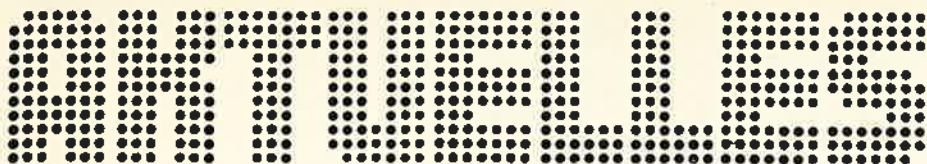
Hiermit bestelle ich AS 77 Alternative Medizin (16,80/Stud. 13,80 DM zzgl. Versand) ☐
AS 64 Prävention (16,80/Stud. 13,80 DM zzgl. Versand) ☐
Jahrbuch für kritische Medizin 8 Pflege und Medizin im Streit (16,80 DM/Stud. 13,80 DM zzgl. Versand) ☐

Name/Vorname

Student ☐ ja ☐ nein

Straße/Wohnort

Datum/Unterschrift



Krankenpflegeausbildungs- und Prüfungsordnung gestoppt

Entgegen allen Erwartungen hat der Bundesrat den Entwurf der neuen Krankenpflegeausbildungs- und Prüfungsordnung (Bundesrats-Drucksache 188/83) nicht beschlossen. Die Ländervertreter weigerten sich, vor Verabschiedung der für Anfang 1984 zu erwartenden Neufassung des Krankenpflegegesetzes die dazu gehörende Prüfungsordnung zu beschließen. Die Bundesregierung hatte den Entwurf zu Anfang des Jahres vorgelegt, um die bundesdeutsche Regelung noch vor dem Krankenpflegegesetz an die EG-Richtlinien anzupassen. Wegen der Nichtanpassung ist eine Klage beim Europäischen Gerichtshof anhängig. Doch auch der vorgelegte Entwurf erfüllte die-

se Richtlinien nicht, wie die ÖTV zu Recht kritisierte.

Des weiteren zeigten sich bei der Beratung des Bundesratsausschusses für Jugend, Familie und Gesundheit Unterschiede in den Vorstellungen der Länder. Während die CDU/CSU-regierten Bundesländer gemeinsam mit den Berufsverbänden für eine Verschulung der Krankenpflegeausbildung plädierten, forderten die SPD-regierten Länder zusammen mit der ÖTV die volle Anwendung des Berufsbildungsgesetzes, was im übrigen auch höchstrichterlichen Rechtsprechung entspricht.

Mit der Drohung, eigene Länderrichtlinien zu erlassen, die die volle Anwendung des Berufsbildungsgesetzes beinhalten sollen, gelang es den SPD-Ländern, einen Teil der geplanten Ausbildungsverflechtungen zu verhindern.

„Der Staat sind wir“ Zahnärzte und „Wende“

„Jeder wirklichen Wende vorausgehen muß die geistige Wende des Deutschen. Wir werden wieder froh sein, noch arbeiten zu können und mit Hilfe der Tätigkeit Erfolgserlebnisse zu genießen, die sich manch einer heute nur noch per Krankenschein auf der Couch des Psychiaters erhofft. Und schließlich wird auch dann wieder das Ziel des Halbkranken sein, gesund zu werden und nicht einen kleinen Rest Krankheit zu erhalten, um auf Kosten der Allgemeinheit Ersatzurlaub per Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu erhaschen.“ (Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin)

Es gibt keinen Zweifel: die bundesrepublikanische Zahnärzteschaft wertet den Auftritt der Rechtskoalition als Wende über die Tagespolitik hinaus. Endlich erhalten die Standesgruppen entscheidenden Anteil an der Umgestaltung des Staates, die weit über eine Legislaturperiode hinauszielen will. Schließlich weiß man aus historischer Erfahrung, daß Macht, richtig angewandt, „die gesellschafts- und sozialpolitischen Systeme derart festlegen (kann), daß selbst spätere Wahlentscheidungen nichts mehr daran ändern.“

Einerseits wundert niemanden, daß eine auf beständige Mehrung des nicht unbeabsichtigten Besitzstandes hinarbeitende Berufsgruppe (und gerade in dieser Hinsicht, wie auch in der Homogenität politischer Fixierung zeichnen sich die Zahnärzte besonders aus), eine Kohl-Strauß-Genossenschaft als Aufbruch begreift.

Nur unter Leugnung elementarer egoistischer Interessen hätte sie politischen Leitbildern jenseits der konservativ-reaktionären Unionswelt folgen können. Anderer-

seits erstaunt aber die Vehemenz, mit der die massive Wahlunterstützung in Szene gesetzt wurde. Da wurde etwa die gesamte Standespresse eingesetzt, breite, unreflektierte Zustimmung unter den Zahnärzten herzustellen, ohne sie an konkrete, lobbyistische Forderungen zu knüpfen. Denn schließlich wollte man „die ‚jetzigen‘ nicht zu sehr reizen“, wie der rechtslastige „Freie Verband“ freimütig bekennt, „damit sie sich bloß nicht veranlaßt fühlen, aus wahltaktischen Gründen gegen uns zu entscheiden, wo wir doch so auf die angewiesen sind.“

Auch die zahnärztliche Lobby merkte schließlich, daß ein dauerhafter Sieg der neuen Politik nicht allein von massiver Unterstützung durch gesellschaftliche und ökonomische Machtgruppen abhängen würde, sondern eben auch von Teilen der alten sozialliberalen Gefolgschaft.

Es wurde also gefährlich, Forderungen so zu stellen, daß die Wendepolitiker zu eindeutigen Stellungnahmen gezwungen wären, die insgesamt die Wahlchancen hätte mindern können.

Derart knallharte, profitorientierte Ansprüche wurden allenfalls als Kampfmittel gegen die SPD eingesetzt, an die Adresse der Wendigen gingen sie erst nach dem 6. März.

Überlassen wir den Zahnärzten selbst das letzte Wort: „Heute dürfen wir sagen: Der Staat sind wir! Keiner sollte das vergessen.“

Es ist zu befürchten, daß der Einsatz sich gelohnt hat.

Ludger Mocnik

Eine ausführliche Analyse über die Strategie der Zahnärzteschaft zur Unterstützung der Rechtskoalition findet sich in: Der Artikulator Nr. 10, zu beziehen bei: VDZM, Siegburger Str. 26, 53 Bonn 3 (100 Seiten, 5 Mark)

Der artikulator
die Zeitschrift für Helferinnen,
zahntechniker/innen, Zahnärz-
te/innen und Studenten/innen

Das aktuelle Sonderheft:
**ZAHNMEDIZIN
IM
FASCHISMUS**

100 Seiten

Soeben erschienen

Heft Nummer 10
August 1983

Wie gut ist
unsere Ausbildung?
Kein Fortschritt seit
Opas Zeiten
Zahnärzteschaft und
die "Geistige Wende"
Berufsverbot für Kritiker
Fluoridierung im Zwielficht
Zahnmediziner
für den Frieden

100 Seiten

Einzelheft 5,- / Abo 10,- incl. Porto
Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3

VDZM
VEREINIGUNG
DEMOKRATISCHE
ZAHNMEDIZIN e.V.

Verschiedenes

Kleinanzeigenmarkt

Achtung: Aktionen bei BAYER

Anlässlich der Hauptversammlung der **Bayer-Aktionäre** am 28. Juli 1983 in Köln fanden verschiedene Aktionen von Umweltschutz- und anderen Gruppen statt.

Die umfassende Dokumentation ist jetzt erschienen: zwei dicke Materialmappen enthalten alles über die Kampfstoffproduktion bei **Bayer**, den Medikamentenmißbrauch des Konzerns, den mangelhaften Katastrophenschutz, die Umweltverschmutzung u. v. a. m.

Bitte DM 30,— einzahlen (Stichwort: „Materialmappe I und II“) auf Sonderkonto Christiane Schnura beim Postscheckamt Essen Konto Nr. 3783 83-439.

Preis: 5 Zeilen à 25 Anschläge nur 5 DM. Jede Zeile mehr (25 Anschläge) 1 DM. Postkarte an: 'Demokratisches Gesundheitswesen', Siegburger Straße 28, 5300 Bonn 3

Qualifizierte Krankenschwestern für sozialpsychiatrisches Wohnheim gesucht. Das Team, bestehend aus Angehörigen verschiedener Berufsgruppen, arbeitet nach den Prinzipien der Therapeutischen Gemeinschaft. Vorausgesetzt wird neben Erfahrungen im sozialpsychiatrischen Bereich die Bereitschaft zur Übernahme administrativer Aufgaben und insbesondere auch zur Außenvertretung des Teams.

Schriftl. Bewerbungen an Dreikönigshaus, Wallstraße 118, 5000 Köln 80, Tel. (0221) 6100 44/55

Staatlich anerkanntes Fortbildungszentrum für Berufe im Gesundheitswesen
Berufsbildungswerk Gemeinnützige Bildungseinrichtung des DGB GmbH Frankfurt am Main

Fortbildung für ehemalige Lehrgangsteilnehmer und andere Interessierte **vom 22. bis 24. November 1983**

Dienstag, 22. 11.

Geschichte der Krankenpflege
Denken: nein — Helfen: ja
Ein alternativer Unterrichtsentwurf zur Entstehung der Ideologie der Krankenpflege. Referat, Gruppenarbeit, Diskussion.
Novellierung der Krankenpflege-Gesetzgebung.

Mittwoch, 23. 11.

Selbsthilfegruppen
Was wollen sie von uns — was wollen wir von ihnen?
Referate, Diskussion

Donnerstag 24. 11.

Organisationsentwicklung
— Anwendung dieses Konzepts im Krankenhaus
— Möglichkeiten, Grenzen und Gefahren
Referate, Diskussion, Gruppenarbeit

Anmeldeschluß: 15. Oktober 1983

Anmeldung an:

Berufsfortbildungswerk
Gemeinnützige Bildungseinrichtung des DGB GmbH
Bezirksgeschäftsstelle Südhessen
Gutleutstraße 169/171, 6000 Frankfurt 1
Telefon: 06 11 / 23 50 91

Wir (Krankenschwestern und Krankenpfleger) suchen Leute aus dem Gesundheitswesen (Pflege, KG, Hebammen, Arzt), die sich an der Gründung einer **Gemeindesozialstation** im norddeutschen Raum beteiligen wollen.

B. Baunach, Parking 25a, 6800 Mannheim 1.
Bitte Rückporto.

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 Ausgabe haben müssen!

● 1.10.

Bonn
Demonstration aller Gesundheitsberufe. Motto: „Die Überlebenden werden die Toten beneiden“.
— Gegen alle Kriegsvorbereitungen im Gesundheitswesen.
— Gegen Aufrüstung in Ost und West. Abschlußkundgebung um 14 Uhr vor dem Gesundheitsministerium (Kennedyallee), Redner: Prof. Jack Geiger (USA), Dr. Jonathan Fine (USA) u. a.
Organisiert von der Sektion Bundesrepublik Deutschland der IPPNW

● 1./2.10.

Bremen
Arbeitstagung: Arbeitsmedizin und Arbeitsmarkt. Eine Fortsetzung des Versuchs, „ein neues arbeitsmedizinisches Forum zu kreieren, das gegenüber dem etablierten Wissenschaftsbetrieb eine Arbeitsmedizin forciert, die sich als betriebsorientierte interdisziplinäre Wissenschaft versteht.“
Auskunft: Prof. Dr. med. Gine Elsner, Uni Bremen, Postfach, 2800 Bremen 33, Tel.: (04 21) 218-32 42

● 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 Gütersloh 1

Betr.: BAYER

Wer kann Informationen liefern über:
— die Machenschaften von BAYER in der 3. Welt?
— den fahrlässigen/nicht verantwortungsbewußten Umgang von BAYER mit Medikamenten?
— die Behandlung von Ärzten und Krankenhäusern durch BAYER, insbesondere wenn diese nicht BAYER-freundlich sind?
— „Feldversuche“ von BAYER?
Und ähnliches mehr?????????????
Infos bitte an:
Internationale Koordinationsstelle „Aktiv gegen BAYER-Umweltgefährdung“, Axel Köhler, Hofstr. 27a, 5650 Solingen 11, Tel. (02122) 333710

● 19.10.

Aktionstag der Friedensbewegung für Gesundheits- und Sozialberufe. Lokale Initiativen im Gesundheitswesen und in den sozialen Berufen warnen vor der drohenden Kriegsgefahr. Im Rahmen der UNO-Abrüstungswoche

● 22.10.

Bonn, Hamburg, Stuttgart
Volksversammlungen für den Frieden

● 28.-30.10.

Bremen
8. überregionales Treffen der Gesundheitsläden mit Arbeitsgruppentreffen, Kulturprogramm und Diskussion über Gesundheitstag '84.
Anfragen: Redaktion Infodienst, c/o Christoph Kranich, Beckstr. 14, 2000 Hamburg 6

● 12./13.11.

Dortmund
Kongreß gegen die konservative Reform des Sozialstaats. Widerstand und Alternativen.
Kontakt: Initiativkreis soziale Sicherheit, Hohenstaufenallee 1, 4650 Gelsenkirchen

● 18.-20.11.

Hamburg
Tagung des Forschungsprojekts Gesundheits-Selbsthilfegruppen. „Gemeinsam sind wir stärker — Leben und Lernen in Selbsthilfegruppen.“
Tagungsort: Hochschule für Wirtschaft und Politik (HWP), Van-Melle-Park 9, auf dem Uni-Gelände.
Auskunft: Christoph Kranich, Beckstr. 14, 2000 Hamburg 6

● 23.-25.11.

Düsseldorf
18. deutscher Kongreß Arbeitsschutz + Arbeitsmedizin.
Kontakt: NOWEA, Frau Laskowski, Postfach 320203, 4000 Düsseldorf 30

Einen Pflasterstein in der linken, das Tränengasfläschchen in der rechten Hand, das Palästinasertuch hoch über den Nasenrücken gezogen, daß nur die stechenden Augen unter dem wirren Haarschopf (oder unter dem Helm) zu erkennen sind — so bemüht sich die Bundesregierung, der Bevölkerung den friedensbewegten Demonstranten im heiß angekündigten Herbst zu präsentieren.

Einiges deutet darauf hin, daß ihr das nicht gelingen wird.

Nicht zuletzt die auffallend vielen Ärzte und Krankenschwestern, die sich in der Friedensbewegung engagieren, sorgen dafür, daß dieses Bild sich nicht einprägt. Wer tagein, tagaus am Krankenbett oder am Operationstisch steht, Kranke und Verletzte pflegt oder behandelt, läßt sich nur schwer als „gewalttätiger Chaot“ denunzieren.



Foto: Arbeiterfotografie

Prognose: infaust

Gesundheitsberufe laufen den Kriegsplanern zur Friedensbewegung davon

Daß gerade die oft so braven und angepaßten Helfer am Krankenbett zunehmend von sich reden machen, ist keine Selbstverständlichkeit. Eher im Gegenteil: Ärzte waren seit jeher im Gefolge der Armeen verlässliche und gern gesehene Begleiter, die ohne viel zu fragen für die Wiederaufbereitung des Kanonenfutters sorgten. Die Witze über die militärisch knappe Diagnose „kv!“ haben in zwei Weltkriegen ihren bitteren Hintergrund. Die Krankenschwestern verdanken ihre Existenz als Berufsstand sogar einem Kriegsminister: Sidney Herbert, der die artige Truppe der Florence Nightingale erstmals im Krimkrieg einsetzte.

Heute dagegen gibt es kaum eine Berufsgruppe, in der so nachdrücklich und öffentlichkeitswirksam auf die Gefahr des geplanten Atomkriegs aufmerksam gemacht wird.

Die „Sektion Bundesrepublik Deutschland der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs“, erst im vergangenen

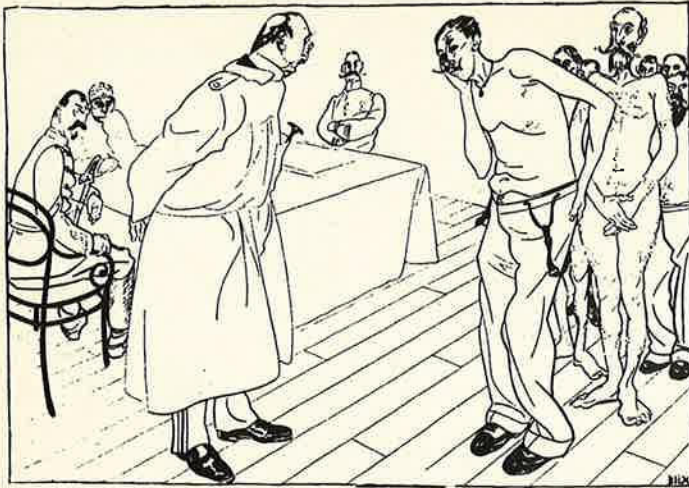
Jahr gegründet, zählt bereits deutlich über tausend zahlende Mitglieder. Dabei sind dort noch längst nicht alle friedensbewegten Ärzte organisiert. Ein beträchtlicher Teil arbeitet in lokalen Initiativen gemeinsam mit anderen im Gesundheitswesen Tätigen. Diese auf Bundesebene lose koordinierten Friedensgruppen sammeln für ihren Appell „Gesundheitswesen für den Frieden“ 10 000 Unterschriften.

Die „Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs“, nach ihrem englischen Namen IPPNW abgekürzt, gingen 1980 angesichts der wachsenden Kriegsgefahr aus der US-amerikanischen Organisation „Ärzte für soziale Verantwortung“ hervor. Auf ihrem letzten Kongreß im Juni in Amsterdam trafen sich schon Delegierte aus 43 Ländern — u.a. aus der Sowjetunion. Die bundesdeutsche Sektion entstand im Anschluß an einen gemeinsamen Kongreß aus lokalen Ärzteinitiativen. Zu ihren führenden Mitgliedern zählen eher wertkonservative Mediziner wie Professor

Gottstein, Chef des Frankfurter Bürgerhospitals, ebenso wie der renommierte Psychoanalytiker Horst-Eberhard Richter, der mit einem fiktiven Kriegsszenario im „Spiegel“ für Aufsehen und kontroverse Diskussion — auch innerhalb der Friedensbewegung — sorgte.

Das zweite „P“ im Namen der Organisation steht für „prevention“, Verhütung. Der Begriff „Prävention“, ein medizinischer Terminus, deutet auf einen ganz eigenen Zugang der Mediziner zur Friedensbewegung. Sie rechnen zu ihren Aufgaben nicht nur die Behandlung, sondern auch die vorbeugende Verhütung gesundheitlicher Schäden. Und den Schäden eines Atomkriegs läßt sich nicht mit Vitaminpillen und Aufbaukost, sondern, so die Ärzte, nur politisch vorbeugen.

Ähnlich argumentieren die Mitglieder der „Gesundheitsinitiativen“, bei denen viele gewerkschaftlich organisierte Angehörige aller Gesundheitsberufe, auch Ärzte, mitarbeiten und die sich eindeutig als Teil der



Ärzte und Krieg:
Die militärische
Diagnose „kv“ ist
vielen noch in bitterer
Erinnerung.

Friedensbewegung, und zwar der betrieblich organisierten und damit eher gewerkschaftlich orientierten, verstehen. Zu den Unterstützern ihres Appells zählen etwa der SPD-Bundestagsabgeordnete Klaus Thüsing und der Hamburger Sozialsenator Henning Scherf, aber auch der ehemalige FDP-Mann und Medizinaldirektor Dr. Hans-Günther Middelhaue und der prominente Reformpsychiater Prof. Klaus Dörner.

Zwei „Zweige“ der Friedensbewegung

Beide „Zweige“ der Friedensbewegung im Gesundheitswesen unterscheiden sich, ohne miteinander zu konkurrieren, im wesentlichen durch ihren Zugang zum Thema Frieden. Bei der reinen Ärztevereinigung steht eher der medizinisch-ethische Gedanke im Vordergrund, bei den Gesundheitsinitiativen wird dagegen stärker politisch argumentiert: Ihnen geht es vor allem um die Integration aller im Gesundheitswesen Tätigen, einschließlich der Gewerkschaften, in die Friedensbewegung. Daß die Spannungen zwischen diesen beiden Polen kein ungesundes Maß erreichten, dafür sorgten schon die Angriffe von Gesundheitsbürokratie und ärztlichen Standesvertretern, denen sich beide Bewegungen aussetzten.

Vor allem Politiker und Gesundheitsbürokratie waren es auch, die den erheblichen Mobilisierungsgrad der Friedensbewegung im Gesundheitswesen überhaupt erst möglich machten. Mehr und mehr Ärzte und Schwestern bekamen in den vergangenen Jahren handfester als andere Bundesbürger zu spüren, daß mit ihnen etwas geplant wird, ohne daß sie gefragt werden: der Atomkrieg.

„Katastrophenschutz“

So ohne weiteres mochte man das freilich nicht zugeben. Eher unauffällig zunächst rutschte unmittelbar nach dem Stationierungsbeschluß der NATO von 1979 ein neues Stichwort in die Diskussion: Katastrophenschutz. Den Auftrakt machte 1980 die „Münchner Medizinische Wochenschrift“ mit einem entsprechenden Schwerpunktheft, für das im „Deutschen Ärzteblatt“ bald ganzseitig geworben wurde. Anfang 1981 wertete die Bundesärztekammer ihren Ausschuß für medizinische Versorgung bei Reaktorunfällen zum „Wissenschaftlichen Beirat Katastrophenschutz“ auf und rührte die Trommeln für „katastrophenschutzmedizinische Fortbildung“. Noch die sozialliberale Bundesregierung legte den Entwurf zu einem „Gesundheitssicherstellungsgesetz“ vor, das die Zwangsverpflichtung zum Sanitätsdienst regeln sollte.

Daß es bei der eilig vorangetriebenen Diskussion um die Vorbeugung gegen Erdbeben, Pestilenz und Feuersbrunst ging, mochte niemand recht glauben. In „katastrophenschutzmedizinischen Übungen“ wurde „Triage“ gedreht: ein Ausleseverfahren, bei dem große Massen von Verletzten (oder „Verwundeten“) in Kategorien je nach ihrer „Behandlungspriorität“ eingeteilt werden. Dabei wird davon ausgegangen, daß die Versorgungskapazität nicht für alle ausreicht. „Hoffnungslose“ bleiben „für später“ liegen.

Freilich hatte es nach dem Zweiten Weltkrieg in der Bundesrepublik keinen einzigen Fall gegeben, der eine solche Selektion nötig gemacht hätte. Selbst nach der Katastrophe von Seveso ging es ohne „Triage“. Sintfluten und Seuchen werden hierzulande nicht erwartet.

Mißtrauische Mediziner fanden bald heraus, für welche Art „Katastrophe“ plötzlich gerüstet wurde: Die eifrigen „Zivilschützer“ und „Katastrophenschutzmediziner“ entpuppten sich als altgediente Bundeswehrärzte, die ihre seit Jahrzehnten eher im Verborgenen gepflegte Kriegsmedizin mit zivilem Vokabular nur notdürftig verbrämen. Vergleiche aus der Literatur ergaben, daß systematisch Begriffe verwirrt wurden: Wo noch vor kurzem eindeutig vom „V-Fall“ die Rede war, las man jetzt „Katastrophe“. Im Mai 1981 tauchten dann in Mainz bei einer „katastrophenschutzmedizinischen“ Veranstaltung US-amerikanische Sanitätsoffiziere auf. Einem alten Experten wie dem Wehrmediziner Kirchhoff, der sich nicht schnell genug an den zivilen Ton gewöhnte hatte, entrutschte die Formulierung, daß sich die „katastrophenschutzmedizinischen Überlegungen im wesentlichen auf den V-Fall“ bezögen. — Im gleichen Jahr 1981 trat der Hamburger Professor Walfried Linden aus der Zivilschutzkommission des Innenministeriums aus. Für „Kriegsvorbereitung“, so der Biophysiker, wollte er sich nicht mißbrauchen lassen.

Verweigerung gegen schleichende Mobilmachung

Parallel zur Enttarnung der „Katastrophenschutzmedizin“ sorgten Nachrichten für Schlagzeilen, die erst im Zusammenhang mit den kriegsvorbereitenden Maßnahmen wieder interessant wurden: daß seit langem an sogenannten „Hilfskrankenhäusern“ gebaut wird (bislang stehen 200, mit 80 000 Betten), daß die seit 1969 vom DRK ausgebildeten 230 000 Schwesternhelferinnen für die Verpflichtung im Kriegsfall zentral registriert sind. Das „Gesundheitssicherstellungsgesetz“ sah eine weitgehend perfekte Registrierung potentieller Sanitäter vor. Besonders übel wurde vermerkt, daß dort zwar die Evakuierung von Krankenhauspatienten im Kriegsfall — zur Einrichtung von Lazaretten — geregelt war, nicht aber, was mit den „zivilen“ Kranken zu geschehen habe.

Geht es nach dem „Taschenbuch für Wehrausbildung“, wird nach dem Bombenabwurf erstmal in aller Ruhe „entstrahlt“: erst die Waffe, dann der Soldat.



Entstrahlen der Waffe

Entstrahlen
der
Bekleidung



Die schleichende Mobilmachung — über Triage-Übungen oder über Registrierung — stieß auf unerwarteten Protest. Die Friedensbewegung im Gesundheitswesen entstand in der Weigerung, sich an der Einübung des Kriegsfalls zu beteiligen. Für den Herbst 1981 wurde nach Hamburg ein „Medizinischer Kongreß zur Verhinderung des Atomkriegs“ einberufen. Dort rief der 32jährige Arzt Eberhard Weber, Vorstandsmitglied bei den „Gewerkschaftlichen Ärzten“ in der Marburger ÖTV, zur Verweigerung auf: „Es ist geradezu unsere Pflicht, uns gegen alle Versuche zu wehren, die vorgeben, Gesundheit sicherzustellen, in Wirklichkeit aber uns in unserem Wirken einzwängen in ein System der Vernichtung.“ Die Weigerung, sich den Planspielen und der Registrierungswut zu unterwerfen, zog Kreise und blieb bis heute das Hauptthema der Friedensbewegung im weißen Kittel. Im Appell „Gesundheitswesen für den Frieden“ heißt es: „Wir sind nicht bereit, uns in Kriegsmedizin aus- und fortbilden zu lassen oder diese zu lehren. Wir werden uns nicht an entsprechenden Vorbereitungen und Übungen beteiligen.“ Auch in der „Frankfurter Erklärung“ der IPPNW verpflichteten sich die 7000 Unterzeichner, sich der „Katastrophenmedizin“ zu verweigern.

Gesundheitsbürokraten und Standespolitiker witterten sofort die Chance, ihr frisch angeschlagenes moralisches Image wiederherzustellen. Die Verweigerer mußten sich den Vorwurf anhören, sie plädierten aus politischen Gründen dafür, eventuelle Kriegsverwundete ohne Hilfe sterben zu lassen. Die neue Argumentation hieß: Krieg ist schlimm, aber wir müssen auf jeden Fall vorbereitet sein.

Rotkreuzhelfer im Bombenkrater?

Die Illusion, für den Notfall sei bestens gesorgt, läßt sich leicht zerstören. In Hiroshima überlebten von 150 Ärzten 18 und von 1780 Krankenschwestern 124. Die Sprengkraft moderner Atombomben liegt etwa beim Zwanzigfachen der 1945 über Japan abgeworfenen „Little boy“ (Hiroshima) und „Fat man“ (Nagasaki). Die WHO rechnete vor, daß bei einem totalen Atomkrieg mit 1,1 Milliarden Toten zu rechnen sei. Die Vorstellung, Rotkreuzhelfer könnten im Bombenkrater Europa Verbände anlegen und Medizin austeilen, ist absurd. Eine vom Papst eingesetzte internationale Wissenschaftlerkommission kam schon 1981 zu dem Schluß: „Die medizinischen Einrichtungen in keinem Land der Welt würden ausreichen, um den Überlebenden zu helfen. Eine objektive Betrachtung der medizinischen Situation erlaubt einen einzigen Schluß: Nur die Verhinderung eines Atomkriegs ist unsere Rettung.“ Und dabei ist noch nicht einmal berücksichtigt, daß die „medizinischen Einrichtungen“ nach dem Angriff kaum noch existieren dürften. Megatonnen-Bomben halten sich nicht an die Genfer Konvention.

„Was als Vorsorge für alle Eventualitäten daherkommt, macht die Katastrophe erst möglich.“

Das Rote Kreuz freilich ficht das nicht an. Das Kongreßmotto „Wir werden euch nicht helfen können!“ wertete es als „Verunglimpfung“ des Roten Kreuzes: Es erschien über einem zerrissenen Symbol der Organisation. Gern wird die Illusion verbreitet, man werde eben doch helfen können, ganz im Ton der Heeresdienstvorschrift 100/2: „Meist entstehen bei einer Atomdetonation auch unerwünschte Wirkungen. Dies muß der Truppenführer berücksichtigen.“

„Zivilschutz“ als Baustein im Verteidigungskonzept

Aber die Vorbereitung für den „Fall der Fälle“ ist nicht einfach nur vergeblich. Sie ist mehr: nämlich Kriegsvorbereitung. Daß nämlich im totalen Atomkrieg jede Hilfe unmöglich wäre, räumen selbst die unentwegten Kriegsmediziner freimütig ein.

Es geht um etwas anderes. Die neue NATO-Strategie will einen „begrenzten“ Atomkrieg führbar machen. „Victory is possible“ — der Sieg ist möglich, heißt die neue Parole. Damit wird auch das Argument in Frage gestellt, vorbereitender Zivilschutz sei zwar im Kriegsfall wahrscheinlich eh vergeblich, könne aber zumindest nicht schaden. Er kann schaden.

Schon Colin S. Gray, der Theoretiker der neuen Doktrin, betonte die Wichtigkeit des Zivilschutzes für die „Glaubwürdigkeit“ der Abschreckung: Der Zivilschutz macht den Russen erst richtig klar, daß wir wirklich Ernst machen. Entsprechend die bundesdeutschen Atlantiker: „Nur wer Zivilschutz ernst nimmt, beweist seine Verteidigungsbereitschaft“, so Generalarzt Gröschel. Mit anderen Worten: Was als Vorsorge für alle Eventualitäten daherkommt, macht die Katastrophe erst möglich. Für den Bremer CDU-Abgeordneten Klein ist der Zivilschutz ein „letzter Stein eines großen Gebäudes unserer Verteidigungspolitik“.

Damit war zwar der eigentliche Sinn der schamhaft ins Spiel gebrachten „Katastrophenmedizin“ de facto entschleierte, aber zugleich die Möglichkeit gegeben, die Verweigerer moralisch in die Defensive zu drängen. Volrad Deneke nahm in einem Kommentar des „Deutschen Ärzteblattes“ die ganze Gewalt des ärztlichen Ethos für sich in Anspruch, diagnostizierte einen „Angriff auf die sittliche Substanz des Arztums“ und verurteilte den „Aufruf zur Sabotage ärztlicher Pflichten“ als „Aufforderung zu zutiefst unmoralischer, unärztlicher und unmenschlicher Verweigerung ärztlicher Hilfeleistung.“ Der Wehrarzt und gerade frisch gebackene „Katastrophen-

mediziner“ Rebentisch erinnerte sich in der „Ärztlichen Praxis“ ebenfalls rechtzeitig des in seiner Branche eher schwach entwickelten ärztlichen Ethos und nahm sich gegenüber einem verweigernden Arzt „Zweifel an der Berechtigung seiner Approbation“ heraus.

Am klarsten von allen formulierte DRK-Präsident Prinz Botho zu Sayn-Wittgenstein die neue Linie, als er seine gerade erst durch „katastrophenmedizinische“ Wach-



Mit dem Roten Kreuz gründete der Schweizer Bankier Dunant eine Organisation, die Kriegsfolgen mildern sollte — keine Friedensbewegung, wie der heutige DRK-Präsident glauben machen will.

samkeit ins Gerede gekommene Organisation selbstbewußt als „Friedensbewegung“ ausgab. Wer das Bereitstellen von Hilfseinrichtungen für Kriegsvorbereitung halte, müsse das DRK auch für die Unfälle auf den Straßen verantwortlich machen, nur weil es einen Rettungsdienst organisiert habe.

Da griff der Prinz freilich daneben: historisch und analytisch. Das Rote Kreuz, nach dem österreichisch-italienischen Krieg entstanden, war allenfalls eine Bewegung zur Milderung der Kriegsfolgen — was ganz sicher seine Berechtigung hatte, als der Krieg noch mit Bajonetten geführt wurde. Schon der Abwurf der Bombe über Hiroshima aber läßt sich nur schwer mit der Schlacht von Solferino vergleichen, die seinerzeit Henri Dunant zur Gründung seiner Hilfsorganisation inspirierte. Solche Vergleiche kommen denen entgegen, die glauben machen wollen, im Dritten Weltkrieg gehe es zu wie der Erstürmung der Düppeler Schanzen durch die Preußen.

Und: Autounfälle werden nicht geplant. Sie passieren auch ohne das Rote Kreuz. Aber zur Vorbereitung eines Atomkriegs wird es gebraucht.

Ein wackliger Stein. Das Unbehagen wuchs noch, als ein geheimes Protokoll der „Ständigen Konferenz Sanitätswesen in der Bundeswehr und Zivilschutz“ be-

frontal

frontal, das sozialistische Studentenmagazin, berichtet regelmäßig über Friedensbewegung, Internationalismus, Sozialdemokratie, Frauenbewegung, Hochschule.



Schwerpunktthemen der letzten Ausgaben: Die Grünen, Karl Marx, Sexualität, Neue Medien.



frontal im Oktober: Gegen die Raketenstationierung. Mit Beiträgen von Gewerkschaftern, Sozialdemokraten, Grünen, Kommunisten, Christen. Mit Reportagen von Blockadeaktionen und betrieblichen Friedensinitiativen, einem Artikel von Oberst Wassili Morosow, Angehöriger des sowjetischen Generalstabs, zu möglichen sowjetischen Gegenreaktionen und zur propagandistischen Beeinflussung der bundesdeutschen Bevölkerung durch den CIA.

Angebot

Wer jetzt abonniert, bekommt als Geschenk „Medizin und Atomkrieg – hilflos? Ärzte warnen vor dem Atomkrieg“.



Kostenlos

...möchte ich die frontal kennenlernen. Schickt mir bitte ein Exemplar gratis für 14 Tage unverbindlich zur Probe. Wenn ich Euch nach Ablauf der 14 Tage nicht schriftlich mitteile, daß ich auf ein frontal-Abonnement verzichte, erhalte ich die frontal im Abonnement und bekomme das Buch „Medizin und Atomkrieg – hilflos? Ärzte warnen vor dem Atomkrieg“. Der Preis für ein Jahresabonnement (6 Hefte) beträgt 12 DM einschließlich Porto und Mehrwertsteuer. Nach Ablauf eines Jahres verlängert sich das Abonnement um ein weiteres Jahr, ich kann jedoch den Bezug zum Jahresende beenden.

Name

Adresse

Datum

Unterschrift

frontal, Meckenheimer Allee 152, 5300 Bonn DG

kannt wurde. Dort wird der totale Atomkrieg als „unrealistisch und unwahrscheinlich“ bezeichnet, es müsse „davon ausgegangen werden, daß ein evtl. umkämpftes Gebiet wieder betretbar sein muß, um für eine Partei wieder nutzbar zu sein“. Gerechnet wird „nur“ mit A-Waffen im Kilotonnenbereich, wie in Hiroshima und Nagasaki: „Im Bereich der Randzonen wird eine mögliche Verletztenlage ärztliche Hilfsmaßnahmen zwingend erforderlich machen... Für diesen Fall muß ärztliche Hilfe qualifiziert vorbereitet sein.“

Nie zuvor war so deutlich geworden, worum es in den „katastrophenmedizinischen“ Planspielen ging. Für die „Begrenzung“ des Atomkriegs werden auch die beim Sanitätsausschuß reichlich vertretenen Ärztekammern indessen keine Garantie übernehmen.

Nachdem auch prominenten Sozialdemokraten die Brisanz des „Katastrophen-schutzes“ von der Friedensbewegung nachdrücklich klargemacht wurde und nachdem sich Mediziner mit langjährigem Einblick in die Zivilschutzplanung — wie Middelhaue und Linden, die beide zu den Erstunterzeichnern des Appells „Gesundheitswesen für den Frieden“ zählen — der Friedensbewegung angeschlossen hatten, zog die sozialliberale Koalition ihren Entwurf zum Gesundheitssicherstellungsgesetz im Juni 1982 zurück. Die CDU, die so gleich ein „Gesundheitsschutzgesetz“ erarbeiten ließ, verfolgt jetzt eine andere Strategie: Erst solle auf Landesebene für die nötige Infrastruktur gesorgt werden. „Wenn sich die erkennbaren Konturen des Katastrophenschutzes verdichtet haben“, so Dr. Nusche vom Familienministerium, soll es wieder an bundesweite Maßnahmen gehen.

Aber auch beim stillen „Konturenverdichten“ ist mittlerweile mit Widerstand zu rechnen. Als in einem Kasseler Krankenhaus von den Mitarbeitern verlangt wurde, sich für einen „Notfallausweis“ fotografieren zu lassen, kam Mißtrauen auf. Die alarmierte ÖTV stellte klar, daß für solche Ausweise noch gar keine gesetzliche Grundlage besteht — weiß aber von psychologischem Druck auf die Mitarbeiter zu berichten.

Schlechte Karten für Mobilmacher

Die Entwicklung, die die Friedensbewegung im Gesundheitswesen in diesem Jahr genommen hat, läßt für die Durchsetzung „katastrophenmedizinischer“ Infrastruktur nicht das Beste erwarten:

- In vielen Städten informierten Ärzte und Schwestern im weißen Kittel die Bevölkerung darüber, daß sie ihr im Kriegsfall nicht werden helfen können — unter reger Anteilnahme der Presse.
- „Gesundheitsinitiativen“ schließen wie Pilze aus dem Boden. Zu einem Treffen

der nordrhein-westfälischen Initiativen kamen Vertreter aus vierzehn Städten.

- In Mannheim erklärte die Personalversammlung des Heinrich-Lanz-Krankenhauses ihre Klinik symbolisch für „atomwaffentfrei“.
- Die Beschäftigten der Hamburger Uniklinik Eppendorf veranstalteten ein Friedensfest — auf dem Klinikgelände, was bei der Aversion gegen alles Politische auf Krankenhaushäusern einer Revolution gleichkommt.

Der Höhepunkt wird allerdings erst für den kommenden Herbst erwartet:

- Am 1. Oktober, einem Samstag, veranstalten die „Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs“ in der ganzen Welt einen Aktionstag. In Bonn wird eine „Demonstration aller Gesundheitsberufe“ stattfinden — in Berufskleidung.
- Plakatwände in größeren Städten werden eine japanische Graphik mit einem



Hiroshimaopfer und dem Spruch zeigen: „Wir werden euch nicht helfen können!“

- Am 19. Oktober werden in vielen Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen bundesweit Personalversammlungen zu den Themen Zivilschutz, „Katastrophenmedizin“, atomwaffenfreie Krankenhäuser stattfinden.
- Geplant sind fiktive Einberufungsaktionen als „Planungsübungen“ für Triage.
- Am 22. Oktober, dem Tag der großen Volksversammlungen für den Frieden in Bonn, Hamburg und Stuttgart, sind spezielle Foren für die medizinischen Berufe geplant.

Florence Nightingales Krankenschwestern standen 1864 im Kriegs Krankenhaus von Skutari so lange untätig herum, bis sie von den Ärzten Anweisungen erhielten.

Ihre Erben dagegen regen sich schon, bevor es wieder Lazarette gibt.

Halbgötter im grauen Kammgarn



Modernes Management liquidiert die alte Krankenhaushierarchie

Foto: dpa

Von Norbert Andersch

Im Krankenhaus wird heute gewirtschaftet wie bei der Elektroindustrie. Ans medizinische Ethos glauben nur noch die Mitarbeiter.

Norbert Andersch fordert: Schluß mit der Romantik!

Der Stationsalltag hat sich spürbar verändert. Die „kleinen Schritte“, die Veränderungen Zug um Zug fallen manchmal kaum auf, produzieren selten Gegenwehr. Und doch ist innerhalb weniger Jahre ein radikaler Wandel eingetreten.

Man steht oft hilflos und unbeteiligt daneben. Die Veränderungen produzieren oft als erstes Unbehagen, selten eine deutliche Unzufriedenheit. Vieles läuft hinter den Kulissen ab, auf anderen Ebenen, undurchsichtig. Manches erscheint zwangsläufig, unabwendbar. Solidarität unter den Betroffenen kommt oft nicht auf. Im Gegenteil: Man läßt den Ärger auf der Station, streitet mit den Kollegen:

„Das Klima hier ist schlechter geworden. Früher war das familiär. Das waren auch noch andere Kollegen. Man kannte die Leute noch persönlich. Der Chefarzt kam rum und gab einem die Hand. Die Ärzte hatten noch was zu sagen. Heute alles so eine Hetze. Ein dauerndes Hin und Her. Dauernd neue Leute. Auch im Pflegedienst. Die jungen Ärzte dürfen nichts mehr. Man weiß kaum noch, an wen man sich halten soll. Die Putzfrau unserer Station, die kannte ich früher persönlich. Die ist weg. Heute sind es Fremde. Eine fremde Firma. Auch nicht mehr so sauber. Dann der Transportdienst. Früher liefen wir selber. Das ging auch.

Heute alles Zettel und Anforderungen. Zum Reden kommst du nicht mehr. Wir sind noch gut fürs Bettenmachen, die Spritzen und die Scheiße Abwischen. Früher war mehr Zusammenhalt. Wir kannten uns alle. Da gab es Krach, wenn eine versetzt wurde. Heute macht die Pflegeleitung, was sie will. Viele gehen ihrer Wege. Machen auf privat. Ich trag' mich auch damit aufzuhören. Man kommt ja nicht mehr mit. Ich bin auch nicht mehr die Jüngste...

Die Aussage der Stationsschwester ist authentisch. Wer hat diese Sätze in den letzten Jahren nicht schon so gehört?

Die Veränderungen auf der Station sind oft weniger das Ergebnis der dort handelnden Personen als vielmehr ein Spiegel der radikalen strukturellen und ökonomischen Veränderungen im Krankenhaus in den letzten Jahren:

1. Das Krankenhaus wird industrialisiert. Arbeitszeit, Arbeitsmethoden und dabei der Umgang mit Patienten wie Mitarbeitern werden einer „industriellen“ Arbeitsweise angeglichen.
2. Die medizinische Leitung wird durch ökonomisches und technisches Management und geschulte Personalführung ersetzt. Die Arbeitsleistungen werden quantifiziert und im ärztlichen, pflegerischen und technischen Bereich zentral gesteuert.
3. Der Arzt als „Selbständiger“ oder „freier Beruf“ existiert am Krankenhaus (und demnächst in der „freien“ Praxis auch) nicht mehr. Ärzte werden zu „Lohnarbeitern“. Die Chefärzte von „Halbgöttern in Weiß“ zu gutdotierten, austauschbaren „leitenden Kadern“. Assistenzärzte zu abhängig Beschäftigten ohne irgendwelche Privilegien, die in Zukunft Schichtarbeit verrichten und in großer Zahl arbeitslos werden.
4. Ein medizinisch-industrieller Komplex erkämpft sich die Kontrolle über den gesamten „medizinischen Markt“. Er zwingt die Krankenhäuser (wie auch die niedergelassenen Ärzte) in die direkte oder mittelbare Abhängigkeit — oder in den finanziellen Ruin. Die bisherigen privaten „Leistungsanbieter“ (u. a. Konzerne des Geräte- und Dienstleistungsbereichs) werden zunehmend zu Teil- oder *Vollbetreibern* von Krankenhäusern. Deren „Selbständigkeit“ als kleine oder größere mittelständische Betriebe (gleich ob in kommunaler, staatlicher oder kirchlicher Trägerschaft) geht völlig verloren. Im Krankenhausbereich setzt ein industrieller Konkurrenz-

und Konzentrationsprozeß ein.

5. Die Betroffenen haben diese radikalen Veränderungen bislang praktisch nicht zur Kenntnis genommen. Gegen diese Entwicklung existiert bei den Organisationen (Gewerkschaften, Kassen) bislang kein Konzept der Gegenwehr. Organisationsstruktur und gewerkschaftliches Handeln orientieren sich im Krankenhaus immer noch am Bild der „Sozialeinrichtung“.

Es ist erstaunlich, wie viele Betroffene immer noch glauben, daß ein medizinischer Markt, der 12,5 Prozent des Bruttosozialprodukts umschlägt, der massiv expandiert und auf den pro Jahr mehr als 150 Milliarden Mark zur Verteilung kommen, nach „sozialen Gesichtspunkten“ betrieben würde, obwohl er ausschließlich dem kapitalistischen Konkurrenz- und Konzentrationsprozeß unterliegt. Es bleibt schleierhaft, was immer noch die Mehrzahl der Ärzte glauben läßt, daß sie nicht (wie alle anderen „freien“ Berufe vor ihnen) den Weg in die direkte Lohnabhängigkeit mit allen ihren Folgen gehen würde.

Das „andere“ Krankenhaus

Das Krankenhaus, das in unserer (Wunsch-) Vorstellung noch immer munter lebt, ist tot. Oder aber dabei, seinen Geist aufzugeben. Kranke spielen in der Betriebsorganisation vieler Häuser nur insofern eine Rolle, als sie das teure Gut sind, mit dessen Hilfe den Krankenkassen möglichst hohe Tagessätze entlockt werden. Viele Krankenhäuser sind praktisch Industriebetriebe geworden, in einem Maße, das uns unvorstellbar erscheint. Ihre Führung liegt bei Verwaltungs- und Managementspezialisten. Die Personalstruktur ist Ergebnis professioneller Rationalisierungsuntersuchungen. Die Krankenhausleitung wurde den Medizinern vollkommen entzogen. Stück für Stück werden krankenhauseigene Betriebsteile ausgelagert und privatisiert. Hauseigene, oft jahrelang Beschäftigte werden entlassen und durch Zeit- und Leasing-Personal der neuen Betreiber eingesetzt.

Ein medizinisch-industrieller Komplex hat sich fast unbemerkt vor der Öffentlichkeit riesigen Einfluß verschafft. Großkonzerne sind oft nicht mehr nur Anbieter, sondern die Betreiber großer Teile des Krankenhauses. Sie haben sich neben Einrichtungs- und Medizintechnik vorwiegend auf krankenhausspezifische „Dienstleistungen“ eingestellt:

- Einrichtungen und Einrichtungsgegenstände,
- Apparatetechnik: Betreuung und Service,
- technischer Versorgungsbedarf,
- Computernutzung für Medizin und Verwaltung,
- Krankenhaustextilien und Textil-Reinigungstechnik,
- Großkochenanlagen, Kantinen und Verkaufsbetrieb,
- Nahrungsherstellung mit Speise- und Diätbereitung,
- Reinigungs- und Putzdienste,
- Personalführungssysteme und Betriebsmanagement,
- krankenhausspezifische Rationalisierungsuntersuchungen und Quantifizierung von Arbeitstätigkeiten.

Führend sind hierbei Tochterunternehmen der großen Elektro- und Elektronikkonzerne (Siemens, Philips, Brown & Boveri), aber vor allem auch Tochterunternehmen amerikanischer „Krankenhauskonzerne“, die zunehmend dazu übergehen, in bestimmten Bereichen (z. Zt. zum Beispiel in der Suchttherapie) ganze Krankenhäuser aufzukaufen und — vom Technischen Direktor bis zur Putzfrau — zu betreiben.

Das Ende des „freien“ Arztes

Jetzt *endgültig* gehen auch die Ärzte den Weg aller „freien“ Berufe: den in die Lohnabhängigkeit. So manche Sonderklausel oder das ein oder andere finanzielle Privileg können nicht darüber hinwegtäuschen: Ärzte sind in Funktion und Arbeit austauschbar. Den „Chefärzten“ wurde die Krankenhausleitung entzogen, Zeitverträge mindern ihren Einfluß. Mitsprache bei Personal- und Geräteausstattung ihrer Abteilungen sind eingeschränkt. Entlassungen und Einstellungen regelt federführend die Verwaltung. Selbst die Zeugnisse der Assistenzärzte müssen dem technischen Direktor vorgelegt werden.

Die Chefärzte bewegen sich nach wie vor gut dotiert und (in Erkenntnis ihres schwindenden Einflusses besonders) gewichtig über Flure und Stationen. Aber sie sind austauschbar geworden wie die Frau an der Pforte.

Die „neuen“ Assistenzärzte kommen schon mit einem blauen Auge im Krankenhaus an: gerade noch der früher undenkbar Arbeitslosigkeit entronnen, stellen sie keinerlei Bedingungen mehr. Jede Stelle wird genommen. Weniger Respekt er-



heischend (wie noch vor fünf bis zehn Jahren) als mittelebendig, geben sie im Zwiespalt zwischen „examinierter Fachautorität“ und praxisfernem Halbarzt nicht die beste Figur ab. Früher ließ sich mit Aussicht auf eine gut dotierte Niederlassung der Alltag in abhängiger Position als Übergangsphase leichter verkraften. Heute ist man froh, überhaupt einen Arbeitsplatz zu haben. Auch die „selbständige“ Zukunft ist mehr ein Alptraum zwischen drohendem Bankrott und drückender Abhängigkeit von Geräte- oder Leasingfirmen.

Trotz alledem fällt es den Ärzten schwer, sich mit der Lohnabhängigkeit als Lebensperspektive abzufinden. Man genießt lieber noch die Reste abbröckelnder Autorität und träumt in Wolkenkuckuckshaus der „Unabhängigkeit“: konservativere Kollegen von der „funktionsgerechten“ Praxis (wie früher die Hausfrau von der Einbauküche) und „linke“ vom Gemeinschafts-„Projekt“, womöglich irgendwo im Grünen.

Pflege- und Krankenhauspersonal machen es ärztlicher „Traumfliegerei“ ziemlich leicht. Auch sie halten lieber an der alten Hierarchie fest. Neue Verhältnisse werden erstmal mit Mißtrauen beäugt. Es fällt schwerer, mit unsicheren, selbstzweifeln Ärzten umzugehen als mit den selbsternannten Autoritäten von damals. Das Hin- und Herfallen vieler PJler zwischen ärztlicher Arroganz, Hilflosigkeit und dem Pseudoradikalismus entwurzelter „Freiberufler“ verunsichert so manche Pflegekraft. Die Schwestern und Pfleger haben ihre Einstellung noch nicht gefunden, und es bereitet ihnen ernste Schwierigkeiten, ihre Stationsärzte jetzt auf einmal in die Solidargemeinschaft der Lohnabhängigen Arbeitnehmer aufnehmen zu müssen.

Die Opfer reagieren nicht

Die Reaktion der Betroffenen entspricht in keiner Weise den abgelaufenen Veränderungen. So herrscht bei den Ärzten nach wie vor die „freiberufliche Perspektive“ vor. Das heißt, daß sie sich *nicht* auf ihre zukünftige Situation als Lohnabhängige einstellen und um eine Sicherung ihrer abhängigen Position im betrieblichen Alltag kämpfen. Betriebliche Gewerkschaftsarbeit wird entweder gar nicht oder oft genug unkontinuierlich und pseudoradikal betrieben. Auch die übrigen Betriebsangehörigen sehen Ärzte in jeder Hinsicht als unsichere Kandidaten an. Oft genug haben sie mit ihrer intellektuellen Redegewandtheit

Betriebsgruppen nicht zu Foren von Krankenhauspolitik werden lassen, sondern ihnen die eigene Problematik entwurzelter Freiberufler aufgestülpt.

Sind auch die alten Hierarchien objektiv längst zerstört, so leben sie — stations- und abteilungsintern — in den Köpfen der Beteiligten weiter. Sehr zu ihrem eigenen Nachteil.

Gerade gegen die Entpersonalisierung und Anonymität der industrialisierten Krankenhäuser versuchen viele ein „persönliches Klima“ zu erhalten — was allerdings oft genug die Betroffenen als erstes daran hindert, gewerkschaftliche Strukturen einzuführen, wie sie der Arbeitsorganisation ihres Krankenhauses entsprechen würde.

Statt dessen bindet eine seltsame alte Loyalität viele, auch „linke“ Seelen an ihre Chefs und Abteilungsleiter. Mittelständisches Gedankengut („unsere Station“, „unsere Abteilung“, „bei uns konnte noch immer alles geregelt werden“) hält sich bei den Beschäftigten hartnäckig, obwohl auf der Unternehmensebene längst der letzte Rest mittelständischer Krankenhausesistenz hinweggefegt wurde. Oft merken es erst viele Mitarbeiter erst, wenn sie — trotz dreißigjähriger Betriebszugehörigkeit — die Entlassung in der Hand halten, daß die eigene Loyalität nicht mehr mit einer (hin und wieder früher üblichen) Fürsorgepflicht seitens des Arbeitgebers vergolten wird. Bei Krankenhäusern, die in private Hände übergehen, sind alle Rechte des Personals eh nicht mehr das Papier wert, auf das sie geschrieben wurden.

Auch die Gewerkschaften (hier: ÖTV) haben sich in keiner Weise auf diese radikalen Änderungen eingestellt. Die hohe Fluktuation von Krankenhauspersonal, die starke Stellung privater und kirchlicher Anstalten sowie die Marotte von „linken“ Mitarbeitern, nicht vor Ort zu kämpfen, sondern sich ihre progressive Lieblingsklinik zu suchen, hat dazu geführt, daß viele Personalvertretungen eher mit der Betriebsleitung als mit opponierenden Kräften gemeinsame Sache machen.

Nach wie vor herrscht — auf Gewerkschaftsseite eine gemütliche Gangart vor, bei der sich vorzugsweise „im Gespräch alles regeln“ läßt. Der Normalfall der Aktionsform ist das langsame Reagieren, das gemäßigte Appellieren. Hintergrund hierfür ist nicht nur schlechte Betriebsarbeit, sondern auch faktisch fehlende Anleitung durch die Kreisorganisation und eine Ge-

NORDRHEIN-WESTFALEN Letztes kommunales Krankenhaus im Erftkreis privatisiert

werkschaftsleitung, die den radikalen Wandel im Krankenhaus bis heute in seinen Auswirkungen nicht begriffen hat.

„Auf Station“ führte dies auch zur Individualisierung. Zu „persönlicher“ Streßbewältigung. Zur Entsolidarisierung. Zum Meckern im Verborgenen. Zum Preisgeben von Konzepten und Idealen. Zu Resignation und Zynismus. Zu vermehrter Orientierung auf die Freizeit und Suchen von Nischen zur persönlichen Lebensgestaltung. Zur Schuldzuweisung unter Kollegen. Dazu, daß man sich selbst für schlecht und unfähig hält.

Es ist Zeit, daß wir umdenken. Krankenhausträger und -eigner haben die Skrupel *nicht*, die wir haben. Alte Hierarchien und scheinbar gesetzmäßige Strukturen haben sie *nicht* daran gehindert, Profitorientierung und Ökonomisierung an die allerste Stelle zu setzen — vor menschliche Erwägungen.

Das Krankenhaus unserer Vorstellung existiert nicht mehr. Wir müssen uns auf ungeliebte Realitäten einstellen, und mit uns müssen das unsere Gewerkschaften. Industrielle Arbeitsweise verlangt industrielle Organisation und kontinuierliche Betriebsarbeit. Entscheidend ist, in welchem Maße wir Einfluß auf die skizzierten Prozesse gewinnen, die wir bislang nur ungenügend beobachtet haben. Nicht ein „Zurückdrehen“ der Krankenhausentwicklung, nicht der Erhalt der angeblich „freien“ Berufe (z. B. Arzt) und auch nicht die Begrifflichkeit von der Sozialeinrichtung, sondern *die Form der Krankenhausorganisation* erbringt Humanität oder verhindert sie.

Die Zeit, in der man kündigen konnte, um sich „sein“ Krankenhaus zu suchen, ist eh vorbei. Es gilt an Ort und Stelle für das „bessere“ Krankenhaus zu kämpfen. Eine solche Einstellung könnte auch wieder ein solidarisches Stationsklima entstehen lassen: zwischen den Beschäftigten des Krankenhauses und denen, die in Abhängigkeit von Krankenhaus- und Dienstleistungskonzernen arbeiten und ausgebeutet werden. ■



Patienten haben keinen Mieterschutz

Ein Berliner Sanatorium wird verkauft. Besonders die Patienten

Das Berliner Sanatorium Birkenhaag wird an eine Baugesellschaft verkauft. Die Patienten haben sich dort meist auf Lebenszeit eingemietet. Der CDU-Senat hat nichts gegen das Geschäft.

Im Sanatorium Birkenhaag, seit über 80 Jahren im Familienbesitz, gibt es 170 Patienten und 150 Beschäftigte. Das Krankenhaus versorgt chronisch Kranke, viele sind alt, haben ihre Angehörigen in der Nähe und sind schon lange da.

Die Besitzerin ist selbst alt und ohne Erben. Sie sollte Verständnis für alte Menschen haben.

Im Bettenbedarfsplan des Senats war diese Privatklinik für 1 990 mit 160 Betten vorgesehen. Der Senat legt Wert darauf, daß es auch in Zukunft Privatkliniken gibt.

Der CDU-Senat besonders, denn private und kleinere Krankenhäuser sind ja persönlicher und humaner.

Und „wirtschaftlicher“ auch.

So richtig wirtschaftlich werden sie, wenn sie verkauft werden.

Am 14.06.1983 erfuhr der Senat auf Anfrage, daß das Krankenhaus zum 30.09.1983 geschlossen werden soll, weil das Grundstück an eine westdeutsche Baugesellschaft verkauft ist.

„Die Vertreter der Gesundheitsverwaltung ... nahmen mit Befremden zur Kenntnis, daß konkrete Vorbereitungen für die weitere Versorgung der rund 170 Chronischkranken ... bisher nicht getroffen wurden.“

Das meldete der Gesundheitssenator am 24.06.1983. (1)

CDU-Politiker aus dem Bezirk Tempelhof hatten schon im Februar von Verkaufsabsichten gewußt. (2)

Dies Befremden ist reichlich naiv.

Denn der Senator will gar nicht besser informiert sein oder mehr tun können. Er plant ein Krankenhausgesetz, das die Richtlinien für Bedarfsplanung und die Pflicht der Krankenhäuser, die Behörden zu informieren, total verwässert. Und das den Spielraum für Privatkliniken erheblich vergrößert. (3)

Die Patienten haben keinen Mieterschutz.

Sie hatten sich — oft für den Rest ihres Lebens — der Pflege in einem Krankenhaus für chronisch Kranke anvertraut. Der Besitzer des Krankenhauses kann sie abschieben wenn er das Grundstück verkaufen will.



Auch eine Verlegung kann ein folgenreicher Eingriff sein. Die Verlegung dieser Patienten hat keinen medizinischen Grund. Sie ist nur wirtschaftlich motiviert. Sie ist ein Skandal. Wir kennen in der Altersmedizin die Begriffe des „Verlegungsschocks“ und der „Verlegungsterblichkeit“, die in sorgfältigen statistischen Untersuchungen feststellbar sind. Aber kein Staatsanwalt kann im Einzelfall beweisen, daß es ein erzwungener medizinisch sinnvoller Umgebungswechsel war, der einem alten Menschen den Rest gegeben hat.

Die AL wollte wissen, ob und wie der Senat sich bemüht hat, das Krankenhaus zu erhalten.

„Der Senat hat keine rechtlichen Einwirkungsmöglichkeiten darauf, mit welchen Firmen oder Einrichtungen die Konzessionärin eines privaten Krankenhauses über den Verkauf ihres Grundstückes verhandelt und welche Nutzung der Erwerber anstrebt.“ So die Antwort. (4)

Dabei gäbe es andere Einwirkungsmöglichkeiten.

Man könnte etwa eine Baugenehmigung versagen. Denn wenn an dem Grundstück nichts zu verdienen wäre, könnte das Krankenhaus bleiben, zumal es keine roten Zahlen schreibt.

Ein Interessent wäre auch dagewesen.

Die Caritas wollte dort bauen und die Klinik erhalten.

Das hätte für die Patienten besser sein können als die Verlegungsaktion, die bald anrollen muß.

Aber die Caritas bekam keine Baugenehmigung. (5)

Die westdeutsche Firma wird eine Baugenehmigung kriegen.

Sonst hätte sie kaum das Grundstück gekauft.

Der Senat fühlt sich nicht berufen, private Geschäfte zu verderben. In diesem Fall hätte er das Geschäft verhindern müssen, weil es die Menschenwürde der Kranken grob verletzt.

Wir wollen nicht einäugig sein:

Es gibt Privatkliniken, die gute Krankenpflege machen.

Und auch in städtischen oder kirchlichen Krankenhäusern ist es mit der Menschenwürde der Kranken oft nicht gut bestellt, aber mit dem Einkommen der Chefarzte und der privaten Firmen um so besser.

Für alle Probleme, von der Kostenexplosion bis zur Menschlichkeit im Krankenhaus, kennen unsere Gesundheitspolitiker ein Allheilmittel:

Noch mehr kaufmännisches Denken und noch mehr Privatisierung.

Das ist pure Ideologie. Sie nützt den Patienten nichts, sondern nur denen, die Geschäfte mit der Krankheit machen wollen. Dafür ist das Schicksal des Birkenhaag nur ein Beispiel.

Ernst Hermann Dittrich

(1) Landespressedienst vom 24.06.1983

(2) ölv-Flugblatt Ende Juni 1983

(3) Antrag der CDU zur Änderung des Landeskrankenhausgesetzes vom 04.02.1983

(4) Landespressedienst vom 11.07.1983

(5) Mitteilung des Betriebsrats Sanatorium Birkenhaag vom 23.06.1983



Foto: dpa

Mit Rosenkranz und Peitsche

Als Assistenzarzt bei den Nonnen

Von Gerhard Sudermann

Das griechische Wort „Hierarchie“ bedeutet „Herrschaft der Heiligen“. Wie solche Herrschaft funktioniert, wird täglich in katholischen Krankenhäusern vorgeführt — mit unheiligen Methoden.

Ich erinnere mich noch ganz deutlich an den Tag vor ungefähr fünf Jahren, als mein künftiger Chef nach dem „erfolgreichen“ Einstellungsgespräch scheinbar beiläufig sagte, als sei es ihm etwas unangenehm, ich möchte mich der Form halber noch bei der Oberin vorstellen, denn sie sei es, die letztendlich über meine Einstellung entscheiden würde. Erst später sollte mir auf-

gehen, wer eigentlich „Herr“ im (kirchlichen) Hause ist. Gut die Hälfte der soeben vom Chefarzt so gut wie eingestellten Assistenzärzte wurden postwendend von der Oberin wieder „ausgestellt“, weil sie den „Anforderungen“ des Trägers nicht genügten.

Das wußte ich aber zum damaligen Zeitpunkt noch nicht, so daß ich fast unbefangen zum Büro der Oberin marschierte. Ich wurde in ein kleines, bis auf zwei Stühle, einen Tisch, ein Waschbecken mit Spiegel und ein Kreuz an der kahlen Wand leeres Zimmer geführt, wo man mir bedeutete, einige wenige Minuten zu warten. Aus den einigen Minuten wurden schließlich zwanzig. Später hörte ich, daß das Warten System hatte, um die Leute für das folgende „Verhör“ müde zu machen. Dem Gerücht, daß der Spiegel einseitig durchsichtig war, um die Leute einige Zeit beobachten zu können, mochte ich jedoch keinen Glauben schenken. Das „Verhör“ dauerte schließlich zwei Stunden. Besonders unan-

genehm in Erinnerung bleibt mir dieses Gespräch auch wegen einer Eigenart der meisten Nonnen, die ich später richtig hatte, sich beim Sprechen unaufhörlich die Hände zu reiben bzw. diese zu falten. Die Unverschämtheit, mit der sie mit unschuldig lächelndem Gesicht ein Grundrecht nach dem anderen verletzte, weckt in mir die notwendige innere Empörung, ebenso lächelnd gelassen ihre Fragen zu parieren, bzw. zu neutralisieren. Da tauchte die Frage nach meiner Einstellung zur Abtreibung, Sterbehilfe und Religion auf ebenso wie die nach Gewerkschaftszugehörigkeit, Zugehörigkeit zu einer „Roten Zelle“. Da wurden meine Familienverhältnisse genauestens durchleuchtet — Eltern und Geschwister eingeschlossen, — was mich lebhaft an die Sippenhaft im Nationalsozialismus erinnerte. Wie alle Einrichtungen der Caritas „diene“ auch „mein“ Krankenhaus dem gemeinsamen Werk christlicher Nächstenliebe, alle Mitarbeiter bildeten eine Dienstgemeinschaft, wurde ich aufge-

klärt. Das gesamte Verhalten in und außer Dienst müsse der Verantwortung entsprechen, die ich nun als Mitarbeiter übernommen hätte, wurde mir mit auf den Weg gegeben. Damals dachte ich, was interessiert mich dieser Quatsch, ich will hier doch nur arbeiten und etwas lernen und laß sie nur reden, ich mache doch, was ich will. Daß es anders war, lernte ich rasch und schmerzlich.

Es begann schon auf der Station. Was lief oder auch nicht laufen sollte, bestimmte weder ich noch der Chef, sondern lag in der Allgewalt der allgegenwärtigen Stationschwester, der einzigen Nonne auf der Station. Wollte ich eine gemeinsame Stationsbesprechung über die Probleme der Station und der Patienten einführen, wurde das von der Nonne direkt unterbunden. Man könne sie ja fragen. Auch ein gemeinsames Frühstück war unmöglich. „Fürsorglich“ wurde der Kaffee von der Nonne selbst ins Arztzimmer gebracht, wo wir beiden Stationsärzte dann eben allein schmoren konnten. Schwesternschülerinnen mit auf die Visite zu nehmen, war nicht erwünscht, denn diese waren ja zum Arbeiten (Töpfe leeren, Mull schneiden, Essen austellen etc.) da, wie die Nonne zu sagen pflegte. Auf den Aufbau bzw. Erhalt einer strengen hierarchischen Ordnung wurde größter Wert gelegt.

Erleichtert wurde dieses Unterfangen noch dadurch, daß als Schwesternschülerinnen fast durchweg Mädchen aus der Umgebung des in der Eifel gelegenen Mutterklosters genommen wurden. So konnte und wurde über den Umweg der Eltern noch zusätzlich Druck und Kontrolle auf die Schülerinnen ausgeübt. Die weit verbreitete „naive“ Autoritätsgläubigkeit der Schülerinnen brachte mich später dann auch in große Schwierigkeiten, als schließlich nach fünfzig Jahren auf unser Betreiben hin zum ersten Mal eine Mitarbeitervertretung gewählt werden sollte. Ich hatte unter die Einladung der ÖTV-Betriebsgruppe zur Vorbereitung dieser Wahlen meinen Namen gesetzt (was man niemals tun sollte, da gehört der Name des zuständigen

Gewerkschaftssekretärs hin!) und diese auch an einige als vertrauenswürdig bzw. verschwiegene eingeschätzte Schwesternschülerinnen geschickt. Mich traf fast der Schlag, als ich hörte, daß einige der Schwesternschülerinnen mit diesem Schreiben zur ordensschwesterlichen Schulschwester gegangen waren, um diese zu fragen, ob sie (wohlgemerkt in ihrer Freizeit!) zu dieser Versammlung gehen dürften. So wurden dann bei der Wahl die Schülerinnen, angeführt von der Schulschwester, unter Begleitschutz weiterer Nonnen geschlossen ins Wahllokal geführt und stimmten entsprechend ab.

Wie sollten sich dann auch die Schülerinnen wehren, wenn sie praktisch kaserniert unter Aufsicht der Nonnen im Schwesternheim wohnen und ihr ganzes persönliches Umfeld (Freund, Ausgang, Zeitschriften etc.) kontrolliert wird? In dieser Umgebung wird dann auch möglich, daß Schülerinnen, die in den Zwischenprüfungen nur bei „ausreichend“ lagen, gezwungen wurden, ihr Ausbildungsverhältnis „freiwillig“ vor Abschluß der Ausbildung zu beenden. Nur eine der betroffenen Schülerinnen hatte es in den ganzen letzten Jahren gewagt, dagegen anzugehen und hatte mit ÖTV-Hilfe dagegen erfolgreich geklagt. Der Rest der Ausbildung war nicht angenehm, was man sich denken konnte, aber sie hielt durch.

Im allgemeinen zeichnen sich die katholischen Krankenhäuser dadurch aus, daß sie mit einem Minimum an examinierten Arbeitskräften auskommen und stattdessen „billige“ Arbeitskräfte wie Schülerinnen, Krankenschwesternhelferinnen etc. einsetzen. Das Motto „bete und arbeite“ müßte eigentlich ersetzt werden durch „spare und arbeite“. Agitierte die Kirche vehement gegen die Abtreibung auf Krankenschein, so fand die in der Öffentlichkeit propagierte Familienfreundlichkeit bei den eigenen weltlichen Mitarbeitern ein jähes Ende. So fanden zwar im Krankenhaus Unterschriftensammlungen gegen die Abtreibung statt, dementsprechende Flugblätter klebten in allen Durchgangstüren, Nonnen

halfen älteren Patienten beim Ausfüllen der Wahlzettel, aber wehe, es wurde eine der Mitarbeiterinnen schwanger. Viele wurden einem ständigen Druck ausgesetzt, von sich aus zu kündigen, was leider auch viele wunschgemäß taten. Hausarbeitstage, wir haben wohl nicht richtig gehört! Kind krank zu Hause, wozu hat man Eltern! Krankenhauskindergarten, längst zugemacht! Krank werden, nein danke! Es wurde rechtswidrig Mitarbeitern gekündigt, die nun schon zum zweiten Male in neun (!) Jahren krank wurden, ohne Rücksicht auf die familiären Verhältnisse. Es wurden ausländische Krankenschwestern (z. B. von den Philippinen) beschäftigt mit untertariflichen Verträgen, die immer nur befristet waren. Diesen wurde ständig gedroht, die Verträge nicht zu verlängern, bzw. sie abzuschließen. Das meist ausländische Küchenpersonal war ebenfalls weit untertariflich bezahlt. Als diese einen höheren Lohn haben wollten, wurden sieben von ihnen entlassen, und es gab eine Zeitlang aufgewärmte Tiefkühlkost. Diese Liste ließe sich beliebig verlängern.

In den letzten zwei Jahren ist der Druck auf die Mitarbeiter in kirchlichen Einrichtungen wohl aufgrund der gestiegenen Arbeitslosigkeit und der verstärkten Konkurrenz um die Arbeitsplätze spürbar gewachsen. Privatdetekteien haben Hochkonjunktur. Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser, lautet die heutige Devise der Kirche. So wurde jetzt einer Sekretärin gekündigt, die vor 14 Jahren geschieden worden war.

Ich möchte aber diesen Bericht nicht beschließen, ohne einige Anmerkungen zu machen. Ich bin nicht grundsätzlich antikirchlich eingestellt, empfinde es jedoch als einen Skandal, daß der demokratische Sektor an den bzw. sogar vor den Türen der kirchlichen Einrichtungen endet. Diese werden zudem zu allergrößten Teil von der Allgemeinheit bezahlt. Da wäre die Gewerkschaft stärker gefordert, ideenreich Aktionsformen zu entwickeln, um diese Bereiche zu demokratisieren. Das Betriebsverfassungsgesetz hat auch in der Kirche zu gelten. ●



Atomkrieg und Dritte Welt ...

... heißt unser Schwerpunkt im heißen Herbst der Friedensbewegung. Wir beleuchten das Friedenthema aus der Sicht der Dritten Welt.

Z. B. in AIB 7-8/83: Mittelstreckenraketen und Dritte Welt – ein Streitgespräch ● Die Schnelle Eingreiftruppe – Eckpfeiler im Atomkriegsplan Washingtons ● Wer plant den biologischen Krieg? ● Kriegsschauplätze der Dritten Welt: Südliches Afrika, Libanon, Mittelamerika ● Die neue Friedensbewegung in Israel ●

Weitere in AIB 9-12/83 geplante Beiträge: Chemische Kriegsführung und US-Globalstrategie ● Die Folgen des Chemiekriegs am Beispiel Vietnam ● Verhinderte Friedenszone Indischer Ozean ● Raketen- und Stützpunktpolitik der USA in Ostasien: Japan, Korea, Philippinen

Einzelheft: 2,50; Doppelheft 4,50; Jahresabo 25,- DM; ab 10 Ex. 33 % Rabatt. Erhältlich im linken Buchhandel oder gegen Einsendung des Bestell-Coupons.

AIB Die Dritte-Welt-Zeitschrift
Liebigstr. 46, 3550 Marburg

Bestell-Coupon / Bitte einschicken!
Ich bestelle: ☐ ein kostenloses Probeexemplar;
☐ AIB Nr. _____; ☐ ein Jahresabo ab Nr. _____
Name: _____
Adresse: _____
Unterschrift: _____

Mythos und Management

Wie ergeht es dem Krankenpflegepersonal im modernen Krankenhaus?

Nur eineinhalb Jahre halten es Schwestern oder Pfleger nach dem Examen noch im Krankenhaus aus, und das nicht erst in den letzten Jahren. Allein diese Statistikzahl sollte Anlaß genug zum Nachdenken sein. Aus dem 'typischen Frauenjob', in dem an leitender Stelle, wenn nicht die Nonne, so doch wieder meist der Mann das Sagen hat, flüchten die meisten in Ehe und Familie. Einige steigen in alternative Projekte oder zum Entwicklungsdienst um. Von denen, die länger bleiben, fliehen viele auf ihre Art: in kaum einem anderen Beruf ist die Zahl von Medikamenten- und Alkoholabhängigen so groß, psychosomatische Erkrankungen und Selbsttötungsversuche sind häufig.

Charlotte Schefuß-Grün, Krankenschwester in Köln, hatte uns ihren Report im Mai zugesandt. Sie schrieb: „... drei größere Illustrierte waren bereit, ihn abzudrucken, aber nur sensationell aufpoliert. Mit dem Aufweisen von Einzelschicksalen schockt man jedoch nur kurzfristig“.

Annette Schwarzenau, lange Jahre Betriebsratsvorsitzende in einem größeren Berliner Krankenhaus und jetzt wieder im Schwesternjob tätig, vertritt eine völlig konträre Meinung: Sie bricht mit dem Mythos der immer hilfsbereiten, lieben Pflegerin, die im arbeitsteilig durchorganisierten Krankenhauskonzern von heute sowieso nicht mehr gefragt ist. Heinrich Recken, Unterrichtspfleger aus Solingen, schreibt zu seiner Situationsanalyse, daß wir „moralisch anklagende Artikel genug veröffentlicht“ hätten.

Wir freuen uns über diese Kontroverse. Wir finden, daß es höchste Zeit ist, diese Diskussion, die im Krankenhaus nur unter vier Augen und hinter verschlossener Tür geführt wird, endlich öffentlich zu machen.



Sensible Monteure in der Gesundheitsfabrik

Von Charlotte Schefuß-Grün

Enthumanisierung; Häuser, die mehr verwaltet als geleitet werden; Gesundheitsfabrik; Großunternehmen, in denen die Technik groteske Blüten treibt, der Kranke zur Seriennummer verkümmert; Pflegende, die nur noch Personalien und Karteien ausfüllen!

Wir haben Angst vor 'denen da oben'. Wer sagt schon öffentlich, daß wir mit diesen Gesundheitsfabriken auf dem falschen Weg sind? Um den Arbeitsplatz nicht zu gefährden, bleibt vor Mißständen die Tür zu.

Wir alle haben die Verantwortung, sind aber für die Anforderungen der Patienten nicht genügend ausgebildet.

Chronische Hilflosigkeit

Der Umgang mit Schwerstkranken, mit ihren unlöslichen psychischen Problemen erdrückt mich. Ich fühle mich meiner Hilflosigkeit ausgeliefert, wenn ich einen

Krebspatienten, einen Schlaganfallgelähmten mit aufwendigen Intensivmaßnahmen 'pflegen' muß. Therapeutische Mißerfolge werden automatisch als persönliche Unfähigkeit oder pflegerisches Fehlverhalten erlebt, und nach der berühmten Hackordnung sind wir zuerst den Vorwürfen ausgesetzt. Gewissenlos reagieren sich am schwächsten Glied der Kette, am Patienten ab. Was heißt hier 'Befriedigung im Beruf', wo doch kaum einer als 'geheilt' entlassen werden kann? Wir gehen eher dazu über, zu Tode zu pflegen.

Schwere Leiden müssen umso intensiver psychisch bewältigt werden. Wo ist die Intensivmedizin, die das leistet? Unzufriedenheit ist die Alltagsstimmung, Nörgeln, Gereiztheit und Angst. Heldische Leidensfähigkeit kenne ich nur aus Romanen. Der Selbstverlust der Kranken, ihr Unmut wird bei uns durch die Hintertür abgeladen und gipfelt in Vorwürfen über Lieblosigkeit und Nachlässigkeit. Auch über die Ärzte wird viel geschimpft, aber nicht vor ihnen, sondern vor uns. Noch immer ist der Arzt der Gott in Weiß, Mythos und heilende Allmacht.

Nicht nur die Hilflosigkeit wird bei den Kranken mit dem Griff zur Klingel kompensiert. Viele Ungeduldige verwechseln die Krankenhausklingel mit der Service-Schelle eines Grandhotels. Uns kann das zur Verzweiflung bringen, weil umso weniger in Ruhe getan werden kann. Klingeln ist nicht 'eingeplant'! Die Schelle sagt mir nicht, ob jemand in Erbrochenem liegt oder nur das Fenster mehr geschlossen haben will, ich muß sofort hin. Die anderen fühlen sich darüber 'vergessen', da sie nur sehen, was in ihrem Zimmer passiert.

Ich wundere mich oft, wieviel Geduld und

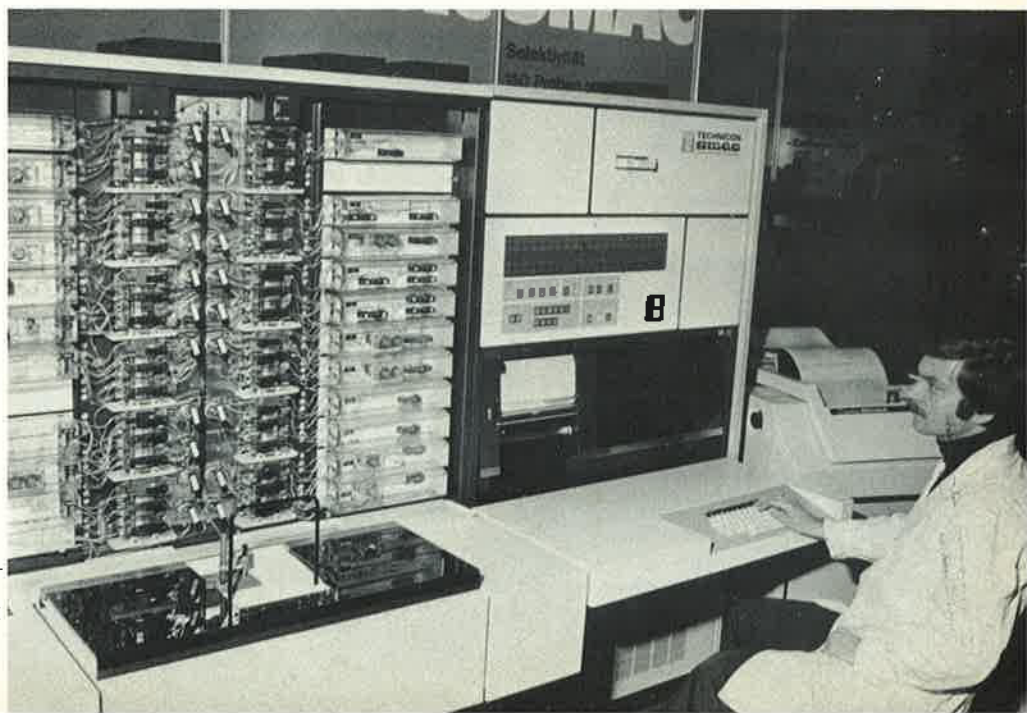


Foto: dpa

Langmut, wieviel aufmunternden Zuspruch wir trotzdem noch geben können. Aber wehe, wir dosieren falsch! Zuwendung wird als Abwendung vom anderen interpretiert und nicht selten gerächt. Oft fühle ich mich richtig mißbraucht.

Notfälle sind nicht selten. Da wird die normale Station im Handumdrehen zur Intensivstation. Alle sind eingespannt, keine Streicheleinheiten mehr — lieblos also? Oft geht es um Sekunden, aber die Streifungen halten noch Stunden an: Habe ich was übersehen? Lag der Ambubeutel griffbereit? Warum habe ich diese Ampullen nicht schnell genug gefunden?

Wir müssen heute eine Apparatur beherrschen, die einer Pilotenkanzel kaum nachsteht. Aber gleichzeitig sind wir korrekte Bürokratie, Kleinlaborantin, Psychomüllhalde, Putzfrau und Hilfsdoktor. Laufend werden neue Forschungsergebnisse, diagnostische und therapeutische Verfahren produziert, die auch noch untereinander konkurrieren. Die Belastungen multiplizieren sich. Der Arzt ist für diesen Teil verantwortlich, wir müssen, zum Teil wieder besseres Wissen, Entscheidungen ausführen. Der Pfad zwischen medizinischen Notwendigkeiten und ärztlicher Ethik wird immer verworrener. Zwischen arroganten Ehrgeizlingen, die sich in ständiger Rivalität das angeblich 'Neueste' subtil 'kollegial' um die Ohren hauen, stehen wir in permanentem Streß. Da hält kein noch so kluger Personalschlüssel stand. Zwischen surrenden Monitoren, Kabeln, Schläuchen, Sonden und Infusions-Tannenbäumen verbirgt der oft zur Schau getragene Galgenhumor, daß hier ein Mensch hinter den Maschinen verschwindet.

Die Arbeit macht uns kaputt

Der akute oder 'geplante' Personalmangel gefährdet unsere Gesundheit und beeinträchtigt auch darüber hinaus die Genesung der Patienten. Ich kenne viele Kolleginnen, die Angstneurosen haben, Angst, etwas zu vergessen, zu übersehen. Angst

ist gefährlich, Angst lähmt. Viele von uns haben Alpträume, Schlafstörungen, neurotische Attacken und Heulkrämpfe. Häufiger als in anderen Berufen wird Suizid versucht, in keinem Beruf ist die Medikamentenabhängigkeit größer, aber auch schwerer nachweisbar. Natürlich bekommen die Patienten davon einiges mit, und deren Gefühl, ausgeliefert zu sein, wird mit der Hetze der Schwestern nur größer.

Privatissime

Das es auch anders geht, zeigen die 'feudalistischen Standesrelikte', die Privatstationen. Fast immer sind sie personalintensiver besetzt, oft darf nicht vor sieben Uhr geweckt werden. Einzelzimmer, direkter Telefonkontakt zu Angehörigen statt demütigem Betteln um den Stationsapparat, Edelholzfurniere statt Metallrahmen, Naßzelle statt obstipationsförderndem Gemeinschaftsklo. Auch der erste 'Subclavia' wird nicht am Privaten geübt! Dabei liegen gerade dort die Leute, die in der Lage sind, sich gegen die Mißstände am besten zur Wehr zu setzen.

Was heißt hier Menschlichkeit

Wir tabuisieren den Tod und schieben die Sterbenden in die Kliniken ab. Aber Krankenhäuser sollen eine Insel der Humanität sein. Wir erhalten den Körper künstlich am Leben, bis alle sich vor ihm ekeln, bis wir uns mit Mitleid umdrehen. Mit einer seelenlosen Apparatur hindern wir am würdigen Sterben. Versuchte Selbsttötung wird mit Fixierung ans Bett beantwortet. Geht diese Entwicklung so weiter, können wir in Zukunft nach dem Ableben eines Angehörigen im Krankenhaus nur noch sagen: 'Unser Verwandter ist tot. Jetzt können wir endlich aufhören zu trauern!'

Dies soll kein Plädoyer für Sterbehilfe sein, sondern meine Bitte um mehr Nachdenklichkeit über das, was Menschlichkeit heißt. Erste Voraussetzung dafür ist aber eine Behebung der Personalnot, und zwar sofort. Die Gegenwart ist für unseren 'Sozialstaat' untragbar!



Ich habe das Gejammer satt

Von Annette Schwarzenau

Privatisierung der Wäscheversorgung, Automatisierung der Speiseversorgung, Privatisierung der Stationsreinigung, Waschtrucks zur Erledigung der Ganzkörperwäsche der Patienten, Zentraler Krankentransport, Zentralisierung des Hol- und Bringdienstes ...

Das sind die Schlagworte des modernen Krankenhausbetriebes — schon längst nicht mehr science fiction — sondern tägliche Wirklichkeit.

Da gibt es dann einige 'Betriebsunfälle', die beklagt werden — z. B. Lieferung von 100 Kopfkissenbezügen, dafür aber nur vier Nachthemden und fünf Stecklaken, z. B. täglich wechselnde Reinigungsfrauen ... aber im Großen und Ganzen hat sich das Krankenpflegepersonal mit diesen Maßnahmen nicht nur abgefunden, sondern begrüßt es nahezu, z. B. mit dem leidigen täglichen Waschen der Patienten nichts mehr zu tun zu haben, mit der Begleitung und damit gleichzeitig mit den oft problematischen Fragen der Patienten auf dem Weg zum OP nichts mehr zu tun zu haben und diese den Transportpflegern übergeben zu können.

Schreibarbeiten werden zum Selbstzweck — allenfalls finden verbale Ablehnungsmanöver statt, die Grundpflege wird sträflichst vernachlässigt und den Schülerinnen und Studenten übertragen, Pausen werden überzogen (es kommen ja wieder wilde Zeiten). Allenfalls das Verteilen der Medikamente, das Spritzen, die Assistenz bei Punktionen, Verbandwechsel u. ä. werden als qualifizierte berufsangemessene Tätigkeit empfunden.

Mir ist klar, daß ich mit dieser Aussage ein Tabu breche, das Tabu, die Krankenschwestern als in erster Linie hilfsbereite, zuwendungsbe-reite, engagierte, unter ständigem Zeitdruck stehende aufopferungswillige Personengruppe darzustellen. Diese Merkmale treffen aber in der Realität nur auf einen geringen Teil des Krankenpflegepersonals zu, und diese Kolleginnen und Kollegen verlassen meist nach kurzer Berufstätigkeit das Krankenhaus. Sie ertragen die Brutalität des Krankenhausalltags und die Ignoranz vieler ihrer Kolleginnen nicht mehr. Sie arbeiten dann in alternativen Projekten, gehen in den Entwicklungsdienst oder steigen völlig aus.

Ein kleiner Teil der wirklich engagierten Kolleginnen und Kollegen bleibt im Krankenhausbereich und versucht dort als Krankenschwester, Stationschwester, Pflegedienstleitung oder als Unterrichtschwester die Pflegestrukturen zu verbessern.

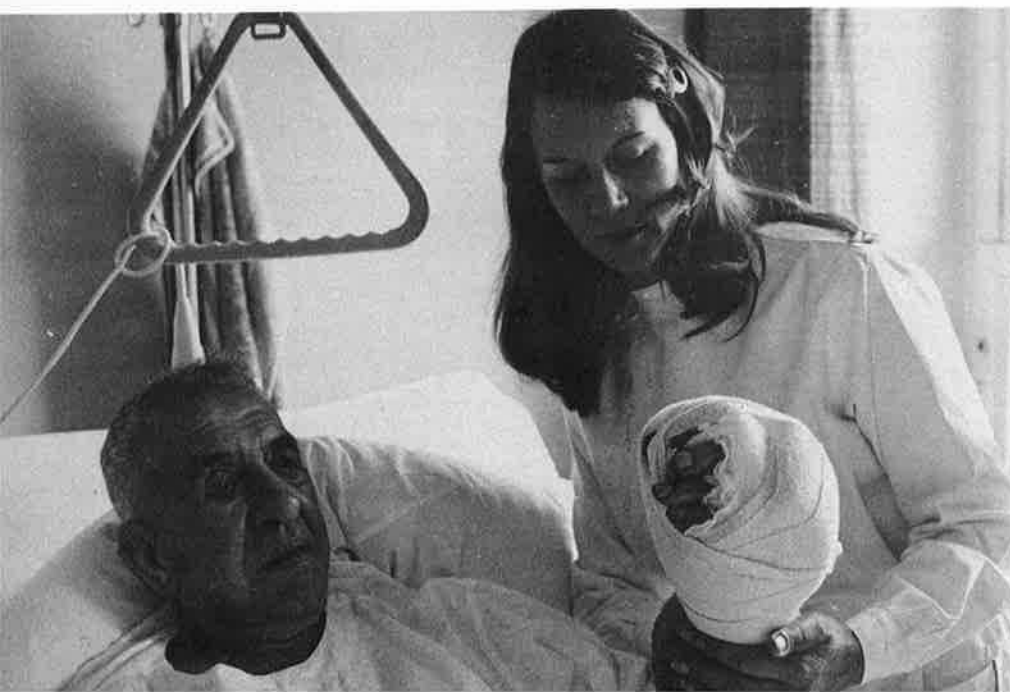


Foto: dpa

Sie müssen an zwei bis drei Fronten kämpfen:

1. Gegen eine Krankenhausgesetzgebung und Krankenhausleitung, die Rationalisierungen einzig und allein als Sparmaßnahme zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit (im Sinne von Billigmachen) versteht, ohne jede Rücksichtnahme auf die Qualität der Pflege.

2. Gegen viele Ärzte, die das Pflegepersonal in erster Linie als Erfüllungshilfe ihrer oft unreflektierten Diagnostik und Therapieeuphorie sehen.

3. Gegen eine große Anzahl der eigenen Berufskolleginnen, die sehr wenig Interesse an der Krankenpflege im Sinne einer helfenden und unterstützenden Tätigkeit haben und sich bereitwillig, wenn auch ständig stöhnend, den Anforderungen von Verwaltung und Ärzten unterwerfen.

Sicherlich ist schmerzhaft zu erkennen, daß die einfache Formel: „Schuld an allem ist die Regierung, die Krankenhausleitung, die Krankenkasse mit ihren unmenschlichen Gesetzen und Anordnungen. Weg mit den Sparmaßnahmen — für mehr Planstellen!“ allein nicht mehr ausreicht, sondern des Übels Wurzel viel tiefer liegt.

Wie sollen junge Frauen, die schon in der Schule und zu Hause gelernt haben, erst mal das eigene Fell zu retten, andere als Konkurrenten zu sehen, sich möglichst unauffällig zu verhalten, sich dem gesellschaftlich Stärkeren unterzuordnen und anzupassen, Arbeit als notwendiges Übel zu verstehen, wieso sollten solche Frauen im Krankenhaus *automatisch* andere Verhaltens- und Wertformen praktizieren?

Die pure Forderung nach mehr Personal statt Rationalisierung ist so lange Unsinn, wie nicht alle Kollegen und Kolleginnen des Krankenpflegebereiches darüber sprechen und sich darüber klar werden, welche Tätigkeit in welcher Arbeitsorganisation mit dem vermehrten Personal gemacht werden sollen.

Eine Politik, die sich darauf beschränkt, auf Initiativen der Gesetzgeber und Arbeitgeber mit mehr oder weniger großem Geheule zu reagieren und Strategien lediglich zur Abwehr vorzuschlagen, halte ich für unterentwickelt.

Dieses bisher sowohl von den Gewerkschaften als auch von vielen linken Initiativen propagierte und zum Teil praktizierte Politikverständnis beinhaltet mehrere Fehler:

1. Das Moment der Selbstbestimmungsmöglichkeit der Arbeit und damit der Beschäftigten wird total zurückgestellt, die Fremdbestimmung, das Moment des „Rädchen in einer Maschinerie sein“ wird indirekt bestätigt.

2. Es wird nicht von der realen Bewußtseinslage der Kolleginnen und Kollegen ausgegangen.

3. Es wird eine Stellvertreterpolitik gemacht, die eine Entwicklung und Erkenntnisprozesse der Kollegen verhindert, die Unselbständigkeit der Kollegen manifestiert, wenngleich kurzfristige Aktionen gestartet werden.

Um aus dieser Misere herauszukommen, müssen die Prioritäten in der Krankenhauspflegeaus- und Fortbildung verändert werden. Die Grundpflege mit den dazugehörigen Kenntnissen in Psychologie muß gegenüber der Behandlungspflege einen größeren Stellenwert bekommen. Ziel der Krankenpflege ist nicht in erster Linie Heilen, sondern Helfen.

Mit dem Bewußtsein, daß niemand anders für die Krankenpflege verantwortlich ist, als die Krankenschwestern und Pfleger (also nicht irgendwelchen dritten Schuldigen), muß das Krankenpflegepersonal Kenntnisse erwerben



über Pflegestrukturen und Organisation. In diesem Zusammenhang ist dann nicht jede Rationalisierung des Teufels, sondern kann positiv gewendet bedeuten: Mit einer gegebenen Zahl von Arbeitskräften und Mitteln eine möglichst große Leistung (im Sinne der Qualität) erzielen.

Auch unter den heutigen Macht- und Produktionsverhältnissen müssen die Beschäftigten die Initiative selbst ergreifen.

Das Krankenpflegepersonal kann und muß die Prioritäten der Pflege selbst bestimmen, kann und muß die Arbeitsabläufe selbst bestimmen und in der Auseinandersetzung mit anderen Beschäftigungsgruppen inhaltlich begründen und aufeinander abstimmen.

Wenn das Krankenpflegepersonal erkannt hat, wo die Priorität der Pflege liegt, dann ist die Verwirklichung eines Stufenplanes (siehe dg 5/81), in dem je nach Personalbesetzung eben nur das Wichtigste (und das ist in keinem Fall Teilnahme an der Visite oder ärztliche Assistenzleistung) getan wird.

Wenn das Krankenpflegepersonal erkannt hat, wo die Prioritäten der Pflege liegen, wird es keine Probleme haben, öffentlich die eigene Pflegequalität darzustellen, wie es in der Schweiz bereits praktiziert wird. Hier wird unterschieden in optimale Pflege, angemessene Pflege, sichere Pflege, gefährliche Pflege. (Siehe auch L. Juchli, Krankenpflege, 4. Auflage. Thieme)

Rationalisierungsmaßnahmen können m. E. auch ein Mittel sein, zu angemessener oder optimaler Pflege zu kommen. Die einseitige Verteufelung der Rationalisierung halte ich für verkehrt, es kommt immer darauf an, das Ziel zu benennen und im Auge zu behalten.

Ich denke, es ist höchste Zeit für das Krankenpflegepersonal, die Rolle des Opfers zu verlassen und Täter zu werden.

Nur so können Regierungen und Krankenhausleitungen unter Druck gestellt werden, nur so kann ein weiteres Verkommen der Krankenpflege verhindert werden.



Profis am Bett

Von Heinrich Recken

Die Krankenpflegeverbände rufen in harmonischer Eintracht nach Patientenorientierung und gleichzeitig nach Professionalisierung der Krankenpflege, ohne zu gemeinsamen Definitionen zu kommen. Vollerorts verkommt die „Professionalisierung“ zur Apparatzentrierung. Man/Frau kann profilhaft mit den Medizinmaschinen umgehen. Der Patient staunt ängstlich, wie krank er wohl sein mag, bei soviel Materialeinsatz? Die Profis arbeiten im Konfliktbereich „billig wirtschaften“ kontra „menschengerechte Pflege“, sind aber zu

schwach, patientenorientierte Pflege gegen die Verordnung: billig wirtschaften, durchzusetzen. Die Profis brauchen den Patienten, der unmündig, krank und angewiesen in ihnen den Macher entdeckt und ihnen dankbare Anerkennung zukommen läßt.

Ursula Schemhold schreibt in der „Tageszeitung“ zum Thema Patient im Krankenhaus: „Glaubt ihnen kein Wort, wenn sie erzählen, im Mittelpunkt stehe der Patient. Viel zu sehr ist Krankenhaus und die sich durch diese Institution Ernährenden zum

Selbstzweck geworden, als daß sie in der Lage wären, den Patienten in seinen Grundrechten ernst zu nehmen. Sie brauchen den Krankheit / Gesundheit-Faktor mehr als den selbständigen, selbstentscheidenden Patienten. Die Krankheit legitimiert jedes Handeln, teilweise unter Aufhebung der Grundrechte, während Gesundheit, oft willkürlich durch Diagnosesetzung verkürzt oder verlängert, statistische Erfolgschronik bedeutet, denn nur diese zählt auf dem Gesundheitsmarkt."

Volker Volkholz konstatiert in seiner Arbeit über Krankenhaus und Pflege, daß die examinierte Krankenschwester nur 29 Prozent Tätigkeiten ausführt, die ihrer Ausbildung und Qualifikation entsprechen. 13 Prozent ihrer Arbeitszeit verbringe sie mit hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, 16 Prozent mit Tätigkeiten einer Stationssekretärin. Der Rest geht auf andere, weniger qualifizierte Tätigkeiten (Botengänge etc.). Die Ursachen sieht Volkholz in:

- wirtschaftlich bedingter Knappheit von Arbeitskräften,
- unvollständigen Rationalisierungen,
- mangelnden Differenzierungsmöglichkeiten innerhalb des beruflichen Pflegesystems.

Volkholz weiter: „Die Instrumentalisierung des Krankenhauses bringt somit auch die Instrumentalisierung der Pflegekräfte, ihre Verbands- und gesellschaftliche Zerrissenheit, ihre politische Sprachlosigkeit“.

Und an anderer Stelle: „Die berufliche Zufriedenheit von examinierten Personen ist extrem niedrig. Sie arbeiten nach bestandenen Examen im Durchschnitt etwa ein-einhalb Jahre im erlernten Beruf“.

Um qualifizierte Kräfte bei Laune zu halten, sind Aufstiegsmöglichkeiten durch Differenzierungen entlang der Hierarchieleiter geschaffen worden, die sich in Form eines Erst-Zweit-Drittchwesterensystems entwickelt haben. Aber die Hierarchie in der Hierarchie (Arzt/Verwaltung — Erstschwester — Schwester — Schüler — Patient) wirkt entsolidarisierend und tut ihr Bestes, die Kontrolle und Unselbständigkeit sowohl beim Patienten als auch bei den Pflegenden zu verstärken.

Kaum eine andere „Profession“ ist gesetzlich so schwammig definiert, ist so wenig eigenständig wie die der Heilhilfsberufe oder wie immer man sie nennen mag. Alles scheint unter Kontrolle der allmächtigen Ärzteschaft. So jedenfalls argumentieren vielerorts die Verbände, und es klingt, als seien sie zufrieden dabei, Verantwortung für Gesundheit abzugeben. Daß in der schwammigen Definition auch eine Chance liegt — eigenständig klarere Konturen zu zeigen und diese durchzusetzen, wenn nötig auch gegen die Interessen der Ärzte, scheint kaum jemand ernstlich zu erwägen. Im Krankenhausgesetz, das für die Leitung von Krankenhäusern ein Dreiergremium (= Verwaltungsleiter / Leitender

Arzt / Pflegedienstleitung) vorschreibt, liegt ebenso eine selten genutzte Chance, innerhalb der Institution pflegeemanzipatorische Rückendeckung zu organisieren. Die Konflikte Pflege / Medizin und Pflege / Verwaltung müßten allerdings ausgestanden werden. Mit welchen Positionen gehen Pflegenden in den Konflikt? Die Zersplitterung und Verunsicherung ist groß, daher die Position unklar.

In dieser Verunsicherung zeigen sich nun Professionalisierungstendenzen in Bestrebungen, die Ausbildung zu verlängern und zu verwissenschaftlichen; im Versuch, ein berufsspezifisches Wissensgebäude auf- und auszubauen; in einer Art „Geheimsprache“, die Berufstätige exklusiv zum Experten werden läßt; in Strategien also, die die Distanz zum Kranken erhöhen, indem sie den Pflegenden zum Allwissenden, den Kranken zum Unwissenden in seinen ureigensten Belangen machen.

Der Berufstätige bekommt mit dem Expertentum auch Kontrolle und Macht über den Kranken und die Möglichkeit, persönlichen Gewinn aus der Arbeit zu ziehen und Mißerfolge zu verdrängen.

Professionalisierung umfaßt letztlich Strategien, die dem Beruf mehr Unabhängigkeit gegenüber dem Abnehmer der Arbeit — Patient und Klinik — und mehr Autonomie gegenüber anderen Berufsgruppen verschaffen. Sie ist daher oft von dem Versuch begleitet, die Tätigkeit in jeder denkbaren Beziehung wissenschaftlich zu durchleuchten. Die eigene Berufsarbeit zum wissenschaftlichen Forschungsgebiet zu erheben, dient nicht nur dem beruflichen Selbstverständnis. Die Forschungen, die jetzt rund um die Pflege initiiert werden sollen, schaffen auch eine soziale Tatsache: Krankenpflege, erstmal ins Gerede gekommen, in allen Aspekten durchleuchtet, in ihrem gesellschaftlichen Beitrag bestätigt und in ihren Kompetenzen anerkannt, läßt sich nicht mehr ohne weiteres als Hilfsberuf, als Handlanger oder Appendix des Arztberufes handeln: ein Beruf mit hohen sozialen Ansprüchen ist entstanden.

Bei der Professionalisierung geht es also darum, für die Arbeitenden eines Berufes alle Vorteile herauszuschlagen, die „unser System“ beruflicher Arbeit zu bieten hat (Macht, Geld, Erfolg, Anerkennung), und seine Schattenseiten zu vermeiden (Degradierung, Anhängsel einer unbegriffenen, fremd gesteuerten Maschine; aufgezwungene Zeit und Kostenökonomie).

Sprondel analysiert 1972 die Tätigkeiten in der Krankenpflege und kommt zum pessimistischen Ergebnis, „die Krankenpflege sei nicht professionalisierbar, da sie keine Tätigkeit gegenüber der Medizin zu monopolisieren vermag“.

Recht hat er, wenn es darum geht, innerhalb des bestehenden Systems einen neuen Profistab durchzusetzen, der an mar-

kanten Punkten gegen den Patienten gerichtet ist. Die Gefahr der Professionalisierung liegt in ihrer Institutionalisierung. Die Pflege macht sich wichtig — schafft Bedürfnisse auf dem Gesundheitsmarkt, macht sich unentbehrlich dadurch, daß sie ihren Bereich kontrolliert und sich selbst ständig legitimiert. Durch wen legitimiert? Durch den Patienten? Durch ein Spezialistentum für Krankheiten? Also versteckt, verdeckt doch wieder nach altem System: durch die Entrechtung des Patienten soll Krankenpflege mehr Rechte erhalten. Wenn Volkholz als Ursache für die Misere der Pflege lediglich institutionelle, wirtschaftliche Faktoren benennt, zeigt er nur eine Seite der Medaille. Die andere Seite ist das *Selbstverständnis* der Krankenpflege und ihr historischer Aspekt. Dabei ist interessant, warum und wo sich Medizin und Pflege trennten und unter welchen Bedingungen sie sich zum heutigen Wesen entwickelte.

Die Krankenpflege entwickelte und legitimierte sich aus der Unterdrückung der volksnahen Medizin, der Unterdrückung der heilkundigen Frauen, der Menschen schlechthin. Ihre Legitimation erhielt sie durch Anerkennung der Herrschenden dadurch, daß sie kein Konkurrenz für die männlich akademisch durchgesetzte Ärzteschaft bildete, sich freiwillig unterordnete und sich in ihren Möglichkeiten beschnitt. (Siehe hierzu — „Hexen, Hebammen und Krankenschwestern“, Ehrenreich / Englisch)

Die ursprünglich weichen Behandlungsmethoden „der Volksmedizin“ brachten keine Entrechtung des Erkrankten; auch die Beziehung der Heilkundigen zu ihrer Klientel waren nicht gekennzeichnet durch ein Oben und Unten, sondern durch ein Miterleben und Miteinander, wobei der „Patient“ wesentlichen Anteil an seiner Genesung hatte. Erst die Unterdrückung der heilenden, volksnahen Medizin brachte dem Herrschaftsanspruch über Krankheit und Mensch rigorose Machtentfaltung. Die Methoden wurden unabhängig vom Menschen, um den es ja eigentlich ging. Der Mensch wurde instrumentalisiert, wie die Medizin zum Instrument der Macht und Kontrolle wurde. Über Professionalisierung die Emanzipation der Krankenpflege erreichen zu wollen, halte ich für eine gefährliche, systemunterstützende Sackgasse, in der Problemflucht, Berufszufriedenheit etc. zunehmen werden, da sie zu wenig auf Kommunikationsaspekte eingeht.

Die Emanzipation der Krankenpflege steht und fällt meiner Meinung nach mit der Emanzipation und der Bemüdigung des Patienten. Die „weichen Methoden“ weisen in die Zukunft. Diese gilt es neu zu entdecken und nach dem Motto:

Der eigentliche Sinn der Heilkunst besteht darin, daß der Heilkundige nur Helfer, der Betroffene aber sein eigener Arzt ist.

DOKUMENTE

Entwurf zur Novelle der Approbationsordnung

Entwurf einer vierten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte

BMJFG
315 — 4331 — 2/8

Stand 27. Juli 1983

Auf Grund des § 4 der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Oktober 1977 (BGBl. I S. 1884) wird mit Zustimmung des Bundesrates verordnet:

Artikel 1

Die Approbationsordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 03. April 1979 (BGBl. I S. 425, 609), geändert durch die Dritte Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 15. Juli 1981 (BGBl. I S. 660), wird wie folgt geändert:

1. § 13 wird wie folgt geändert:

Es werden folgende neue Absätze 3 und 4 angefügt: „(3) Für die Bewertung der Leistungen sind folgende Prüfungsnoten zu verwenden:

„sehr gut“	(1) = eine hervorragende Leistung,
„gut“	(2) = eine besonders anzuerkennende Leistung,
„befriedigend“	(3) = eine Leistung, die in jeder Hinsicht durchschnittlichen Anforderungen gerecht wird,
„ausreichend“	(4) = eine Leistung, die, abgesehen von einzelnen Mängeln, durchschnittlichen Anforderungen entspricht,
„mangelhaft“	(5) = eine Leistung mit erheblichen Mängeln.

(2) Für die Ärztliche Prüfung ist unter Berücksichtigung der Noten für den Ersten, Zweiten und Dritten Abschnitt eine Gesamtnote nach Maßgabe des § 3a zu bilden.

2. § 14 wird wie folgt geändert:

a) Es wird folgender neuer Absatz 6 eingefügt:

„(6) Die Leistungen in der schriftlichen Prüfung sind wie folgt zu bewerten:

Hat der Prüfling die für das Bestehen der Prüfung nach § 14 Abs. 5 erforderliche Mindestzahl zutreffend beantworteter Prüfungsfragen erreicht, so lautet die Note

„sehr gut“, wenn er mindestens 75 vom Hundert der darüber hinaus gestellten Prüfungsfragen zutreffend beantwortet hat,

„gut“, wenn er mindestens 50, aber weniger als 75 vom Hundert der darüber hinaus gestellten Prüfungsfragen zutreffend beantwortet hat,

„befriedigend“, wenn er mindestens 25, aber weniger als 50 vom Hundert der darüber hinaus gestellten Prüfungsfragen zutreffend beantwortet hat,

„ausreichend“, wenn er keine oder weniger als 25 vom Hundert der darüber hinaus gestellten Prüfungsfragen zutreffend beantwortet hat.

Hat der Prüfling die für das Bestehen der Prüfung erforderliche Mindestzahl zutreffend beantworteter Fragen nicht erreicht, so lautet die Note „mangelhaft“.

aa) Es wird folgende neue Nummer 1 eingefügt:

„1. Die Prüfungsnote.“

bb) Die bisherigen Nummern 1, 2, und 3 werden Nummern 2, 3 und 4.

3. § 15 Abs. 8 erhält folgende Fassung:

„(8) Die Leistungen in der mündlichen Prüfung sind nach Maßgabe des § 13 Abs. 3 zu bewerten. Die mündliche Prüfung ist bestanden, wenn der Prüfling mindestens die Note „ausreichend“ erhalten hat.“

4. Hinter § 34 wird folgender neuer § 34a eingefügt:

„§ 34a

Gesamtnote für die ärztliche Prüfung

Das Landesprüfungsamt ermittelt die Gesamtnote für die Ärztliche Prüfung wie folgt:

Die Note für den Ersten Abschnitt wird mit vier, die Note für den Zweiten Abschnitt mit neun, die Note für den schriftlichen Teil des Dritten Abschnitts mit vier vervielfacht. Die Summe der so gewonnenen Zahlen wird durch zwanzig geteilt. Die Gesamtnote wird bis auf die zweite Stelle hinter dem Komma errechnet. Die dritte Stelle hinter dem Komma wird nicht berücksichtigt. Die Gesamtnote lautet

„sehr gut“ bei einem Zahlenwert bis 1,49,

„gut“ bei einem Zahlenwert von 1,50 bis 2,49,

„befriedigend“ bei einem Zahlenwert von 2,50 bis 3,49,

„ausreichend“ bei einem Zahlenwert von 3,50 bis 4,00,

„mangelhaft“ bei einem Zahlenwert über 4,00.“

5. Die Anlagen 8, 11, 14, 17 und 20 erhalten die in den Anlagen 1 bis 5 zu dieser Verordnung vorgesehene Fassung.“

Artikel 2

(1) § 34a ist erstmals auf Studierende anzuwenden, deren Prüfungsleistungen in allen drei Abschnitten der Ärztlichen Prüfung nach Maßgabe dieser Verordnung bewertet worden sind.

(2) Diese Verordnung findet keine Anwendung auf die Wiederholung von Prüfungen, die vor ihrem Inkrafttreten nicht bestanden wurden, sofern die letzte Wiederholungsprüfung bis zum 31. Dezember 1984 abgeschlossen ist.

Artikel 3

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes in Verbindung mit § 15 der Bundesärzteordnung auch im Land Berlin.

Artikel 4

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1984 in Kraft.

Amtliche Begründung

A. Allgemeiner Teil

Durch die Verordnung soll ein gestuftes System für die Bewertung der Leistungen in den staatlichen Prüfungen nach der Approbationsordnung für Ärzte ein-

geführt werden. Das geltende Recht läßt nur die Bewertung „Bestanden“ und „Nicht bestanden“ zu.

Die Einführung eines gestuften Bewertungssystems für die staatlichen Prüfungen im Rahmen der ärztlichen Ausbildung ist erforderlich, um die Leistungsbereitschaft der Studierenden zu steigern und damit das Ausbildungsniveau anzuheben. In nahezu allen anderen akademischen Studiengängen ist eine gestufte Bewertung der Prüfungsleistungen die Regel.

Der Entwurf einer Vierten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 1. Juni 1982 sah bereits eine Benotung der mündlichen Prüfung und die Aufnahme detaillierter Angaben über die Leistungen in den schriftlichen Prüfungen im Prüfungszeugnis vor. Mit der Einführung eines gestuften Bewertungssystems kann indes nicht gewartet werden, bis die übrigen durch diese Novelle geplanten Regelungen verabschiedet werden können. Die aufgrund von § 18b Abs. 1 des BAföG zu erlassende Darlehensstellerlaßverordnung, die die Vergünstigungen der 30 v.H. der Leistungsbesten der Geförderten regelt, wäre im Bereich der Medizin ohne entsprechende detaillierte Regelungen für die Bewertung der Prüfungen nach der ÄAppO nicht vollziehbar.

Mehrkosten für die öffentlichen Haushalte sind nicht zu erwarten.

B. Besonderer Teil

1. Zu Artikel 1 Nr. 1

Der neue § 13 Abs. 3 legt die bei der Bewertung zu verwendenden Noten fest. Die Notenskala entspricht der Regelung in § 12 der Approbationsordnung für Tierärzte. Da die Prüfungen nur bei „ausreichenden“ Leistungen insgesamt bestanden sind (§ 14 Abs. 6, § 15 Abs. 8), bedarf es aber nur einer Note („mangelhaft“ (5)) für die Bewertung nicht „ausreichender“ Leistungen.

Die Ärztliche Prüfung stellt eine Einheit dar, da ihre drei Abschnitte sich in ihrer Gesamtheit auf den Inhalt des klinischen Studiums beziehen und für ihr Bestehen jeder dieser Abschnitte erfolgreich abgelegt werden muß. Deshalb sieht der neue § 13 Abs. 4 die Bildung einer Gesamtnote für die Ärztliche Prüfung vor.

2. Zu Artikel 1 Nr. 2

Zu Buchstabe a)

Der neue § 14 Abs. 6 betrifft die Benotung der schriftlichen Prüfungen.

An der Regelung für das Bestehen der Prüfungen (§ 14 Abs. 5) wird festgehalten. Hieran anknüpfend ist das Erreichen der für das Bestehen der Prüfung notwendigen „Mindestzahl zutreffend beantworteter Fragen der „ausreichenden“ Leistung. Entsprechend dem Prozentsatz zutreffend beantworteter Fragen des Anteils der Prüfungsfragen, der über der für das Bestehen der Prüfung erforderlichen Mindestzahl zutreffend beantworteter Prüfungsfragen liegt, sollen die Leistungen mit „sehr gut“, „gut“ oder „befriedigend“ beurteilt werden.

Wird die für das Bestehen erforderliche Mindestzahl zutreffend beantworteter Fragen nicht erreicht, soll die Note „mangelhaft“ lauten. Die für das Bestehen der schriftlichen Prüfung erforderliche Mindestzahl beantworteter Fragen kann wegen der in § 14 Abs. 5 vorgesehenen Gleitklausel in jedem Prüfungstermin unterschiedlich sein, des-

halb können die Noten nicht an eine bestimmte Anzahl zutreffend beantworteter Fragen geknüpft werden, sondern richten sich an einer bestimmten Prozentzahl zutreffend beantworteter Fragen des Frageanteils aus, der über der für das Bestehen notwendigen Mindestzahl zutreffend beantworteter Fragen liegt.

Zu Buchstabe b)

Zu aa)

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung. Im übrigen bedarf die Bescheinigung über die Einzelergebnisse der schriftlichen Prüfung der Ergänzung durch die Prüfungsnote.

Zu bb)

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung.

3. Zu Artikel 1 Nr. 3

Die Neufassung von § 15 Abs. 8 betrifft die Benotung der Leistungen im mündlichen Teil des Dritten

Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (Satz 1). Sie konkretisiert ferner unter Berücksichtigung der Notenskala des § 13 Abs. 3 die Regelung für das Bestehen dieses Prüfungsteils.

4. Zu Artikel 1 Nr. 4

§ 34a wird neu eingefügt. Er regelt die Bildung der Gesamtnote für die Ärztliche Prüfung. Hierbei sollen die Noten für die einzelnen Prüfungsabschnitte jeweils dem Gewicht dieser Abschnitte entsprechend vervielfältigt werden. Dabei werden für den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung wegen des unterschiedlichen Gewichts der beiden Prüfungsteile die Note für den schriftlichen und die Note für den mündlichen Teil gesondert ausgeworfen.

Die Gesamtnote wird ermittelt, indem die Summe der hierbei gewonnenen Zahlen durch die Summe der Vervielfältigungsfaktoren geteilt wird.

5. Die Anlagen mit den Mustern für die Prüfungszeugnisse bedürfen der Änderung, weil die erzielten Noten Eingang in die Niederschrift über die mündli-

che Prüfung und die Prüfungszeugnisse finden müssen.

6. Zu Artikel 2

Eine Gesamtnote für die gesamte Ärztliche Prüfung nach § 34a kann erst gebildet werden, wenn alle drei Abschnitte dieser Prüfung nach den Vorschriften dieser Verordnung benotet worden sind (Absatz 1).

Aus Gründen des Vertrauensschutzes erscheint es insbesondere wegen des Gleichbehandlungsgrundsatzes geboten, laufende Prüfungsverfahren, die innerhalb eines Jahres nach dem Inkrafttreten der Verordnung abgeschlossen werden, von ihrer Anwendung auszunehmen (Absatz 2).

7. Zu Artikel 3

Es handelt sich um die übliche Bertinklausel.

8. Zu Artikel 4

Die Vorschrift betrifft das Inkrafttreten der Verordnung.

Rede von Barbara Kasel als Vertreterin der Dritte-Welt-Gruppen auf der Bayer-Aktionärsversammlung am 28. Juni 1983

Ich bin Aktionärin dieser Gesellschaft geworden, um für diejenigen zu sprechen, die nicht in der Lage sind, hierherzukommen und darüber zu berichten, wie sie die Aktivitäten dieser Firma Bayer erleben. Ich meine die Menschen in der sogenannten Dritten Welt, die weder den Zugang zu Ärzten, noch die Möglichkeit haben, sich über Nebenwirkungen und Kontraindikationen von Medikamenten zu informieren, wie es bei uns der Fall ist. Sie stehen dem Angebot ausländischer Firmen hilflos gegenüber und sind allen ausgeliefert, die von ihrem Unwissen profitieren wollen. Ich will an vier Beispielen aufzeigen, wie die Praxis unserer Firma Bayer aus der Sicht dieser Menschen aussieht. Da dieses Gebiet sehr groß ist und inhaltlich auch sehr komplex, habe ich nur vier Fälle ausgewählt als Beispiel für die Art, wie mit der Dritten Welt umgegangen wird.

Nehmen wir erst mal die Werbung. Jede Firma muß informieren, sonst wußte niemand, was angeboten wird. Wichtig aber ist, daß die Werbung ein wahres Bild von dem Produkt wiedergibt. Weil die pharmazeutische Industrie gerade wegen ihrer Werbepraktiken heftig kritisiert worden ist, hat der Internationale Verband der Pharmahersteller einen freiwilligen Verhaltenskodex herausgegeben. Dort wird empfohlen, daß die in dem Produkt enthaltenen Wirkstoffe sowie die Dosierung und Anwendungsmethode angegeben werden; und daß auf Nebenwirkungen und Kontraindikationen hingewiesen wird. Da dieser Kodex auf freiwilliger Basis nur empfehlenden Charakter hat, ist keine Firma verpflichtet, sich daran zu halten, auch Bayer nicht. Ich habe hier eine Anzeige aus einer Zeitschrift für Ärzte in Nigeria: eine Reklame für die Bayer-Hautsalbe *Baycuten*. Diese Anzeige darf nachher jeder bei mir sehen. Dort sind die im Präparat enthaltenen Wirkstoffe nicht angegeben: das Präparat ist eine Kombination von drei Wirkstoffen, die für jeweils unterschiedliche Krankheiten benutzt werden sollen. Darunter ist das Kortikosteroid Dexamethason, das bleibende Hautschäden, Wachstumshemmung bei Kindern und die Herabsetzung der Widerstandskraft gegen Infektionen verursachen kann. Was nutzt einem kranken Kind in Nigeria eine Salbe gegen z.B. Windelkzeme, wenn solche Folgen damit verbunden sein können? Auch vor der Anwendung von Dexamethason bei aktiver oder zurückliegender Tuberkulose wird in den medizinischen Lehrbüchern hier gewarnt, weil dies zur Ausbreitung maskierter Infektionen von bestehenden Herden führen kann. Wieviele Menschen in Afrika z.B. leiden unter einer nicht erkannten Tuberkulose! In solchen Fällen und gerade bei Kindern könnte der Gebrauch einer dexamethasonhaltigen Salbe verhängnisvoll sein. Hinweise auf all diese Gefahren aber finden die nigerianischen Ärzte aber

nicht in dieser Anzeige — nur den Werbespruch: „Viele Probleme — eine Lösung: *Baycuten* für Sofort-Therapie.“ So wird den Ärzten suggeriert, *Baycuten* könnte für alle möglichen Hautkrankheiten problemlos eingesetzt werden. Selbst der schwache Kodex der Industrie wird hier nicht eingehalten. Diese Anzeige erschien in einem Blatt für Ärzte. Auch im etwas ausführlicheren Medical Index für Nigeria sind die Gefahren dieses Präparates nicht aufgeführt. Wenn die Ärzte über den wahren Charakter eines Medikamentes nicht informiert werden, wie soll es denn den Patienten gehen? Handelt Bayer hier im Dienst der Gesundheit, wie im Jahresbericht behauptet wird?

Nun gibt es nicht nur Anzeigen in Ärztezeitschriften, über die sich Ärzte informieren können. In der Bundesrepublik gibt es die sogenannte „Rote Liste“, in der sämtliche Nebenwirkungen und Kontraindikationen laut Gesetz aufgeführt werden müssen. In vielen Ländern gibt es ein solches Gesetz nicht; und das wissen viele Konzerne auszunutzen. Nehmen wir als Beispiel *Dolviran*. Dies ist ein Schmerzmittel, das früher in der Bundesrepublik den Wirkstoff Phenacetin enthielt. Im Pressedienst des Bundesgesundheitsamtes vom 2. Februar 1981 wurde eindringlich vor häufigem Gebrauch von phenacetinhaltigen Medikamenten gewarnt, da diese „schwere Nierenschäden (z.B. tödlich verlaufendes Nierenversagen) verursachen können, Fälle von bösartigen Geschwülsten der Harnwege sind nach jahrelangem Phenacetingebrauch beschrieben.“ So das Bundesgesundheitsamt im Februar 1981. Heute ist dieser Wirkstoff in den *Dolviran*-Tabletten nicht mehr enthalten — jedenfalls nicht bei uns. In der monatlich erscheinenden Medikamentenliste für Afrika aber können wir Anfang dieses Jahres lesen, daß dort *Dolviran*-Tabletten immer noch mit dem nierenschädigenden Phenacetin verkauft werden — ohne die geringste Andeutung von irgendwelchen negativen Auswirkungen. Hier könnten wir den Eindruck bekommen, als würde Bayer in Afrika die Tabletten los werden wollen, die hier nicht mehr abgesetzt sind. Ist eine Firma, die im Dienste der Gesundheit handeln will, nicht vielmehr verpflichtet, die neuesten Erkenntnisse der Wissenschaft auch in der Dritten Welt zu verbreiten, anstatt die Unwissenheit der Menschen auszunutzen?

Nun werden nicht alle Medikamente vom Arzt verschrieben. Gerade in der Dritten Welt gibt es häufig keinen Arzt — und wo ärztliche Hilfe erreichbar ist, ist er oft zu teuer — da behandeln Menschen sich selbst. Für die auftretenden Durchfallerkrankungen gibt es eine Fülle von Medikamenten — wie z.B. *Oletron* der Firma Bayer, das Clioquinol enthält, einen Wirkstoff, der schon Tausende von Opfern gefordert hat. Allein

in Japan mußte ein Schweizer Chemie-Konzern nach jahrelangem Prozeß hohe Entschädigungssummen bezahlen, nachdem das Gericht geurteilt hatte, daß Clioquinol die Ursache einer schlimmen Krankheit sei, die zu Lähmungen und Sehstörungen führt und die auch tödlich enden kann. Unser Vorstand hat sich von den Erfahrungen der Kollegen aus der Schweiz nur wenig beeindruckt lassen. *Oletron* wird heute noch in Asien frei verkauft. Bayer Indonesien hat zwar aufgehört, dieses Medikament herzustellen; im neuesten Index of Medical Supplies vom Oktober 82 wird *Oletron* nicht aufgeführt. Aber es gibt noch große Bestände in den Medikamentenlagern des Landes. Weder Ärzte noch Apotheker sind benachrichtigt worden, daß Bayer mit der Produktion aufgehört hat. Letzten Monat konnten Freunde von uns in Djakarta eine Packung *Oletron* kaufen, ohne Beipackzettel, ohne Hinweise auf Nebenwirkungen, mit einer Empfehlung für den Gebrauch bei Kindern schon von einem Jahr ab. Handelt hier Bayer im Dienst der Gesundheit? Schadet es nicht vielmehr dem Ruf dieser Aktiengesellschaft, wenn gefährliche Medikamente unter dem Bayer-Kreuz so leicht zu bekommen sind?

Nun ein letztes Beispiel: unsere Tochtergesellschaft Cutter in den USA. Cutter ist führend auf dem sogenannten „Blutsektor“, d.h. in der Herstellung von Medikamenten, die aus menschlichem Blutplasma gemacht werden. Um diese Medikamente herzustellen, wird menschliches Blut durch ein kompliziertes Verfahren — die Plasmapherese — in Plasma und Blutkörperchen getrennt. Die Blutkörperchen können dann zurück in den Körper gespritzt werden, das wertvolle Plasma wird behalten und als Grundstoff für viele teure Medikamente benutzt. Nun behauptet Cutter, das Blut würde ausschließlich in den USA gesammelt. Was verschwiegen wird, ist die Tatsache, daß an der Grenze zu Mexiko — auf der US-Seite natürlich — sich Plasmazentren häufen. Einige davon gehören Cutter oder sind laut Aussagen von Mitarbeitern bei Cutter unter Vertrag. So kommen jeden Tag arbeitslose Mexikaner über die Grenze, die das Wertvollste, das sie haben — ihr Blut — an die Plasmazentren verkaufen in der Hoffnung, sich mit den paar Dollar noch einige Tage am Leben zu halten. Wenn das Geld alle ist, kommen sie wieder und verkaufen noch mehr Blut. So wird die hoffnungslose Lage der mexikanischen Landbevölkerung ausgenutzt, um billigen Rohstoff zu bekommen, der zu teuren Medikamenten verarbeitet wird. Und Cutter darf behaupten, das Blut sei ausschließlich in den USA gesammelt worden.

Ich habe jetzt an Hand dieser vier Beispiele versucht, einige Aktivitäten unserer Aktiengesellschaft aus der Sicht der Menschen der Dritten Welt zu schildern. Für die ist Bayer höchstens ein Name, ein Zeichen auf einer Medikamentenpackung. Aber für uns ist Bayer kein anonym, unfaßbarer Begriff; im Gegenteil: diejenigen, die die Bayer-Politik entscheiden und durchführen, haben einen Namen und ein Gesicht und sitzen jetzt hier in diesem Raum. Jeder von uns, der Aktionär dieser Gesellschaft ist, trägt Verantwortung für das, was ich Ihnen jetzt geschildert habe. Und wir können es ändern, wenn wir nur wollen.

Die 40 ersten Maßnahmen der Unidad Popular

1. Einschränkung der phantastischen Gehälter

Wir werden die hohen Gehälter der Beamten auf Vertrauensposten einschränken. Wir werden mit der Anhäufung von Ämtern und Gehältern Schluß machen (Räte, Direktorate, Vertretungen). Wir werden Schluß machen mit den administrativen Vermittlern und politischen Schachernern.

2. Noch mehr Berater? Nein!

Jeder Beamte wird zur allgemeinen Rangliste gehören, und jeder hat sich an die Verpflichtungen des Verwaltungsstatus zu halten.

3. Administrative Ehrlichkeit

In der staatlichen Verwaltung werden wir Schluß machen mit der Favoritenwirtschaft und den willkürlichen Beförderungen. Die Beamten werden unabsetzbar sein. Niemand wird wegen seiner politischen und religiösen Ideen verfolgt werden. Man wird die Tatkraft, die Ehrenhaftigkeit und den guten Umgang mit den Bürgern bei den Regierungsbeamten berücksichtigen.

4. Keine prätziösen Auslandsreisen mehr

Wir werden die kostspieligen Reisen von Regierungsbeamten ins Ausland einschränken; ausgenommen diejenigen, die für die Interessen des Staates unumgänglich sind.

5. Keine Dienstwagen mehr für Vergnügungsfahrten

Die Dienstwagen dürfen unter keinen Umständen für private Zwecke genutzt werden. Die noch zur Verfügung stehenden Fahrzeuge werden für den öffentlichen Dienst, zum Beispiel für den Transport von Schülern, von Kranken oder für die Polizei eingesetzt.

6. Der Fiskus wird keine Neureichen mehr hervorbringen

Wir werden eine rigorose Kontrolle der Pensionen und Vermögen der hohen Staatsbeamten einführen. Die Regierung wird aufhören, eine Fabrik für Neureiche zu sein.

7. Gerechte Ruhegehälter, keine Millionäre

Wir werden mit den Millionenpensionen Schluß machen, seien sie im Parlamentsbereich oder in einem anderen öffentlichen, aber auch im privaten Bereich. Wir werden mit diesen Mitteln die niedrigsten Renten aufbessern.

8. Gerechtigkeit im Ruhestand

Wir werden allen Personen über sechzig Jahre das Recht geben, in den Ruhestand zu treten, wenn sie noch nicht die Möglichkeit dazu hatten — weil sie dafür kein Geld zurücklegen konnten.

9. Fürsorge für alle

In das System der Sozialfürsorge werden wir die kleinen und mittleren Kaufleute einbeziehen, auch die kleinen und mittleren Industriellen und Landwirte, die freiberuflich Tätigen, Handwerker, Fischer, kleinen Grubenbesitzer, kleinen Produzenten (pirquineros) und Hausfrauen.

10. Sofortige und umfassende Auszahlung der Pensionäre und Rentner

Wir werden mit einem Mal die Lohnangleichspannen der ehemaligen Angehörigen der Streitkräfte auszahlen und Gerechtigkeit in der Auszahlung der Sozialversicherung für Rentner und Verwitwete walten lassen.

11. Schutz der Familie

Wir werden ein Ministerium zum Schutz der Familie einrichten.

12. Gleichheit in den Familienzuschüssen

Wir werden alle Familienzuschüsse im Niveau einander angleichen.

13. Das Kind wird geboren, um glücklich zu sein

Alle Schüler der Grundschulen erhalten völlige Schulgeld-

freiheit, kostenlose Bücher, Hefte und Schulmaterialien.

14. Bessere Ernährung der Kinder

Alle Schüler der Grundschulen erhalten ein Frühstück in der Schule. Mittagessen erhalten jene Kinder, deren Eltern ihnen keins geben können.

15. Milch für alle Kinder Chiles

Wir werden dafür sorgen, daß alle Kinder Chiles täglich einen halben Liter Milch erhalten.

16. Mütterzentren in allen Ortschaften

In allen Orten werden Mütterzentren eingerichtet.

17. Wirkliche Ferien für alle Schüler

Die besten Schüler der Grundschulen, die aus dem ganzen Land ausgewählt werden, sollen in den Präsidentenpalast Vina del Mar eingeladen werden.

18. Kontrolle des Alkoholismus

Wir werden den Alkoholismus bekämpfen, nicht durch Unterdrückungsmaßnahmen, sondern durch ein besseres Leben, und den im geheimen betriebenen Alkoholismus ausrotten.

19. Wohnung, Licht, Trinkwasser für alle

Wir werden einen Sofortplan für den schnellen Bau von Wohnungen realisieren und die Versorgung der Häuser mit Wasser und elektrischem Licht sicherstellen.

20. Keine „CORVI“-Anteile mehr

Wir werden die Angleichungen der Gewinne und die Schulden an die „CORVI“ abschaffen.

21. Pachtzinsen zu festen Preisen

Wir werden festlegen, daß für die Bezahlung des Pachtzinses und der Gewinne zehn Prozent des Familieneinkommens nicht überschritten werden dürfen. Sofortige Beseitigung der Schlüsselrechte.

22. Brachgrundstücke: nein! Besiedlung: ja!

Alle staatlichen, halbstaatlichen oder städtischen Brachgebiete werden wir für die Bebauung freigeben.

23. Beiträge nur für die Sommerhäuser

Von den Beitragszahlungen befreit werden die ständigen Wohnstätten bis zu einem Maximum von achtzig Quadratmetern, wo der Besitzer ständig wohnt, und wenn es sich nicht um Luxus- oder Ferienwohnungen handelt.

24. Eine wirkliche Agrarreform

Wir werden eine tiefgreifende Agrarreform durchführen, die auch von Nutzen sein wird für die mittleren und kleinen Landwirte, die Minifundistas, Medieros (Bauern, die nur die Hälfte des erarbeiteten Ertrages für sich nutzen dürfen und die andere Hälfte abführen müssen), Angestellten und Auerinos („von außen Kommende“, Zugewanderte, die — manchmal auch nur für einige Tage — in einem anderen Ort arbeiten). Wir werden die Landwirtschaftskredite erweitern. Für alle landwirtschaftlichen Erzeugnisse werden wir Absatzmärkte sichern.

25. Medizinische Betreuung ohne Bürokratie

Es werden alle bürokratischen Hemmnisse beseitigt, die die medizinische Betreuung der Versicherten und Arbeitslosen verhindern oder erschweren.

26. Kostenlose Medikamente in den Krankenhäusern

In den Krankenhäusern werden die Medikamente und Untersuchungen kostenlos sein.

*) „CORVI“ — Corporación de la Vivienda — Institution für Wohnungsbau und zur Lösung des Wohnungsproblems

27. Keine Betrügereien mehr bei Preisen für Medikamente

Die Preise für Medikamente werden drastisch gesenkt, wobei die Steuern für die Einfuhr der Rohstoffe reduziert werden.

28. Stipendien für Studenten

In der Grundschule, Mittelschule und in den Universitäten erhalten alle guten Schüler das Recht auf ein Stipendium — unter Berücksichtigung der Leistung und der Einkommensverhältnisse der Familie.

29. Körpererziehung und Volkstouristik

Die Körpererziehung wird gefördert. In den Schulen und in allen Ortschaften werden Sportzentren geschaffen. Jede Schule und jeder Ort wird einen Sportplatz bekommen. Wir werden die Volkstouristik organisieren und fördern.

30. Eine neue Wirtschaft, um der Inflation ein Ende zu machen

Wir werden die Produktion von Artikeln des Volkskonsums erhöhen, die Preise unter Kontrolle halten und die Inflation mittels der sofortigen Anwendung der neuen Ökonomie aufhalten.

31. Keine Stützungen mehr durch den Internationalen Währungsfonds

Wir werden die Verpflichtungen, die wir beim Internationalen Währungsfonds haben, über Bord werfen und mit den skandalösen Abwertungen des Escudos Schluß machen.

32. Keine Steuern mehr für Nahrungsmittel

Wir werden Schluß machen mit den Erhöhungen der Steuern, die Waren des dringenden Bedarfs betreffen.

33. Schluß mit den Steuern für Kauf und Verkauf

Wir werden aufhören mit den Steuern des Kaufs und Verkaufs und dafür ein gerechteres und unbehindertes System einführen.

34. Schluß mit den Spekulationen

Wirtschaftliche Delikte werden streng bestraft.

35. Schluß mit der Arbeitslosigkeit

Wir werden allen Chilenen das Recht auf Arbeit sichern und Entlassungen verhindern.

36. Arbeit für alle

Wir werden sofort neue Arbeitsmöglichkeiten schaffen mit den Plänen für öffentliche Bauten und Wohnungen, mit der Schaffung neuer Industrien und mit der Inangriffnahme der Entwicklungsprojekte.

37. Auflösung der Grupo Móvil

Wir werden die Ordnung in den Wohngebieten und Ortschaften und die persönliche Sicherheit der Bürger garantieren. Polizei und Ermittlungsorgane haben eine wesentliche Aufgabe gegen die Kriminalität zu erfüllen. Die Grupo Móvil wird aufgelöst, und deren Mitglieder werden die Polizei verstärken.

38. Schluß mit der Klassenjustiz

Wir werden ein schnelles und kostenloses Justizverfahren schaffen bei Mitarbeit der Nachbarnachbarn, um besondere Fälle kennenzulernen und sie zu lösen, zum Beispiel Streitigkeiten, Raufereien, Vernachlässigung der Wohnung und öffentliche Ruhestörungen.

39. Rechtsberatungsstellen in jedem Ort

In allen Orten werden Rechtsberatungsstellen eingerichtet.

40. Schaffung eines Nationalen Institutes für Kunst und Kultur

Wir werden ein Nationales Institut für Kunst und Kultur bilden und Schulen für die künstlerische Ausbildung in allen Gemeinden einrichten.

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

Von Klaus Priester

Im ersten Teil unserer Serie (siehe dg 4/1983) wurden anhand der wichtigsten ökonomischen Kennziffern die wirtschaftliche Entwicklung der kapitalistischen Industrieländer und ihre Auswirkungen auf die staatliche Haushalts- und Sozialpolitik dargestellt.

Wir setzen die Analyse in diesem Heft mit der — aus Raumgründen nur skizzenhaften — Darstellung einiger zentraler Momente und Probleme der Gegenwehr der Arbeiterbewegung gegen die unsozialen Auswirkungen einer „Krisenüberwindungspolitik“ im Kapitalinteresse sowie einem Überblick über die Entwicklungstendenzen der Sozialleistungen, ihrer Finanzierung und Verwendung, fort.

Gegenwehr der Arbeiterbewegung unter erschwerten Bedingungen

Die krisenhafte Wirtschaftsentwicklung in der kapitalistischen Welt führt nicht nur zu einschneidenden Veränderungen in den materiellen Lebensbedingungen der Lohnabhängigen; ihr Verlauf beeinflusst gleichzeitig die gesamtgesellschaftlichen Kräftekonstellationen, verändert nachhaltig das politische Klima und verschlechtert die Kampfbedingungen der Arbeiterbewegung. Unter den Bedingungen werden zudem gesellschaftspolitische Argumentationsmuster

reaktiviert, mit deren Hilfe konservativ-reaktionäre Ideologien zur „Lösung“ ökonomischer und sozialer Probleme auch der Arbeiterbewegung angeboten werden. Beispiele hierfür sind die augenblicklich auch hierzulande propagierten Ideologien des Opfer-Bringens und des Verzichts, auf die die konservativen Parteien sogar eine ganze Wahlkampagne aufbauten — und gewannen. Insbesondere seit der Regierungserklärung Helmut Kohls sind diese beiden Schlagworte zum Inbegriff der „geistig-moralischen Wende“ geworden: Durch Anspruchsreduktion in nahezu allen Bereichen, durch Verzicht auf Lohnerhöhungen, soziale Unterstützungsleistungen, soziale Schutzrechte (Propagierung des Subsidiaritätsprinzips), ja selbst demokratische Grundrechte (Demonstrationsrecht, Recht auf politische Streiks usw.) soll, wie es in der Regierungserklärung Kohls vom 4. Mai 1983 heißt, „unserer Wirtschaft wieder zu einer robusteren Konstitution“ verholfen werden.

Wo der Verzicht durch die arbeitende Bevölkerung nicht freiwillig erfolgt, müßte dann — zum Zweck der Durchsetzung der „Einsicht in die Notwendigkeit“ — zu härteren Instrumenten gegriffen werden; die aller-nächste Zukunft wird zeigen, welcher Mittel sich die Bundesregierung zu bedienen bereit ist. Gelegenheiten gibt es genug: der „heiße“ Raketenherbst, der Kampf um die 35-Stunden-Woche, die Einführung des maschinenlesbaren Personalausweises...

Natürlich wurden auch bisher mit Hinweis auf die Massenarbeitslosigkeit Lohn- und Sozialleistungskürzungen durchgesetzt, Sündenböcke für soziale und wirtschaftliche Probleme gesucht und gefunden (Ausländer, Beamte, Frauen, „Doppelverdiener“, „Sozialparasiten“ usw.), aber es scheint, als sei diese Variante der „Krisenbewältigung“ nunmehr zum Bestandteil eines langfristig angelegten Konzepts des Umbaus der wirtschaftlichen, politischen und sozialen Rahmenbedingungen der gesellschaftlichen Entwicklung der 80er Jahre erhoben worden.

Welche Handlungsmöglichkeiten hat nun die Arbeiterbewegung in den kapitalistischen Industrieländern in der gegenwärtigen wirtschaftlichen und politischen Situation? Welche Antworten geben insbesondere die Gewerkschaften auf die restriktiven Krisenüberwindungsstrategien des Kapitals? Welche eigenständigen Konzepte entwickeln sie, um die zahllosen alltäglichen Angriffe auf den materiellen und sozialen Besitzstand der Arbeiter, Angestellten und Beamten, ihrer Familien, der Jungen und Alten, der Arbeitslosen, ausländischen Arbeiter usw. abzuwehren bzw. diesen Alternativen entgegenzusetzen?

„Vertrauen auf die eigene Kraft“ oder Flucht?

Zunächst ist nach der Kampfform der Gewerkschaften in den gesellschaftlichen Auseinandersetzungen

Chile: Der Tag rückt näher...

Der Kampf der Pobladores für das Recht auf Gesundheit

**medico
international**

In diesem Monat jährt sich zum zehnten Mal der blutige Militärputsch, mit dem in Chile General Pinochet im September 1973 die Macht an sich gerissen hat. Viel wird geschrieben in diesen Tagen über die wirtschaftliche Katastrophe, in die die Militärs das Land gestürzt haben, über die Parteien, die Gewerkschaften und die Transportunternehmer. Leicht geraten dabei wieder die in Vergessenheit, die schon immer an den Rand der Gesellschaft gedrängt wurden, die Bewohner der Slumgebiete, die Pobladores. Um unmittelbar etwas zu erfahren über die Situation in den Gebieten der Ärmsten und über die Veränderungen während der 10 Jahre Diktatur, haben wir mit einer Bewohnerin der Nordzone Santiagos (ein Elendsgebiet mit etwa 400.000 Einwohnern) gesprochen. Unsere Gesprächspartnerin lebt und arbeitet seit 13 Jahren in den Poblaciones als Krankenschwester und Sozialarbeiterin. Seit der Gründung der Fundacion Missio im Jahre 1977 ist sie im Gesundheitsprojekt dieser Organisation engagiert.

Frage: Die Medien hier in Deutschland haben in der letzten Zeit viel über die Protestaktionen berichtet, insbesondere von den Demonstrationen und Streiks der Studenten, der Gewerkschaften und der Transportunternehmer. Waren die Pobladores auch am nationalen Protest beteiligt?

Antwort: Ja. Die Menschen hier haben bei den verschiedenen Aktionen mitgemacht. Am 14. Juni hatten wir ein richtiges Erfolgserlebnis hier in unserer Siedlung. Trotz der Bedrohung durch Polizei und Militär haben die Leute nicht mit ihren Protestaktionen aufgehört. Sie haben durchgehalten, obwohl sie mit Tränengas beschossen wurden. Viele haben mit nassen Tüchern über dem Gesicht auf den Betten gelegen, wegen der Schmerzen, die das Tränengas verursacht hat, aber die Aktionen gingen bis Mitternacht weiter. Die Menschen sind vor der Gewalt nicht zurückgewichen. Bei den Auseinandersetzungen im August, bei denen es ja 27 Tote gegeben hat, haben sich die Pobladores sogar mit Barrikaden verteidigen müssen. Ein Offizier hat während des Militäreinsatzes gesagt: „alle Pobladores sind Delinquenten“. Das drückt viel von dem Haß und der Verachtung der Regierung gegenüber den Armen aus. Das sagt aber auch etwas über den entschlossenen Widerstand der Armen, der auch von den 18.000 Soldaten nicht gebrochen werden konnte.

Frage: Heißt das, daß sich das politische Bewußtsein in den letzten 10 Jahren geändert hat oder sind die Menschen aus wirtschaftlichen Gründen auf die Straße gegangen?

Antwort: Ich würde sagen, einerseits wegen der wirtschaftlichen Probleme: Ihr dürft nicht vergessen, daß wir hier in diesem Gebiet eine Arbeitslosigkeit von 60% haben und von vier Kindern drei fehl- oder unterernährt sind. Das ist unerträglich! Aber es ist auch das Bewußtsein gewachsen gegen die Unterdrückung, gegen die Unfreiheit, eben gegen die Militärdiktatur.

Diesen Prozeß der Bewußtseinsbildung muß man allerdings mit Vorbehalten sehen. Auch heute orientieren sich die Armen hier am Mittelstand. Das ist meine Erfahrung. Zuerst haben die mittleren Schichten als Zeichen des Protestes gehupt. Unsere Leute, die zu den Damen als Putz- oder Waschfrau gehen, haben gesehen, daß diese auf die Kochtöpfe klopfen, und da haben sie sich auch getraut.

Frage: Ist das nicht entmutigend nach über 10 Jahren Bewußtseinsarbeit?

Antwort: Nein, aber man muß die Situation realistisch einschätzen. Wir in der Poblacion werden es nicht alleine schaffen, solange nicht vor allem die Gewerkschaften, aber auch die Parteien klarer sehen. Die organisierten Arbeiter und die Facharbeiter sind ja beinahe privilegiert gegenüber unseren Leuten, die es höchstens zum Hilfsarbeiter oder Tagelöhner

gebracht haben. Aus meiner persönlichen Erfahrung heraus glaube ich, daß wir frühere Fehler nicht wiederholen dürfen. Damals, als Allende Präsident wurde, waren wir regelrecht euphorisch, wir haben geglaubt, jetzt sind wir dran, wir haben eine Volksregierung, wir können jetzt mitbestimmen. Aber wir haben uns Illusionen gemacht über die Veränderungen im Bewußtsein der Leute. Das war nur ein anfänglicher Prozeß, doch 3, 5 oder 10 Jahre bewirken noch sehr wenig in einem Menschen.

Das politische Bewußtsein muß ein pädagogischer Prozeß sein, das dauert sehr lange. Das gilt vor allem für die Arbeit in den Elendsvierteln, wo man ja auf nichts aufbauen kann. Da muß erst einmal ein soziales Gewebe geschaffen werden. Gesundheitsgruppen, Selbsthilfe- und Selbsterfahrungsgruppen, Werkstätten, Gruppen für Jugendliche, Basisgemeinden, das sind die Dinge, die die Menschen hier unmittelbar berühren, das ist wichtig, um so etwas wie soziales Leben überhaupt erst möglich zu machen. Erst dann kann man mit den Leuten zusammen nachdenken über die politischen Hintergründe und politischen Strukturen, die aufgebaut werden müssen. Die Leute möchten politische Bildung, aber es muß mit ihrem Leben etwas zu tun haben. Wir haben Kurse und Seminare veranstaltet zu den verschiedenen politischen Themen, auch mit der Methode von Paolo Freire haben wir gearbeitet, z.B. über das



Problem, was bedeutet Klassenkampf, was bedeutet Strukturwandel oder was hat Nicaragua mit uns zu tun? Das alles ist ein langer Prozeß, der aber vollzogen werden muß, wenn man nicht nur von den Massen redet, sondern die Menschen ernstnimmt.

Frage: Welches waren die schwierigsten Phasen für Eure Arbeit?

Antwort: Zunächst einmal natürlich die Zeit nach dem Putsch. Fast alle, die vorher politisch gearbeitet hatten, wurden verhaftet, viele endeten in dem berüchtigten Stadion, wurden ermordet, sind geflohen oder untergetaucht. Ich kann mich noch gut erinnern, wie die Frauen zu mir kamen und geweint haben, weil sie ihre Männer draußen hatten. Sie sind von ihrer Partei in's Ausland gebracht worden, weil sie in Gefahr waren. Wir standen praktisch vor dem Nichts, und da sag' den Leuten, daß sie nicht schwach sein dürfen. Zu der Unterdrückung kam noch die Abschaffung der Arbeitergesetzgebung, die Privatisierung des Gesundheitswesens usw., was die Leute zusätzlich ins Elend getrieben hat. Ich habe erfahren, wie die Leute andere als Kommunisten denunziert haben, damit nicht sie es sind, die entlassen werden. Das waren bittere Erfahrungen...

Frage: ... aber es hat doch Ende der siebziger Jahre so etwas wie einen wirtschaftlichen Aufschwung gegeben?

Antwort: Sicher, die Leute haben geglaubt, das sei jetzt das „Wirtschaftswunder“. Sie haben sich teure Radios und Fernseher gekauft, auf Kredit natürlich, den sie heute nicht mehr zurückzahlen können. Schlimmer aber war, daß die Leute gedacht haben, sie könnten sich alleine durchboxen, wenn sie nur auf ihren eigenen Vorteil bedacht sind. Ich glaube, daß die Vereinzelung, die durch dieses Konkurrenzdenken gefördert wird, allgemein sehr unterschätzt wird. Die Illusion, daß man für

Einschränkungen im Gesundheitswesen und die Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung

	Unidad Popular (1969-1973)	Militär-Diktatur (seit 1973)
Durchschnittliche Ausgaben für das Gesundheitswesen (pro Kopf und Jahr in US-Dollar)	38,41 (1969-1973)	26,08 (1973-1978)
Arbeitsstunden von med. Personal im Nationalen Gesundheitssystem pro 1000 Einwohner	2,4 (1970)	2,05 (1980)
Inspektionen im Rahmen des Programmes für Umwelthygiene (in 1000)	955 (1973)	117 (1981)
Milchrationen pro Kopf und Monat für Kinder und Schwangere (in Liter)	15 (1969)	1,5 (1983)
Infektionskrankheiten (registrierte Fälle)	9.597 (1973)	21.981 (1982)
Thyphus (registrierte Fälle)	3.688 (1973)	12.726 (1982)

Quellen: Gesundheitsministerium / Ärztekammer Santiago

sich allein Vorteile erlangen kann, wenn man sich nicht mit den anderen Unterdrückten solidarisiert, ist wohl ein besonderes Merkmal der chilenischen Diktatur, die es verstanden hat, eine liberale Wirtschaftsdeologie mit brutaler Unterdrückung zu verbinden.

Frage: Die chilenische Opposition setzt große Hoffnung in die Gewerkschaften. Haben die Pobladores, von denen ja die meisten arbeitslos sind, überhaupt eine Chance, sich gewerkschaftlich zu organisieren?

Antwort: Es gibt eine Organisation der Arbeitslosen, die auch als eine Art Halbgewerkschaft anerkannt ist. Aber angesichts der sich noch im Aufbau befindlichen Sozialstrukturen in unserer Poblacion wird es bis zu einer gewerkschaftlichen Organisation noch ein weiter Weg sein. Aber es gibt viele praktische Berührungspunkte mit den Gewerkschaften. Als wir zum

Beispiel kürzlich eine Kanalisation in der Poblacion gelegt haben, kamen etwa 400 Mann von der Baugewerkschaft anmarschiert. Die meisten von ihnen kamen von außen, das heißt, sie leben nicht hier in der Poblacion. Aber sie haben konkrete Dinge gemacht, sie haben Zeichen gesetzt. In der Kindertagesstätte haben sie Theater gespielt und für die Arbeitslosen einen „gedeckten Tisch“ organisiert. Sieben Baugewerkschafter haben für jeweils einen Arbeitslosen jeden Tag den Tisch gedeckt und mit ihm zusammen gegessen. Das hat natürlich etwas in Bewegung gesetzt, auch wenn unsere Leute noch kaum organisiert sind.

Frage: Wenn Du kurz Bilanz ziehen müßtest über Eure Arbeit, wie würde die aussehen?

Antwort: Ich glaube, daß die Leute in der Poblacion inzwischen mehr miteinander reden. Das hört sich zunächst banal an, aber es ist wichtig, nicht zuletzt, weil es weniger gefährlich ist, wenn alle reden, alle miteinander sprechen. Solange das nicht funktioniert, kann es Dir immer wieder passieren, daß Du mit einem vom Geheimdienst spricht. Diese Gefahr und diese Angst war und ist immer noch ein großes Problem für unsere Arbeit. Aber wenn ihr durch die Poblacion geht, werdet ihr sehen, was die Leute erreicht haben: Allein in unserer Siedlung haben sie eine Kindertagesstätte hingestellt, ein Gesundheitszentrum, sie machen Jugendgruppen, Alkoholikergruppen, sie stellen Textilarbeiten her, was für viele eine wichtige Einnahmequelle geworden ist... Und das haben die Leute selbst gemacht! Gegenüber der Stadtgemeinde haben sie durchgesetzt, daß zumindest eine provisorische Wasserleitung gelegt wird; das hat 10 Jahre gedauert. Was die Stadtverwaltung sonst tut, dient höchstens Propagandazwecken. In 10 Jahren haben sie, statt die im Winter völlig verschlammten Wege zu befestigen, gerade ein paar Lastwagen mit Kies abgeladen. Dafür bauen sie Springbrunnen in der vornehmen Fußgängerzone der Reichen.

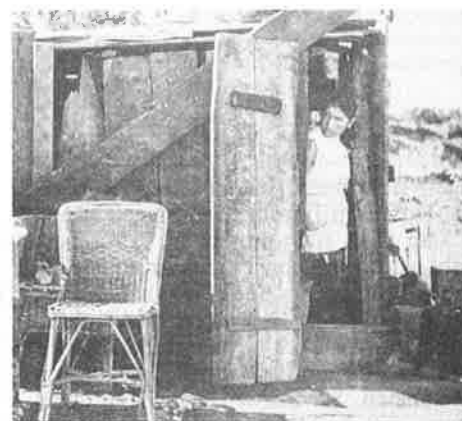




Chile: Poblaciones

Landbesetzungen sind für die Armen oft die einzige Möglichkeit, sich eine Bleibe zu erkämpfen. Im Norden Santiagos leben etwa 400.000 Menschen in bitterer Armut.

Die Hütten besitzen keine sanitären Anlagen, kein fließendes Wasser und keinen Strom. Oft leben 10 Menschen und mehr in einer der winzigen Hütten, in denen es im Sommer drückend heiß ist und die im Winter keinen Schutz bieten vor dem eisigen Wind.



Die Enge und die hohe Arbeitslosigkeit zerrütten viele Familien. Die ganze Verantwortung liegt dann bei den Frauen. Um nicht zu verhungern, müssen die Kinder als Tagelöhner oder Gelegenheitsarbeiter mithelfen oder aber betteln gehen.

Dennoch besteht die einzige Mahlzeit an manchen Tagen nur aus einer Tasse Tee und einem Stück Brot. Besonders leiden darunter die Kinder, von denen die meisten unterernährt sind. Ihre geschwächten Körper sind den zunehmenden Infektionskrankheiten schutzlos ausgeliefert.



Selbsthilfe ist für die Pobladores, die Bewohner der Elendsviertel, der einzige Weg zum Überleben. Mit der Fundacion Missio haben die Menschen hier 5 Gesundheitszentren aufgebaut und organisieren die wesentlichen Belange im Gesundheitsbereich selbst. Daneben bieten selbstverwaltete Kooperativen den Familien bescheidene Einkünfte, gemeinsame Volksküchen tragen zur besseren Ernährung der Menschen bei. Besondere Aufmerksamkeit wird den Kindern gewidmet, die in den Kindertagesstätten auch Kleidung und warme Mahlzeiten erhalten.



Hanauer Landstraße 147
6 Frankfurt/M. 1
Tel. 0611/490350

Einigen Bewohnern hat der Bürgermeister selbst Holz zum Hausbau hinbringen lassen. Das kam dann auch prompt im Fernsehen. Es gibt natürlich auch viel, was wir noch nicht erreicht haben. Die Besitzverhältnisse sind noch ungeklärt: die Leute sind im Vergleich zu früher noch viel stärker verarmt, viele leben noch auf besetztem Land in völlig unsicheren Verhältnissen. Sie müssen jeden Tag damit rechnen, daß die Stadtverwaltung die Hütten niederreißt. Sie haben auch kein Recht auf Erziehung, keine gesundheitlichen Rechte, kein Recht auf Selbstverwaltung oder sanitäre Anlagen.

Trotzdem verteidigen sie stärker als früher das, was sie erreicht haben. Anfang Mai zum Beispiel kam eine Abgesandte der Stadt und wollte den Leuten klarmachen, daß das Gemeindehaus abgerissen werden sollte. In wenigen Tagen haben die Leute über tausend Unterschriften gesammelt, sie haben an den Bürgermeister geschrieben und die Abgesandte der Stadt hat sich so bedrängt gefühlt auf der Versammlung, daß sie regelrecht geflüchtet ist. Das Haus steht immer noch!"



medico international unterstützt seit einigen Jahren die Selbsthilfeprogramme der Pobladores, der Bewohner der Elendsviertel im Norden Santiagos. Unter anderem wurden 5 Gesundheitszentren in Eigeninitiative errichtet, deren heutiger Schwerpunkt die präventiv-medizinische Versorgung der Elendsviertel ist. Die medizinische Ausrüstung der Zentren, aber auch ein kleines Labor wurden von medico international bereitgestellt. In den nächsten Jahren möchten wir die Unterhaltung dieser Einrichtungen, die laufenden Kosten z.B. für notwendig werdende Verbesserungen sowie den jährlichen Medikamentenbedarf sicherstellen.

Dafür bitten wir um Ihre großzügige finanzielle Unterstützung unter dem Stichwort: CHILE.

Spendenkonto:
Nr. 1800
Stadtparkasse
Frankfurt

Materialien

FOTOAUSSTELLUNGEN

El Salvador/Guatemala/Nicaragua (Gesundheitswesen)/Libanon/Südafrika

DIA-SERIEN

Westsahara/El Salvador/Guatemala/Libanon/ Namibia/ Peru/Südafrika/Nicaragua/ Pharma-Konzerne in der Dritten Welt

SONDERHEFT

zur aktuellen Situation in Südafrika DM 3,-

GESCHÄFTE MIT DER ARMUT -
PHARMA-KONZERNE IN DER DRITTEN
WELT
von Marcel Bühler
200 Seiten

DM 19,-

DEN TOD VERHINDERN
- OHNE DAS LEBEN ZU VERBESSERN
von Lesley Doyal
Arbeitsheft zur Entwicklung westlicher
Medizin in der Dritten Welt
80 Seiten (1982)

DM 9,-

MEDIZIN UND APARTHEID
von Dr. Aziza Sedat
Dokumente, Statistiken und Analysen zur
gesundheitlichen Lage im Südlichen Afrika
50 Seiten (1981)

DM 5,-

DIE GEHEIMEN KERKER
EL SALVADORS
von Ana Guadalupe Martinez
Lamuv-Taschenbuch
200 Seiten

DM 12,80

Gesamtverzeichnis anfordern!
Bestellungen durch Vorausüberweisung auf
das Konto 2402 bei der Stadtparkasse,
Frankfurt, oder schriftlich an

medico international

Hanauer Landstraße 147-149
6000 Frankfurt am Main 1
Telefon (0611) 490350

gen — relativ geräuschlos über die tagespolitische Bühne gegangenen Verschärfungen im Bereich der Arbeitslosenverwaltung (mehrfache Kürzung von Arbeitslosengeld, „Zumutbarkeits“-Anordnung, Beschneidung von Umschulungs- und Fortbildungsmöglichkeiten) und der Kranken- und Rentenversicherung (vielfältige Leistungsbeschränkungen und Ausweitung der „Selbstbeteiligung“).

Kämpfe um sozialpolitische Forderungen

Wenn von gewerkschaftlichem „Immobilismus“ als dominantem Handlungsmuster in der Krise die Rede war, dann schließt das gegenläufige Tendenzen in vielen Fällen keineswegs aus: Immerhin beteiligten sich in der Bundesrepublik allein 1981 mindestens 3 Millionen Beschäftigte an Demonstrationen, Warnstreiks und Streiks. Mehr als 150 000 Menschen demonstrierten oder streikten für die Erhaltung bzw. Schaffung neuer Arbeitsplätze; mehr als 100 000 beteiligten sich an Aktionen gegen inner- und überbetriebliche Sozialabbaumaßnahmen — im übrigen fast alles von der offiziellen Streikstatistik der Bundesrepublik nicht erfaßte Aktionen (zusammengestellt nach Angaben des Archivs „Soziale Bewegungen“ des IMSF, Frankfurt). Auch 1982 gab es — organisiert von DGB-Gewerkschaften — zahlreiche Aktionen, in denen sich gewerkschaftlicher Widerstand gegen den Sozialabbau „auf der Straße“ manifestierte: so demonstrierten allein zwischen September und Anfang November 1982 mehr als 600 000 Menschen in allen Teilen des Landes gegen die Politik des Sozialabbaus und der Hochrüstung, und es gab außerhalb des gewerkschaftlichen Organisationsrahmens zahlreiche Aktionen von „Aufschrei“- und Anti-Rotstift-Gruppen überall in der Bundesrepublik. Auch die Arbeitslosen begannen sich zu formieren. Im Dezember 1982 trafen sich in Frankfurt etwa 2 000 Vertreter von rund 250 Arbeitsloseninitiativen aus dem gesamten Bundesgebiet zu ihrem ersten Arbeitslosenkongreß, auf dem u. a. über weitere Gegenwehrmaßnahmen beraten wurde. (Siehe den Bericht in dg 1/1983, S. 38.)

Daß es trotz Krisendruck und politischer Rechswende auch zum gegenwärtigen Zeitpunkt in den meisten kapitalistischen Ländern gewerkschaftliche Kämpfe gegen weitere Verschlechterungen der Lebenslage gibt, zeigt allein ein Blick auf die (offizielle) Streikstatistik dieser Länder.

Aus diesen Daten, die aufgrund unterschiedlicher nationaler Definitions- und Erfassungskriterien nur bedingt miteinander vergleichbar sind und die in jedem Fall nur Mindestzahlen darstellen, gehen sehr anschaulich die unterschiedliche Kampfstärke und Kampfbereitschaft der abhängig Beschäftigten und ihrer Gewerkschaften in den einzelnen Ländern, aber indirekt auch die „Erfolge“ sozialpartnerschaftlicher Strategien in einzelnen Ländern hervor. Von der vielzitierten „englischen Krankheit“ (Synonym für „übermäßiges Streiken“) kann demnach, wenn man überhaupt von „Krankheit“ (eine Unternehmer-Diagnose!) sprechen will, kaum die Rede sein — eher wohl von einer stark überdurchschnittlichen Streikbereitschaft zur Verteidigung errungener bzw. Durchsetzung gestellter Forderungen in Italien, den USA (!) und Großbritannien.

Zwar zeigt sich in allen hier betrachteten kapitalistischen Industrieländern eine in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre insgesamt rückläufige Streikbilanz, doch werden immerhin noch — erst recht im Vergleich zur Bundesrepublik und Japan — eindrucksvolle Ziffern erreicht, die von der nach wie vor vorhandenen Kampfbereitschaft der abhängig Beschäftigten zeugen. Eine Zunahme von Streiktagen war 1982 gegenüber dem Vorjahr sogar in Großbritannien, Frankreich und Italien zu verzeichnen.

Insgesamt haben die sozialen Kämpfe der Arbeiterbewegung in fast allen kapitalistischen Ländern zu Beginn der achtziger Jahre einige neue Akzente hervorgebracht: Nach wie vor stehen die Streiks und Massenaktionen zur Absicherung der Einkommen (Löhne und Gehälter) im Mittelpunkt; zusehends bedeutender werden jedoch Großdemonstrationen und Streiks gegen die Politik des staatlichen Sozialabbaus, die wirtschafts- und sozialpolitische Orientierung von Regierungen (die dann — z.B. in Italien — schon den Charakter von „politischen Streiks“ annehmen), Be-

triebschließungen, Massenentlassungen, wachsende Arbeitslosigkeit (so die Kampagnen „Peoples' march for jobs“ in Großbritannien), fast immer verbunden mit massiver Kritik an steigenden staatlichen Rüstungsausgaben, sowie gegen den Abbau gewerkschaftlicher Rechte (z.B. in Großbritannien). Daneben gab es, etwa in Frankreich (begünstigt durch den Reglerwechsel), zahlreiche Streiks und Aktionen für die Ausweitung sozialer Rechte (Lohnausgleich bei Arbeitszeitverkürzung, Gewerkschaftsrechte im Betrieb) und die Durchsetzung politischer und ökonomischer Reformen (Verteidigung der nationalisierten Industrie). Nicht unerwähnt bleiben darf in diesem Zusammenhang die offenkundig immer enger werdende Verzahnung von sozialen Forderungen und Kämpfen mit der Kritik an der Militärpolitik und damit verbundenen hohen Staatsausgaben für militärische Zwecke bei gleichzeitiger Kürzung von Sozialausgaben. Kaum ein gewerkschaftlicher Dachverband, sogar der extrem antikommunistische „amerikanische“ US-Dachverband AFL-CIO sparte in den letzten Jahren die Rüstungspolitik und die Vergeudung von Geldmitteln für diesen Bereich aus seiner Argumentation gegen die Austeritätspolitik der Regierungen aus.

Ein kurzer Blick auf die wichtigsten Aktionen der Arbeiterbewegung in den bedeutendsten kapitalistischen Ländern während der letzten beiden Jahre mag zeigen, daß die sozialen Auseinandersetzungen und die Gegenwehr der Arbeiterbewegung in diesen Ländern trotz schwieriger gewordenen Bedingungen keineswegs zum Erliegen gekommen sind, wie dies ein Blick auf die Verhältnisse in der Bundesrepublik nahelegen könnte:

In den USA fand im September 1981 mit der Großdemonstration in Washington, an der sich etwa eine halbe Million Menschen beteiligte, die bedeutendste Massenaktion gegen die Politik des staatlichen Sozialabbaus (Kürzung von etwa 250 Sozialprogrammen der Bundesstaaten, faktische Außerkraftsetzung der Regierungsprogramme zur Bekämpfung der Armut) und der Beschneidung von Gewerkschaftsrechten seit den „Hungermärschen“ der dreißiger Jahre statt. Zum ersten Mal in seiner Geschichte sah sich der Gewerkschafts-Dachverband AFL-CIO veranlaßt, zu einer Massendemonstration aufzurufen und an ihrer Organisation mitzuwirken. Im Anschluß an diesen „Solidaritätstag“ bildete sich zur Fortsetzung des Kampfes eine „Koalition für einen fairen Staatshaushalt“ aus über 200 Organisationen der Arbeiterbewegung, Friedensbewegung, Afroamerikaner, der älteren Generation („grey panthers“), der Frauen, Umweltschützer, Steuerzahler, Bürgervereine usw.

Bereits im Frühjahr und Sommer 1981 hatte es in den USA einen zweieinhalbnächtigen (!) landesweiten Bergarbeiterstreik und davor ebenfalls Streiks und Aktionen der Bergarbeiter gegen die von der Regierung beschlossene 88prozentige Kürzung der sozialen Hilfsprogramme gegeben. Im August schließlich begann der (Total-)Streik der Fluglotsen, der im Oktober unter beispiellosem Druck der Regierung (Entlassung aller Streikenden, Gefängnis für Streikführer, Entzug des Rechts auf Vertretung der Fluglotsen für die Gewerkschaft usw.) beendet werden mußte.

Im darauffolgenden Jahr 1982 begannen die Gewerkschaften in den USA zusehends von der Politik der ihnen aufgewungenen Zugeständnisse (siehe General Motors-Tarifvertrag sowie eine ähnliche Vereinbarung bei Ford) zu lösen. Im September/Oktober 1982 verweigerten die Arbeiter von Chrysler (Automobilkonzern) einem Tarifvertrag ihre Zustimmung, der ihnen Reallohnverluste gebracht hätte, und erzwangen im Streik eine Regelung, die einen Teil früher aufgebener Vorteile wiederherstellte. Schließlich folgten Anfang September 1982 wiederum mehrere Hunderttausend Menschen einem Aufruf der Gewerkschaften zur Teilnahme an einer Demonstration in New York und Chicago zum „Labor Day“.

Großbritannien erlebte 1981 große Streiks im Kohlebergbau (gegen die beabsichtigte Schließung von 60 Zechen), im öffentlichen Dienst und in der Metallindustrie sowie Demonstrationen und Protestmärsche gegen die wachsende Arbeitslosigkeit und die Wirtschaftspolitik der konservativen Regierung („Peoples' march for jobs“ im Mai 1981). Trotz weiter steigender Arbeitslosigkeit und verstärktem Druck der Regierung auf die Gewerkschaftsbewegung nahmen die Streik-

aktivitäten 1982 wieder zu: erstmals seit 27 Jahren legten die Eisenbahner die Arbeit nieder, es gab den ersten U-Bahn-Streik seit 1926; andere Teile der Beschäftigten des öffentlichen Dienstes folgten: Fluglotsen, Nahverkehrsbetriebe und Beschäftigte des Gesundheitswesens. Bemerkenswert war insbesondere der Streik der 600 000 Krankenschwestern und -pfleger für bessere Bezahlung, der trotz Verbots von Solidaritätsstreiks zahlreicher anderer Gewerkschaften begleitet wurde. Im Herbst 1982 folgten Hunderttausende einem Aufruf des Gewerkschaftsdachverbandes TUC zu einem nationalen Aktionstag (allein in London mit 120 000 Teilnehmern).

In Frankreich standen seit dem Regierungswechsel im Mai 1981 neben Lohn- und Gehaltsforderungen und dem Kampf gegen die Arbeitsplatzvernichtung vor allem betriebliche und überbetriebliche Aktionen der Gewerkschaften für die tatsächliche Durchführung der Wochenarbeitszeitverkürzung bei vollem Lohnausgleich, den Ausbau gewerkschaftlicher Mitsprache- und Mitbestimmungsrechte im Betrieb und die Verteidigung der wirtschafts- und sozialpolitischen Maßnahmen der neuen Regierung im Mittelpunkt des gewerkschaftlichen Kampfes. Insgesamt bot die 1981 eingetretene Verschiebung des innenpolitischen Kräfteverhältnisses in Frankreich zwar die Möglichkeit zur Verbesserung der Kampfbedingungen für die Arbeiterbewegung, gleichzeitig sah sich diese jedoch mit bis zur Obstruktion und Sabotage gehenden Versuchen der Unternehmer konfrontiert, den von der Linken angestrebten Wechsel auf ökonomischen, politischem und sozialen Gebiet zu verzögern oder zu verhindern. Diese offen ausgesprochene Strategie des Kapitals, die bereits Züge einer Politik der Destabilisierung nach dem Muster Chiles während der Regierungsperiode der Unidad Popular annahm, war zumindest bislang insoweit erfolgreich, als durch sie einige von der sozialistischen Regierung vorgesehene Maßnahmen entweder zurückgenommen, verzögert oder verwässert wurden. Zwar konnten Einkommenserhöhungen für die am geringsten Verdienenden und Rentner durchgesetzt werden, doch mußten andererseits 1982 Einkommenseinbußen durch den von der Regierung verhängten viermonatigen Lohn- und Preisstopp hingenommen werden. Die Gewerkschaften in Frankreich sehen sich unter der (von ihnen jahrelang ersuchten) Linksregierung mit der Schwierigkeit konfrontiert, einerseits eine Art „Wächterfunktion“ zur Kontrolle der Durchführung wichtiger ökonomischer und politischer Reformen durch die Regierung ausüben zu müssen, ohne dabei allerdings diese Regierung, die sich mehr und mehr eine „sozialdemokratische“ Krisenüberwindungsstrategie nach westdeutschem Muster zueigen gemacht hat („Alle müssen Opfer bringen“), zahlreiche Inkonssequenzen bei der Verwirklichung beabsichtigter Strukturreformen (Nationalisierung von Teilen der Großindustrie) an den Tag legt und sich beträchtlichen außenwirtschaftlichen Problemen gegenüberstellt, prinzipiell in Frage zu stellen.

Italien schließlich nahm in den vergangenen Jahren wie eh und je eine absolute Spitzenstellung bei Arbeitskämpfen in Westeuropa ein. Die Versuche der Regierung, die Gewerkschaften in einen „Sozialpakt“ zur Krisenüberwindung nach der Art der bundesdeutschen „Konzertierten Aktion“ einzubinden, scheiterten 1981 nach einem Generalstreik im Oktober, an dem im ganzen Land rund 10 Millionen Beschäftigte teilnahmen. Die sozialen Auseinandersetzungen wurden 1982 durch die einseitige Aufkündigung der gleitenden Lohnskala („scala mobile“) durch den Unternehmerverband verschärft. Damit soll das 1975 abgeschlossene Abkommen liquidiert werden, das eine vierteljährliche automatische Anpassung der Löhne an die vorangegangenen Preiserhöhungen gewährleistete und wesentlich dazu beigetragen hatte, das Reallohnniveau der italienischen Arbeiter und Angestellten auch in der Krise zu halten, 1982 sogar leicht anzuheben. Die italienischen Gewerkschaften sahen sich gezwungen, allein 1982 die Arbeiter und Angestellten mehrfach zu Massendemonstrationen mit Generalstreikcharakter gegen diese und andere Pläne der Regierung zum Abbau sozialer Leistungen (Preis- und Steuererhöhungen, hinausgeschobenes Pensionsalter, drastische Einschränkungen im Gesundheitswesen usw.) zu mobilisieren: 14 Millionen Menschen protestierten im April gegen die Wirtschaftspo-

lit der Regierung, etwa 15 Millionen im Juni gegen die Abschaffung der „scala mobile“, weitere Aktionen mit Millionenbeteiligung gab es während des gesamten Sommers und Herbstes. Auch noch im Januar 1983 wandten sich 7 Millionen Streikende gegen Steuererhöhungen und forderten die Fortführung der automatischen Lohnanpassung.

Kampffelder der achtziger Jahre

Unser nur schlaglichtartiger Überblick hat gezeigt, daß in der Bundesrepublik wie in den westeuropäischen Nachbarländern und den USA auch in der Krise die Mobilisierung der Arbeiterbewegung prinzipiell möglich ist, wenn es um die Verteidigung sozialer Errungenschaften geht. Das unterschiedliche Niveau der Kämpfe weist allerdings auf unterschiedlich intensiv ausgeprägte Kampfbereitschaft und unterschiedliche wirtschafts- und sozialpolitische Strategien der Gewerkschaften, den Grad ihrer Autonomie von Regierungen und ihre Einbindung in kapitalistische Krisenregulierungsmechanismen und -institutionen („Sozialpakt“, „Konzertierte Aktion“, Sozialpartnerschaft) hin. Festzuhalten bleibt, daß ganz offensichtlich das bisherige Niveau der Kämpfe nicht ausreicht hat und zukünftig noch weniger ausreichen wird, soziale Besitzstände wenigstens zu sichern — von ihrem Ausbau gar nicht zu reden. Die Gewerkschaften stehen damit in den meisten kapitalistischen Ländern an einem Punkt, wo sie sich über kurz oder lang entscheiden müssen, ob sie ihrer Politik stärker als bislang einen ausschließlichen an den Interessen der Lohnabhängigen orientierten (d.h. zumindest stark reformistischen) Inhalt geben und auch alle Mittel für die praktische Durchsetzung dieser Politik anwenden oder aber im Vertrauen auf eine nicht existierende „automatische“ Selbstheilungskraft der kapitalistischen Wirtschaft und um den Preis der weiteren Hinnahme von sozialen Verschlechterungen für die Arbeiterklasse weiter auf „Silberstreifen am Horizont“ der wirtschaftlichen Entwicklung warten wollen.

Die Praxis selbst sozialdemokratisch geführter Regierungen zeigt, daß auf die Krise in sozialpolitischer Hinsicht nicht *prinzipiell* (wohl aber in Einzelfragen) anders reagiert wird als in Ländern mit konservativen Regierungen. Weder wurde und wird in sozialdemokratisch regierten Ländern „nachfrageorientierte Wirtschaftspolitik“ in Reinkultur betrieben, noch wird dort in der Krise darauf verzichtet, sozialpolitische Abbaumaßnahmen in z.T. gravierendem Ausmaß anzunehmen. Das Beispiel der Bundesrepublik zeigt, daß die wirtschafts- und sozialpolitische Wende zum Konservatismus sogar unter sozialdemokratischer Regierungsverantwortung vollzogen werden kann. Wo es während der Krise zur Ablösung konservativer Regierungen durch sozialdemokratische kommt (Frankreich, Spanien, Griechenland, Schweden), wird zudem deutlich, daß angestrebte (oder zumindest in Wahlprogrammen verkündete) ökonomische, politische und soziale Reformen, wenn überhaupt, so doch nur unter dem Druck der Basis, der Gewerkschaftsbewegung und der Arbeiterparteien, realisiert werden können. Zudem handelt es sich bei dem Ausbau solcher Reformen ohnehin häufig nur um die Verwirklichung längst überfälliger struktureller Veränderungen (ähnlich wie 1969—73 in der Bundesrepublik), die auch — zumindest teilweise — im Kapitalinteresse liegen können. Dies mindert nicht unbedingt ihren Wert für die Arbeiterbewegung, es muß aber zur korrekten Einschätzung solcher Maßnahmen gesehen werden. Die Beispiele Frankreichs und Griechenlands zeigen überdies, daß sich „sozialistische“ Regierungen recht bald nach der Regierungsübernahme unter dem Druck kapitalistischer Entwicklungslogik in „gemäßigte“ oder gar lupenreine sozialdemokratische nach dem Muster der SPD „verwandeln“ können — oder zumindest in der Tendenz auf dem Wege dazu sind. Die Ursache hierfür liegt sicher in dem weder programatisch noch praktisch-politisch vollzogenen Bruch mit der politischen Ökonomie des Kapitalismus bzw. in der mangelnden Konsequenz bei der Realisierung von auch gegen das Kapital gerichteten Reformen sowie in einer fehlenden sozialistischen, d.h. den Kapitalismus letztlich sprengenden, Perspektive dieser Parteien.

Der Arbeiterbewegung stellt sich daher für die achtziger Jahre die wichtige Aufgabe, Alternativen zu der von Logik des Kapitals geprägten Wirtschafts- und So-

zialpolitik zu formulieren, die eben diese Logik durchbrechen, d.h. letzten Endes *antikapitalistisch* ausgerichtet sein müssen. Das bedeutet, daß in der heutigen Situation ein solcher Rückgriff auf keynesianische Krisenüberwindungskonzepte der vergangenen Jahrzehnte nicht mehr genügt, um den drängendsten Problemen dieses Jahrzehnts wirkungsvoll im Interesse der Lohnabhängigen begegnen zu können.

Für die nächsten Jahre werden in den meisten kapitalistischen Ländern die folgenden, *zentralen Probleme der Sozialpolitik* im Brennpunkt der Auseinandersetzung stehen:

1. Der Abbau der *Massenarbeitslosigkeit* durch staatliche Beschäftigungsprogramme und tarifliche Arbeitszeitpolitik;
2. die Verhinderung weiterer gravierender *Verschlechterungen der Verteilungsverhältnisse* durch eine reallohnsichernde Tarifpolitik der Gewerkschaften und stärken Druck auf die staatliche Haushalts- und Finanzpolitik;
3. der Kampf um die *Umstrukturierung der staatlichen Ausgabenpolitik* mit dem Ziel der deutlichen Reduzierung der Militärausgaben, direkten und indirekten Profitförderung und Subventionen für die Unternehmen bei gleichzeitiger Wiederanhebung der Sozialausgaben im weitesten Sinne;
4. die *Sanierung der Sozialsicherungssysteme* (Renten-, Kranken- und Arbeitslosenversicherungen) und die Sicherstellung der Finanzmittel für Arme (Sozialhilfeprogramme) und Alte. Hier wäre darauf zu achten, daß sich der Staat (wie bislang z.B. in der Bundesrepublik) nicht noch weiter durch die Kürzung von Zuschüssen aus der Finanzierung der Versicherungen zurückzieht, daß die Erhöhung der Beitragssätze für die Lohnabhängigen möglichst unterbleibt und die weitere „Privatisierung“ von sozialen Risiken und „Gesundheitskosten“ („Selbstbeteiligung“) verhindert wird. Stattdessen wäre etwa auf der Seite der „Leistungsanbieter“ im Gesundheitswesen mit tatsächlichen Kostendämpfungsmaßnahmen (Pharmaindustrie, Ärzte usw.) anzusetzen;
5. die Verhinderung der weiteren *Entsolidarisierung und Aufspaltung* der Arbeiterklasse und lohnabhängigen Mittelschichten in „Arbeitsplatzbesitzer“ und Arbeitslose; der von Frauen, Jugendlichen, Älteren und ethnischen Minderheiten am Arbeitsmarkt und in der Gesellschaft durch eine solidarische, d.h. alle Teile der Klasse einbeziehende gewerkschaftliche Arbeits- und Sozialpolitik.

Welcher Lösung diese für die Mehrheit der Bevölkerung existentiellen sozialpolitischen Problemen im einzelnen auch immer zugeführt werden mögen, hängt in nicht unbedeutendem Maße davon ab, wie und in welchem Umfang es der Arbeiterbewegung im nationalen Rahmen und auf internationaler Ebene gelingt, die militärische Hochrüstung als unmittelbaren Faktor der ökonomischen und sozialen Zerrüttung zurückzudrängen, der politischen Rechtsentwicklung in den wichtigsten kapitalistischen Ländern zu begegnen sowie auf der programmatischen und praktisch-politischen Ebene eine linke Alternative der gesellschaftlichen Entwicklung zu formulieren, die die aktuellen und perspektivischen Lebensinteressen der Arbeiterklasse und der demokratischen Volksmehrheit auszudrücken und in politische Aktivitäten umzusetzen in der Lage ist.

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

Sozialaufwendungen, Finanzierung und Umverteilung

Sozialpolitik entwickelt sich im Kapitalismus stets in der Auseinandersetzung zwischen Kapital und Arbeiterbewegung. *Ihr jeweiliges Niveau ist Ergebnis des „Kräfteverhältnisses der Kämpfenden“* (Karl Marx) in der Gesellschaft, veränderlich also je nach Stärke und Kampfposition der gesellschaftlichen Hauptkontrahenten. Der „Staat“ in Gestalt von Regierungen

und Verwaltungsapparaten ist weit davon entfernt, lediglich als „ausgleichender Faktor“, als „Schiedsrichter“ zwischen den Fronten zu fungieren. Er nimmt vielmehr Kapitalinteressen wahr, indem er für bestmögliche Kapitalverwertungsbedingungen sorgt. Dies schließt freilich im Einzelfall nicht aus, daß auch den abhängig Beschäftigten zugute kommende („Reform“-)Politik betrieben werden kann, wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse es zulassen bzw. die Verwertungsbedingungen es erfordern. Dies schließt weiterhin nicht aus, daß sich Regierungen u. U. genötigt sehen können, im „übergeordneten“ kapitalistischen Gesamtinteresse gegen einzelne Kapitalfraktionen bzw. kapitalistische Einzelinteressen vorzugehen.

Die gesamte Entwicklung staatlicher Sozialpolitik ist seit ihrem Entstehen mit der Herausbildung der kapitalistischen Großindustrie und der Klasse der eigentumslosen kapitalistischen Lohnarbeiter in diesem Zusammenhang zu sehen: sie erfüllt einmal *ökonomische* Funktionen, indem sie für die Aufrechterhaltung gesunder, sozialer und qualifikationsmäßiger Mindeststandards auf Seiten der verwertbaren Arbeitskraft sorgt; sie dient *politisch* zur Integration der Arbeiterklasse in das kapitalistische System; sie trägt auf der *ideologischen* Ebene zur Verschleierung der tatsächlichen gesellschaftlichen Machtverhältnisse bei („Sozialstaat“, „Wohlfahrtsstaat“). Sie ist also in gewisser Weise notwendige Bedingung zur kapitalistischen Systemstabilisierung.

Die *Verallgemeinerung der Lohnarbeit* im Verlauf der Entwicklung des Kapitalismus, also die absolute und relative Zunahme der Zahl der abhängig Beschäftigten und die Abnahme der Zahl der Selbständigen, die in allen kapitalistischen Industrieländern zu beobachten ist, zieht auch die *Verallgemeinerung des sozialen Schutzes* nach sich: in dem Maß, wie ein immer größerer Teil der Bevölkerung lohnabhängig wird (oder zur Lohnabhängigkeit tendiert, wie z.B. große Teile der noch selbständigen Mittelschichten, die sich unter dem Druck der Zentralisation des Kapitals und der Monopolisierung befinden), wird auch in der Regel der Anteil der geschützten Personen größer. Dies ist freilich *weder ein automatischer Zusammenhang, noch vollzieht sich dieser Prozeß in allen kapitalistischen Ländern gleichzeitig, in der gleichen Geschwindigkeit und den gleichen Formen*. Auch der Grad der *Verallgemeinerung des sozialen Schutzes* hinsichtlich des Umfangs der abgedeckten Existenzrisiken (Arbeitslosigkeit, Krankheit, Alter usw.) und der erfaßten Bevölkerungsgruppen sowie die *Formen der Organisation* dieses Schutzes (Versicherungs-, Versorgungs-, Fürsorgeprinzip usw.) sind in den einzelnen Ländern *unterschiedlich* weit vorangeschritten bzw. ausgeprägt. Immer jedoch ist dies als *Resultat konkreter historischer, d.h. ökonomischer und politischer Bedingungen*, die durch *Klassenaussensetzungen* und je spezifische *politische Kräfteverhältnisse* geprägt sind, zu sehen.

Je nach Stand und „Härtegrad“ der gesellschaftlichen Auseinandersetzungen, je nach ökonomischer Entwicklung und gesamtgesellschaftlichem „politischem Klima“ ist die Sozialpolitik also z.T. starken *Schwankungen und Richtungsänderungen* unterworfen.

Mitentscheidend dafür, in welchem konkreten Ausmaß z.B. Bescheidungen in der Sozial- und Gesundheitspolitik von den Regierungen auch tatsächlich durchgesetzt werden können, ist also auch immer die *Stärke und Kampfkraft, die Fähigkeit und Bereitschaft* sowie die *wirtschafts- und sozialpolitische Orientierung* der organisierten Arbeiterbewegung.

Bevor auf die gesundheits- und sozialpolitische Entwicklung in Westeuropa und den USA detailliert in Form von Länderübersichten eingegangen wird, sollen die quantitativen Dimensionen der Sozialpolitik im Vergleich betrachtet werden. Dabei ist, wie immer bei internationalen Vergleichszahlen, Vorsicht bei der Interpretation der Daten geboten, da diese auf z.T. nicht exakt übereinstimmenden Abgrenzungs- und Erfassungskriterien beruhen. Da gerade mit (in der Regel nicht näher definierten) Sozialleistungs- und Gesundheitsziffern in politischen, leider aber auch sehr oft in wissenschaftlichen Diskussionen und Publikationen völlig unkontrolliert, unkritisch und bisweilen

auch verfälschend umgegangen wird — etwa um den „Sozialstaats“-Charakter des eigenen Landes besonders hervorzukehren bzw. „Kostenbelastungen“ in anderen Ländern (besonders beliebt in der konservativen Agitation hierzulande ist Schweden) anzuprangern oder als beispielhaft darzustellen, sei ausdrücklich betont: Die nachfolgenden Daten über Sozialleistungs- und Gesundheitskosten sind in ihrer Vergleichbarkeit stark eingeschränkt. Sie sind nach unterschiedlichen nationalen Abgrenzungskriterien erhoben und auf unterschiedliche volkswirtschaftliche Gesamtgrößen bezogen. Teilweise enthalten sie alle rechnerisch erfaßbaren Sozialleistungen (also auch die privaten Ausgaben), teilweise schließen sie Unternehmerleistungen außerhalb der Versicherungsbeitragszahlungen — also etwa die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall — ein, teilweise enthalten sie nur staatliche Leistungen. Auch der Bereich „Gesundheit“ wird unterschiedlich definiert: z.T. handelt es sich dabei nur um die Kosten der Krankenversorgung im engeren Sinne, teilweise sind darunter auch andere Funktionsbereiche der Sozialleistungsstatistik (z.B. Invalidität, Behinderung, Arbeitsunfall, Berufskrankheit) zusammengefaßt. Die Aufwendungen für „Mutterschaft“ (Schwangerschaft, Geburt) werden fast immer zum Funktionsbereich „Familie“ gezählt. Nicht möglich ist es daher, die Prozentangaben verschiedener in folgenden angeführter Tabellen miteinander zu vergleichen! Vergleiche zwischen einzelnen Ländern innerhalb einer Tabelle sind möglich, sie können jedoch nur dazu dienen, die ungefähren Größenordnungen gegenüberzustellen. Allzu weitreichende Schlüsse sollten daher aus z.B. Unterschieden bei Dezimalstellen nicht abgeleitet werden.

Tabelle 10: Sozialleistungsquoten¹⁾

Land	1950	1960	1970	1977
USA	4,0	6,8	9,6	13,7
Japan	3,5	4,9	5,4	9,7
Großbritannien	9,6	10,8	13,8	17,3
Frankreich	11,5	13,2	15,3	25,6
Italien	8,4	11,7	16,3	22,8
Niederlande	8,0	11,1	20,0	27,6
Belgien	11,6	15,3	18,1	25,5
BRD	14,8 ²⁾	15,4	17,0	23,4

- 1) Kosten der sozialen Sicherung (Leistungen ohne Verrechnungen) in Prozent des Bruttosozialprodukts (nach Abgrenzungen des Internationalen Arbeitsamtes)
2) Ohne Berlin

Quelle: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Statistisches Taschenbuch 1982, Arbeits- und Sozialstatistik, Bonn 1982, Tab. 9.15.

Tabelle 10 gibt einen Überblick über die Entwicklung der staatlichen Sozialleistungen nach dem Zweiten Weltkrieg in den wichtigsten kapitalistischen Ländern. Dabei ist zu beachten, daß hier der Statistik des Internationalen Arbeitsamtes (Genf) gefolgt wird, die sich von der in der Bundesrepublik und anderen EG-Ländern gebräuchlichen Abgrenzung der Sozialbudgets (diese umfassen einen weiteren Bereich von Leistungen) unterscheidet. Das Sozialleistungsniveau ist demnach unterschiedlich hoch. Japan, die USA und Großbritannien weisen die niedrigsten, die Bundesrepublik, Belgien, Frankreich und die Niederlande gemessen am Bruttosozialprodukt — also der Wirtschaftskraft — die höchsten Sozialleistungsquoten der hier erfaßten Länder auf. Verglichen mit 1950 hat sich die Rangstellung Japans und der USA nicht verändert; die Niederlande haben die Spitze erklommen, während die Bundesrepublik vom ersten Rang zurückgefallen ist. In allen Ländern ist jedoch im Verlauf der Nachkriegszeit ein deutlicher Anstieg der Sozialleistungsquoten erreicht worden.

Diese Unterschiede im Sozialleistungsniveau der einzelnen Länder lassen sich in erster Linie aus dem unterschiedlichen Umfang des sozialen Sicherungssystems hinsichtlich der abgedeckten Risiken und des Kreises der versicherten Personen sowie der Höhe der gewährten Leistungen erklären. Während für die USA wohl der geringe Versicherungsumfang der Bevölkerung als Haupterklärung für die niedrigere

Sozialleistungsquote dienen kann, dürfte die im Verhältnis zur Bundesrepublik geringere Rate in Großbritannien bei in etwa gleichem Versicherungsumfang auf ein niedrigeres Leistungsniveau zurückzuführen sein.

Was sind nun die Ursachen des festgestellten langfristigen Wachstums der Sozialleistungen?

Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung, West-Berlin, kommt in einer Untersuchung zum sozialen Schutz in den EG-Ländern u. a. zu dem diese Entwicklung erläuternden Ergebnis: „Als Einflußfaktoren für die schnelle Zunahme der gesamten Sozialleistungen sind Arbeitslosigkeit, Preissteigerungen, dynamische Anpassung und Leistungsverbesserungen zu nennen. Die steigende Arbeitslosigkeit hatte einen gegenüber 1970 hohen Mehraufwand für Einkommenstransfers an Arbeitslose und für unmittelbare arbeitsmarktpolitische Maßnahmen zur Folge, die nur zum Teil über höhere Beiträge finanziert wurden. (...)“

Die Preissteigerungen, mit denen die meisten EG-Länder zu kämpfen haben, sind in den Dienstleistungsbereichen meist stärker, da bei geringeren Produktivitätsfortschritten die Einkommenssteigerungen hier in der Regel nicht hinter denen im Produktionsbereich zurückbleiben. Im Gesundheitswesen sind die preisbedingten Kostensteigerungen eine wesentliche Ursache für den Anstieg der entsprechenden sozialen Leistungen. (...) Ein großer Teil der Einkommensübertragungen an private Haushalte ist in den EG-Ländern dynamisiert, sei es, daß die Leistung wie im Falle von Krankheit, Mutterschaft oder Arbeitslosigkeit nach dem Entgelt des Anspruchsberechtigten gemessen wird, sei es, daß die Übertragungen wie bei den Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenrenten regelmäßig gemäß den eingetretenen Preis- und Reallohnsteigerungen angehoben werden. Darüber hinaus erfordert die demographisch bedingte Zunahme des Anteils der Einwohner im Rentenalter die Bereitstellung eines höheren Finanzierungsvolumens. In allen Ländern der Europäischen Gemeinschaft sind die gesetzlichen Grundlagen für die sozialen Leistungen sowie die entsprechenden Durchführungsverordnungen mehrfach verändert und ergänzt worden, was teils mit Leistungsverbesserungen (...), teils mit der Absicht der Dämpfung des weiteren Anstiegs der Leistungsverpflichtungen verbunden war. In einzelnen Ländern ist das System auch — z. B. Öffnung der Sozialversicherung für Selbständige — ausgeweitet worden. (...)

Es ist kaum möglich, die Steigerung der Sozialleistungen insgesamt und die damit verbundenen höheren Aufwendungen den genannten Faktoren einzeln zuzurechnen. Der Großteil der zusätzlichen Mittel entfällt jedoch nicht auf den Ausbau des Netzes der sozialen Sicherung, sondern auf die Wahrung des bestehenden Systems. (Sozialer Schutz in den Ländern der Europäischen Gemeinschaft, in: DIW-Wochenbericht, Berlin/West, 4/1981, S. 39f.)

Von einem „wildwuchsartigen“ Überhandnehmen staatlicher Sozialausgaben, das auf „übersteigerte Ansprüche der Bürger“ zurückzuführen ist, wie dies die konservative Propaganda behauptet, kann demnach nicht die Rede sein. Vielmehr müssen gegenwärtig immer größere Teile des für Sozialaufwendungen bereitgestellten Finanzvolumens für die zumindest teilweise Kompensation unmittelbarer Krisenauswirkungen (Arbeitslosenunterstützung, Umschulung und Weiterbildung bei Arbeitslosigkeit; Frühverrentung als Folge von Betriebsschließungen und Personalreduktion in den Betrieben, Sozialhilfe usw.) verwendet werden und dienen also keineswegs dem „weiteren Ausbau des Sozialstaats“ im Sinne der Verbesserung der Lebensbedingungen der Menschen. Im übrigen sagt die Höhe des Sozialleistungsniveaus in der Tat nur wenig über die Qualität der Sozialpolitik bzw. der erbrachten sozialen Dienstleistungen aus.

Vergleicht man das Sozialleistungsniveau überdies mit der Entwicklung der Gesamtabgabenbelastung der Bürger, also dem durch den Staat per Steuern und Sozialabgaben mobilisierten Teil des Bruttosozialprodukts, dann wird deutlich, daß Länder mit einem hohen staatlichen Sozialleistungsniveau auch die höchsten Belastungen aus Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen aufweisen. Zudem ist die Abgabenbelastung in allen westlichen Ländern im Verlauf der letzten zwei Jahrzehnte z. T. beträchtlich gewachsen.

Damit ist allerdings wiederum nichts darüber ausgesagt, in welchem Umfang der Staat eingenommene Steuern und Abgaben z. B. für die Sozialpolitik, das Bildungswesen, die Gesundheitsversorgung usw. auch wieder ausgibt bzw. sie für andere Zwecke (z. B. Rüstung, Unternehmens-Subventionen usw.) verwendet.

Und aus diesen Angaben geht nicht hervor, welche gesellschaftlichen Gruppen welchen Anteil der Abgaben aufbringen und welchen Gruppen wiederum welche Anteile über staatliche Umverteilungsprozesse zukommen.

Betrachten wir diese Zusammenhänge etwas genauer am Beispiel der Bundesrepublik: Der Staat mobilisiert rund drei Viertel seiner Einnahmen aus Steuern, zu geringeren Anteilen aus Gebühren, eigener Wirtschaftstätigkeit, Krediten usw. Die vom Volumen her wichtigsten Steuerraten sind die Lohnsteuer (ca. 30 Prozent), die Umsatzsteuer (ca. 16 Prozent), die veranlagte Einkommensteuer (ca. 11 Prozent). Der weit überwiegende Teil der Steuern wird von den abhängig Beschäftigten aufgebracht bzw. von den Verbrauchern, die sich in ihrer Mehrheit aus diesen zusammensetzen. Dabei steigt die Belastung der Arbeiter und Angestellten langfristig relativ und absolut: der Anteil der Lohnsteuer hat sich seit 1950 verdreifacht, der der Körperschaftssteuer (Unternehmenssteuer) ist dagegen zurückgegangen. Dies ist einmal auf einen Anstieg der Zahl der Lohnabhängigen, aber auch auf gestiegene Steuersätze zurückzuführen.

Neben den Steuern fallen für die Bezieher von Löhnen und Gehältern noch Beiträge zur Sozialversicherung (Renten-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung) als Abzüge vom Bruttoeinkommen an. Diese sind, wie die Lohnsteuern auch, langfristig erheblich angestiegen. (Tabelle 11)

Tabelle 11: Entwicklung der Belastung durch Lohnsteuer- und Sozialbeiträge in der Bundesrepublik

Jahr/Periode	Lohnsteuer ¹⁾	Sozialbeiträge ²⁾	öfentl. Abgaben insges. ³⁾
1950	4,6	8,0	12,6
1960—65	7,6	9,4	17,5
1966—70	9,7	10,4	20,8
1971—75	13,7	11,7	26,6
1976—80	15,5	13,5	29,9
1982	17,4	13,9	31,3 ⁴⁾
1983 ⁵⁾	18,0	14,1	32,2 ⁴⁾

- 1) Lohnsteuer kassenmäßig ohne Lohnsteuer auf Pensionen; durchschnittlich, in Prozent
2) Tatsächliche Sozialbeiträge der „Arbeitnehmer“; durchschnittlich, in Prozent
3) Lohnsteuer, Ergänzungsabgabe, Stabilitätsabgabe, Kirchensteuer, tatsächl. Sozialbeiträge der „Arbeitnehmer“; durchschnittlich, in Prozent
4) Nur Lohnsteuer und tatsächl. Sozialbeiträge der „Arbeitnehmer“
5) Schätzung

Quelle: IFO-Schnelldienst, München, 14/1980, S. 16 ff.; ebd., 8/1983, S. 6.

Aus den Angaben in **Tabelle 11** geht hervor, daß sich die durchschnittliche Lohnsteuerbelastung zwischen 1950 und 1980 mehr als verdreifacht hat, die Belastung durch Sozialabgaben stieg um ca. 70 Prozent an. Insgesamt wuchs die Abgabenbelastung um das Zweieinhalbfache. Sie betrug 1980 ca. 30 Prozent im Durchschnitt, 1982/83 bereits ein Drittel der Brutto-lohn- und Gehaltssumme. Bedenkt man ferner, daß auch die indirekten Steuern (Mehrwert- und Mineralölsteuer usw.) zum weit überwiegenden Teil von den Lohnabhängigen bezahlt werden müssen, dann läßt sich die gigantische Umverteilung der Einkommen innerhalb der Gesellschaft durch die staatliche Steuer- und Abgabenpolitik ermessen. Daß von den Steuereinnahmen des Staates nicht nur Sozialaufwendungen finanziert werden, sondern auch Rüstungskosten, Investitionszulagen, Forschungs- und Entwicklungskosten der Industrie usw., braucht nicht weiter betont zu werden.

Tabelle 12: Monetäre Umverteilung nach privaten Haushalten und sozialistischen Haushaltstypen 1980 in der Bundesrepublik (in Prozent der Haushaltseinkommen)

	Alle Haushalte	Selbständige i. d. Land- u. Forst- wirtsch.	in sonst. Bereichen	Beamte	Ange- stellte	Arbeiter	Nichterwerbstätige Versor- gungsemp- fänger (d. öffentl. Dienstes)	Rentner und sonstige
Brutto-Erwerbs- u. Vermögens- Einkommen	100	100	100	100	100	100	100	100
Soz. Leistungen	22	7	2	5	7	11	370	299 ¹⁾
Nettoeinkommen	122	107	102	105	107	111	470	399
Direkte Steuern, Sozialbeiträge u. sonst. geleistete Übertrag.	38	19	28	25	43	44	64	32
Verfügbares Eink.	84	88	74	80	64	67	406	367 ¹⁾

1) Der Umverteilungseffekt für Rentner ist in Wirklichkeit weit größer, was aber hier durch ihre statistische Zusammenfassung mit Personen, die von sonstigen laufenden Übertragungen leben, nicht deutlich werden kann.

Quelle: DIW-Wochenbericht, Berlin (West), 4/1982; eigene Berechnungen

Um diese Umverteilungseffekte weiter zu verdeutlichen, betrachten wir im folgenden auf der Ebene der privaten Haushalte, was der Staat (einschließlich der Sozialversicherungen) den sozialen Gruppen durch Abzüge an den Einkommen abnimmt und was er ihnen per Übertragungen wieder zukommen läßt. Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), West-Berlin, errechnete für 1980 die folgenden Zahlen (Tabelle 12):

Per Saldo verfügen demnach nach allen Transfers und Abzügen alle privaten Haushalte (1. Spalte) über 84 Prozent ihrer Einkommen (= verfügbares Einkommen). 22 Prozent hatten sie als Transfers (= soziale Leistungen) erhalten, 38 Prozent wurden ihnen in Form von direkten Steuern, Sozialbeiträgen usw. genommen. Rund 16 Prozent verbrauchte der Staat selbst oder transferierte es in den Unternehmenssektor. Greift man nur zwei Konstrastgruppen heraus, deren Klassenzugehörigkeit eindeutig ist, dann zeigt sich: für die

— *Arbeiter*: ihnen bleiben zum Schluß 67 Prozent ihres Bruttoeinkommens. 11 Prozent erhielten sie als Transfers, 44 Prozent wurden ihnen per Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen genommen. Per Saldo behält der Staat — einschließlich der Sozialversicherungen — 33 Prozent;

— *Selbständigen in nicht-landwirtschaftlichen Bereichen (Unternehmer)*: ihnen blieben nach allen Umverteilungen 74 Prozent ihrer Bruttoeinkommen (Transferempfang 2 Prozent, Abzüge 28 Prozent). Per Saldo behält der Staat von ihnen 26 Prozent.

Im besonderen Maß profitierten nach diesen Angaben die *Bauern* und die *Beamten*. Selbstverständlich ist, daß die Einkommen der Nichterwerbstätigen (*Rentner*, *Versorgungsempfänger*) der Umverteilung entgegenliegen, wobei ihre Ansprüche auf ihren Beitragszahlungen während ihrer aktiven Erwerbsperiode beruhen.

Danach kann eindeutig festgehalten werden, daß das Finanzsystem in der Bundesrepublik die Position der Reichen noch stärkt. Sie gehen als Gewinner aus dem Umverteilungsprozeß hervor. Das Bruttoeinkommen eines Arbeiterhaushaltes machte 1980 durchschnittlich 36 Prozent des Bruttoeinkommens eines Selbständigenhaushaltes aus. Nach der Umverteilung betrug das verfügbare Einkommen eines Arbeiterhaushaltes nur noch 33 Prozent des entsprechenden Einkommens des Selbständigenhaushaltes. Diese Erscheinungen sind keineswegs auf die Bundesrepublik beschränkt, sondern sie dürften — wenn auch modifiziert — für alle anderen kapitalistischen Länder zu treffen. Im übrigen zeigen gerade diese Ziffern, daß hohe Sozialleistungsquoten (siehe Tabelle 10) für sich betrachtet noch nichts über die „soziale Gerechtigkeit“ einer Gesellschaft oder deren Charakter als „Sozialstaat“ aussagen.

Gesundheitsausgaben im Vergleich

Das gleiche gilt für die Betrachtung der Gesundheitsaufwendungen im speziellen. Auch sie sind nur bedingt als „Wohstandsindikator“ zu verstehen; sie müssen gleichzeitig auch unter dem Gesichtspunkt der Kostenbelastung und Finanzierung durch die Steuer- und Beitragszahler gesehen werden. Zu bedenken ist ferner, daß hohe Aufwendungen für das Gesundheitswesen kein „Geschenk“ des Staates sind, sondern in ihrem Ursprung und ihrer Entwicklung sowohl Kapitalverwertungsinteressen als auch (im Kampf durchgesetzten) Sicherungsbedürfnissen der Lohnabhängigen entsprechen und diese widerspiegeln.

Auch spielen Unterschiede und Veränderungen in der Bevölkerungszahl und altersmäßigen Zusammensetzung (Anteil der Alten), sozialstrukturellen Gliederung (Anteil der im Arbeitsprozeß Stehenden), Bevölkerungsdichte (Zahl und Verteilung von Gesundheitseinrichtungen), Familien- und Haushaltsstruktur sowie in den Organisationsstrukturen, Eigentumsverhältnissen und Nutzungsmöglichkeiten und -häufigkeiten

Tabelle 14: Öffentliche und private Ausgaben für die Gesundheitsverordnung¹⁾

Land (Jahr)	insgesamt	davon		Privater Anteil ²⁾
		privat	öffentlich	
USA (1974)	7,3	4,3	3,0	58,9
BRD (1974)	6,7	1,5	5,2	22,4
Frankreich (1974)	6,9	1,6	5,3	23,2
Großbritannien (1975)	5,2	0,6	4,6	11,5
Schweden (1974)	7,3	0,6	6,7	8,2
Niederlande (1972)	7,3	2,2	5,1	30,1

1) Prozentualer Anteil am Bruttosozialprodukt
2) In Prozent der Gesamtausgaben

Quelle: International Comparisons of National Health Service Expenditure, in: The Lancet 1, 1979: S. 281, eigene Berechnungen

Tabelle 14 zeigt, daß die öffentlichen und privaten Anteile an der Finanzierung der Gesundheitskosten in den einzelnen Ländern beträchtlich differieren.

Wenngleich die Daten aus den siebziger Jahren stammen und sich seitdem insgesamt erhöht haben, dürften die Relationen zwischen den öffentlichen und privaten Finanzierungsanteilen in etwa konstant geblieben sein. Danach werden in den USA fast 60 Prozent der Gesundheitsausgaben privat getätigt, in den Niederlanden ca. 30 Prozent. In der Bundesrepublik und Frankreich beträgt der Privatanteil etwa ein Viertel der Gesamtkosten, in Schweden und Großbritannien als Ländern mit einem mehr staatlich organisierten Gesundheitswesen lag er noch wesentlich niedriger.

des Gesundheitswesens eine bedeutende Rolle für den Umfang der Gesundheitsausgaben. Dies müßte bei einem ins Detail gehenden Vergleich der Gesundheitskosten unbedingt berücksichtigt werden, will man nicht zu unzutreffenden oder schiefen Aussagen gelangen.

In unserem beschränkten Rahmen muß uns allerdings ein Überblick über einige Globalziffern genügen. (Tabelle 13)

Tabelle 13: Gesundheitsaufwendungen im internationalen Vergleich¹⁾

Land	1960	1970	1980
BRD	4,1	5,7	8,0
Kanada	5,5	7,2	7,4
USA	5,3	7,6	9,4
Frankreich	4,3	6,1	8,1
Italien	3,8	—	6,4
Japan	—	4,5	6,1
Schweden	4,6	6,9	9,2

1) Anteil der Ausgaben für „medizinische Leistungen“ (nicht näher abgegrenzt!) am Bruttoinlandsprodukt, in Prozent

Quelle: Angaben der OECD, zit. nach S. Sandier/J.C. Stephan: Frankreich, in: H.-U. Doppe (Hrsg): Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik in Westeuropa, Frankreich — New York 1983, S. 97.

Nach den Angaben in Tabelle 13, die sich nur auf „Gesundheitsleistungen im engeren Sinne“ (also unter Ausschuß von Invalidität, Behinderung, Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten) beziehen dürften, nehmen unter den aufgeführten Ländern (es fehlt z.B. Großbritannien als wichtiges kapitalistisches Land) die USA, Schweden, Frankreich und die Bundesrepublik Spitzenplätze bei den Gesundheitsaufwendungen ein, während Japan, Italien und Kanada die hinteren Plätze belegen. Schweden hat in den vergangenen 20 Jahren seine Gesundheitsaufwendungen im Verhältnis zu seiner Wirtschaftskraft (hier gemessen am Bruttoinlandsprodukt) mehr als verdoppelt, die Bundesrepublik beinahe. Ob dies lediglich auf im Gesundheitswesen schneller als in der Gesamtwirtschaft gestiegene Kosten, erhöhte Inanspruchnahme und die Ausweitung der Zahl der Leistungsberechtigten in der Krankenversicherung oder andere Ursachen zurückzuführen ist, geht aus diesen Daten allerdings nicht hervor. Ebenso wird nichts darüber ausgesagt, von wem die Gesundheitsausgaben beglichen wurden.

Dennoch handelt es sich bei den privat aufzubringenden Kosten immer noch um Milliardensummen; sie sind also keineswegs zu vernachlässigende Größen! Zudem muß berücksichtigt werden, daß auch die hier als „öffentliche Ausgaben“ bezeichneten Teile der Gesundheitskosten — dies hat unsere „Umverteilungsrechnung“ am Beispiel der Bundesrepublik gezeigt — über Steuern und Beiträge „privat“ (vorfinanziert werden müssen, wobei die abhängig Beschäftigten den Löwenanteil zu tragen haben. (wird fortgesetzt)

Literaturnachweise beim Verfasser: Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (06 11) 70 54 49.

Giftmüll im Nachtschränkchen

Das Seveso-Gift Dioxin in Krankenhäusern und Haushalten

Ganz Europa atmete auf, die 41 Seveso-Fässer waren wieder da, nichts ist passiert, es ist alles noch mal gut gegangen. Jetzt dürfen sie endlich ordentlich vernichtet werden, ehrlich, und der Alltag hat uns wieder.

Skandale haben immer zwei Seiten: Solange man nicht selbst betroffen ist, machen sie für kurze Zeit eine Gänsehaut und sind meistens schnell wieder vergessen. Umweltskandale unterscheiden sich da nicht von üblichen „Bildzeitungsskandalen“. Wer erinnert sich schon noch an Honka oder Stolzenberg? Die andere Seite, die eigentlich Nachdenken bedeutet, Sich-Erinnern voraussetzt, ist meist die schwächere, kurzlebige. Die Hartnäckigkeit allerdings, mit der Seveso und Dioxin in den Schlagzeilen bleiben, verwundert daher zunächst. Es ist das traurige Verdienst der 41 Fässer, daß die ganze Vergeßlichkeit,

auf die die Giftproduzenten aus der Pharma- und Chemie-Szene so dringend angewiesen sind, zunichte gemacht wurde. Sieben Jahre Image-Propaganda für die Katz, hörte man deshalb aus einschlägigen Kreisen jammern.

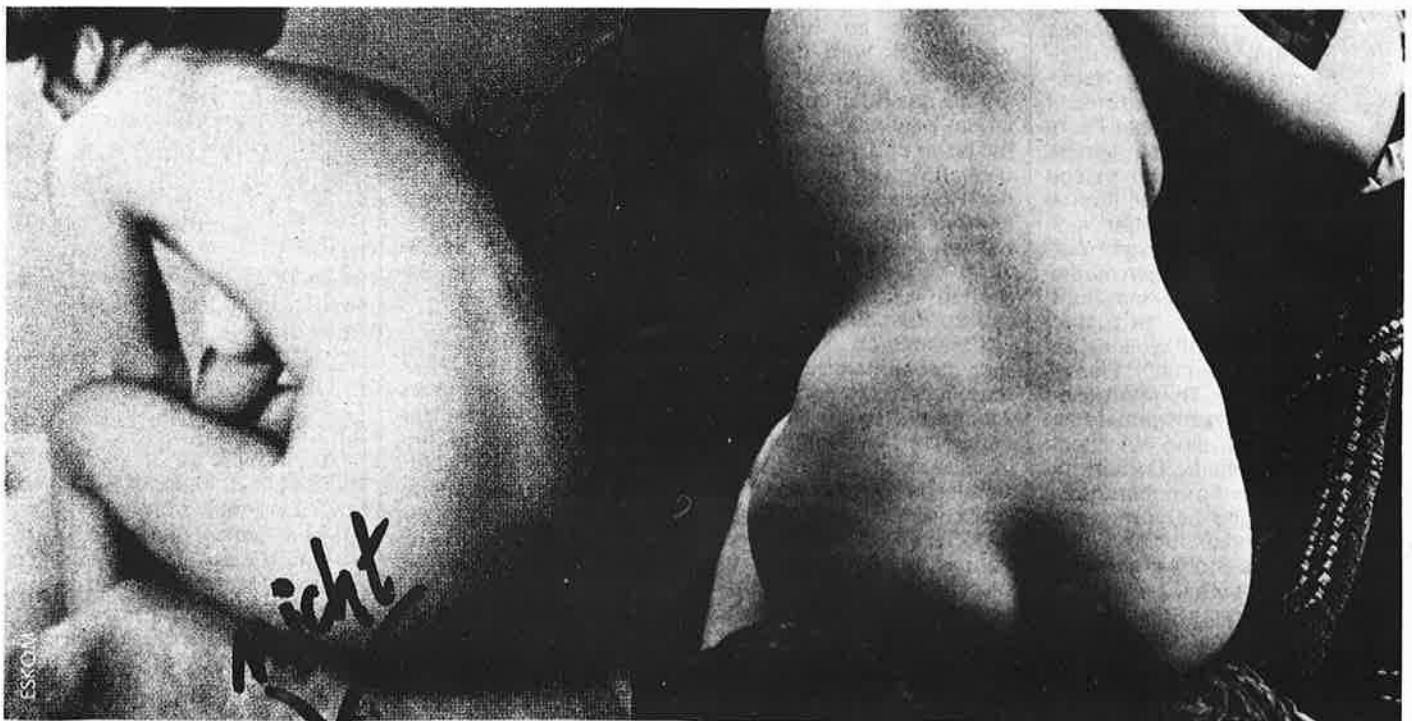
Gut so, halte ich dagegen, dafür waren die Fässer gut genug — Auffrischung des Gedächtnisses, erneuter Anstoß zum Nachdenken, neue Aufforderung zum Sich-Erinnern. Ich frage mich nur, wie viele derartige schlagzeilenträchtige Ereignisse noch geschehen müssen, damit die permanente Bedrohung Dioxin endlich beseitigt wird. Immerhin ist dieses Supergift seit 1956 bekannt.

Über Seveso im Wohnzimmer oder wie man sich Dioxin durch sogenannten „Holzschutz“ ins Haus holt, berichteten wir bereits (dg 2/83). Über Clophen, das Kühlmittel in Transformatoren — etwa 60000 sollen allein in der Bundesrepublik mit dieser tickenden Zeitbombe gefüllt sein — wird die Öffentlichkeit nur spärlich informiert. Lange überfällig, scheint hier eini-

ges in Bewegung zu kommen; über Ersatzflüssigkeiten wird zumindest offen nachgedacht.

Daß es immer noch hexachlorophenhaltige Kosmetika und Arzneimittel gibt, für die sogar dreist und aufwendig im *Deutschen Ärzteblatt* geworben werden darf, darauf soll an dieser Stelle noch einmal eindringlich aufmerksam gemacht werden. Offenbar nach dem Motto: wenn man schon Hämorrhoiden oder Akne oder Ekzeme hat, kann ein bißchen Dioxin nicht schaden, bieten Pharmahersteller und Kosmetikfirmen (ICMESA aus Seveso war auch eine solche) ohne Skrupel Salben, Pasten, Puder und Wässerchen mit dem dioxinhaltigen Wirkstoff Chlorophen an.

Hier sei an ein weiteres Präparat erinnert, das 1972 in die Schlagzeilen geriet und weit über Frankreich hinaus Wellen schlug. 36 Säuglinge starben nach Anwendung von „Talc Morhange“, einem hexachlorophenhaltigen Babypuder, nachdem durch einen Fabrikationsfehler ein etwas



WER MIT DEM KOPF ARBEITET,
~~SITZT AUF DEM PO.~~
Schmiert Scheriprokt in den Po



höherprozentiger Anteil dieses Stoffes beigemischt wurde, über 200 Säuglinge erlitten mehr oder weniger starke Dauerschäden. Die verantwortliche Firma war die Hoffmann-La-Roche-Tochter Givaudan. In Schweden wurde HCP aus dem Verkehr gezogen, nachdem bekannt wurde, daß die Mißbildungsrate unter Kindern von Krankenhauspersonal, das HCP-haltige Desinfektionsmittel benutzte, erhöht war.

Eine müde Warnung der bundesdeutschen Arzneimittelkommission vor dem Gebrauch HCP-haltiger Mittel durch Schwangere war 1978 die spektakulärste Konsequenz, zu der man sich bereitfand.

Inzwischen haben wir 1983. Das Giftzeug wird immer noch frei in Massenartikeln verarbeitet und verkauft. Der Schwangerhinweis steht im Kleingedruckten.

Offenbar fürchten nun aber Firmen wie z. B. Scherax, daß bei anhaltender Diskussion des Seveso-Dramas doch wohl härtere Konsequenzen drohen, insbesondere nachdem die österreichische Trichlorphenolproduktion eingestellt wurde und auch der letzte bundesdeutsche Hersteller, Boehringer Ingelheim, die Schließung seines Hamburger TCP-Werkes angekündigt hat. Wie sonst ist die seit Monaten forcierte massive Werbung für das Hämorrhoidenmittel Scheriproct (HCP-Gehalt 0,5%) zu verstehen?

Hier sollen doch offensichtlich schnell

noch Lagerbestände geräumt werden, bevor die öffentliche Diskussion Licht in diese dunkle Ecke wirft und möglicherweise ein Verbot erwirkt. (Zum Vergleich: 0,5 Prozent HCP in Scheriproct; 3 Prozent in pHisoHex, einem chirurgischen Händedesinfektionsmittel, führten im Tierversuch nach Einreiben junger Paviane zum Tod der Tiere; die 36 Babys in Frankreich starben an ca. 3,65prozentigem Puder.)

Abgesehen von der Tatsache, daß HCP ein schlechtes Desinfektionsmittel ist — es schädigt nur grampositive Bakterien, begünstigt daher häufig die meist gefährlicheren gramnegativen Problemkeime, besonders bei Anwendung im Krankenhaus — hat der Gebrauch dieses Stoffes, bedingt durch den Dioxingehalt, noch eine weitere Gefahr: die krebs- und mißbildungserzeugende Wirkung. An dieser Wirkung bestehen spätestens seit den Kenntnissen der Spätfolgen des Vietnamkrieges keine Zweifel. Ist doch HCP genauso wie das 2,4,5-T/2,4-D-Gemisch „Agent Orange“ ein Trichlorphenolabkömmling, somit ebenfalls zwangsläufig dioxinverunreinigt.

Der Wirkungsunterschied zwischen dem mit ca. 40 mg/kg Dioxin verseuchten „Agent Orange“ und den hochgereinigten TCP-Abkömmlingen wie dem HCP mit weniger als 1 mg/kg dürfte ein rein quantitativer sein. Denn genauso wie bei der karzinogenen und teratogenen Wirkung radioaktiver Strahlung gibt es auch bei Dioxin und sonstigen chemischen Verbindungen mit diesen Effekten keine Schwellendosis, unterhalb der keine Gefahr besteht.

Berücksichtigt man darüber hinaus noch die Probleme der Nahrungskettenanreicherung oder die Gefahren der Neuentstehung von Dioxin und Schwesterverbindungen vergleichbarer Giftigkeit bei der Müllverbrennung, so können die zu erwartenden Langzeitschäden nicht hoch genug veranschlagt werden.

Was bleibt zu tun? Hexachlorophenhaltige Arzneimittel und Kosmetika müssen boykottiert werden, gegen Werbung für diese Mittel sollte, wo immer möglich, protestiert werden.

Die eigenen Arzneimittelbestände sollten durchforstet, die Verschreibungspraxis bei Ärzten sollte kritisch durchleuchtet werden. Welche Desinfektionsmittel verwendet die eigene Abteilung, welche Präparate hütet die Krankenhausapotheke?

Bevor nicht ein weitweites Verbot der Herstellung und Verwendung polychlorierter Kohlenwasserstoffe erwirkt wird, sollte ein Verbot am eigenen Krankenhaus durchgesetzt werden. Es gibt bereits mehrere positive Beispiele, u. a. die Unikliniken Frankfurt. Bei dieser Gelegenheit könnte gleichfalls in Erfahrung gebracht werden, ob weitere Dioxinquellen vorhanden sind, etwa die holzschutzmittelverdorbene Tafelung im Zimmer des Verwaltungschefs oder der clophengefüllte Transformator im Keller.

Peter Walger

Die Angaben entstammen der „Liste Pharmindex III/82“, Stand 30.09.82.

Bezeichnung	Hersteller	Hexachlorophen jeweils auf 100 Gramm
Aknemittel		
DDD Hautbalsam	DDD	0,2g
DDD Hautmittel	DDD	0,04g
DDD-extrastark	DDD	0,04g
Akne-Kaban	Asche	0,5g
Aknichtol Dexa Lotio	Ichthyol	1,0g
Aknelan plus	Declimed	1,0g
Aknelan Lotio	Declimed	1,0g
Aknefug-Milch	Wolff	0,5g
Aknefug-Milch simplex	Wolff	0,5g
Aknelan-Milch	Declimed	0,3g
Aknichtol	Ichthyol	1,0g
Aknichtol soft Lotio	Ichthyol	1,0g
Aknichtol Dexa Lotio	Ichthyol	1,0g
Stepin Seife	Basotherm	0,5g
Stepin Paste	Basotherm	0,5g
Wisamt Creme	Röhm Pharma	0,25g
Wisamt Kontaktpuder	Röhm Pharma	0,25g
Hautpflegemittel		
Baxadermyl	Helopharm	0,01g
Cortidexason Crinal-Tinktur	Dorsch	1,0g
Cortidexason fortissimum Tinktur	Dorsch	1,0g
Schericur	Schering	0,25g
Mediphon Puder	Medic	0,1g
Shampoos		
Loscon Medical Shampoo	Basotherm	0,1g
Desinfektionsmittel		
Kodan farblos	Schülke & Mayr	0,075g
Kodan gefärbt	Schülke & Mayr	0,075g
Satinasept	Mack	1,5g
Wundbehandlungsmittel		
flint Sprühverband	Togal-Werk	0,1g
Mittel gegen Hämorrhoiden		
Anäcal	Luitpold	0,05g
Procto-Kaban	Asche	0,05g
Proct Anex	Fink	0,045g
Scheriproct Salbe	Scherax	0,05g
Scheriproct Zäpfchen	Scherax	0,025g
Ultraproct Salbe	Scherax	0,05g
Ultraproct Zäpfchen	Scherax	0,025g
Mittel gegen Venenentzündungen und Thrombosen		
Thrombophob Gel	Nordmark	0,1g

Vorsicht vor Alfred Grotjahn!

Sozialhygiene und Eugenik

Wenn die moderne Sozialmedizin sich auf Alfred Grotjahn stützt, ist ihr Vorsicht geboten. Der Begründer dieser medizinischen Richtung war zugleich ein „Eugeniker“: er lieferte Munition für die „Rassenhygiene“ der Nazis.

Alfred Grotjahn (1869–1931) wird heute in der wissenschaftlichen Entwicklung der Sozialmedizin eine hohe Bedeutung beigemessen. Er gilt als theoretischer Begründer der Sozialhygiene, die er 1904 definierte. Er unterschied damals als einer der ersten zwischen einer biologisch-physikalischen und einer Sozialhygiene. Grotjahn gehörte zu jenen Ärzten, die nach dem eindrucksvollen Aufschwung, den die Medizin — insbesondere die Bakteriologie — unter dem Einfluß der Naturwissenschaften in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts machte, die „soziale Bedingtheit der Krankheiten“ hervorhoben. In den gesellschaftlichen Verhältnissen bzw. der sozialen Lage sah er einen wichtigen Faktor für die Verursachung von Massenkrankheiten, deren Erkenntnis und Veränderung „statistische Ermittlungen“ sowie „psychologische, ökonomische, soziologische und politische Betrachtungen“ erfordert. Grotjahn knüpfte damit an Ausführungen von S. Neumann und R. Virchow aus den Jahren 1848 und 1849 an.

Nach Grotjahn wirken die sozialen Umstände „häufig nicht unmittelbar krankmachend und krankheitsvermittelnd, sondern mittelbar durch das Mittel der *konstitutionellen Minderwertigkeit*, mag diese nun erworben oder ererbt sein.“ Die soziale Bedingtheit von Krankheiten findet folglich auch ihre Grenze „in der ererbten Anlage... die den Einfluß der natürlichen und sozialen Umwelt an Wirksamkeit doch noch übertrifft.“ Grotjahn wertet die erblichen Faktoren bei der Entstehung und dem Verlauf von Krankheiten höher als die sozialen. Die Gesetzmäßigkeiten der Vererbung dominieren über die der Gesellschaft.

Er fordert deshalb das eingehende Studium der *Erblichkeit* und folgt damit einer weitverbreiteten Strömung zu Beginn dieses Jahrhunderts. Drei Gründe sind für ihn maßgeblich:



Alfred Grotjahn (1869–1931)

„Der erste Grund liegt darin, daß man beim Studium der sozialen Einflüsse regelmäßig auf einen Punkt geführt wird, wo Erblichkeit in Frage kommt, da die soziale Umwelt sehr häufig erst durch das Mittel der allgemeinen Körperkonstitution wirkt und diese ja hauptsächlich durch die erblich überkommene Veranlagung bedingt ist. Der zweite Grund liegt darin, daß ein genaueres Bestimmen der Bedingtheit eines krankhaften Zustandes durch die Heredität und die Verschleuderung von Mitteln, mit denen wir eine baldige Heilung zu erzielen hoffen, erspart. Denn wenn wir erst mit Sicherheit die hoffnungslos Belasteten erkennen können, so werden wir an sie z. B. nicht mehr eine vorbeugende Heilbehandlung verschwenden, sondern solche Kranke besser gleich einer dauernden Asylpflege zuführen. Am wichtigsten aber erscheint ein dritter Gesichtspunkt: Sozialpathologie betreiben heißt nicht nur die Bedingtheit der Krankheiten durch soziale Einflüsse ermitteln und darstellen, sondern auch die Beeinflussung sozialer Zustände durch Krankheit. Und bei dieser Untersuchung zeigt sich, daß häufig gerade diese Krankheiten, die die Menschen in ihren gesellschaftlichen Beziehungen stark beeinflussen, nicht auf die soziale Umwelt, sondern auf erbliche Ursachen zurückzuführen sind. Es sei nur an die Geisteskrankheiten und überhaupt an die psychischen Abnormalitäten erinnert, die ja in Gestalt der Kriminalität, Vagabundage usw. eine so außerordentliche Bedeutung erlangen.“ (A. G., *Soziale Pathologie*, Berlin 1923, 3. Auflage, S. 433)

Von hier aus ist der Schritt Grotjahns über die *Entartungstheorie* zur Eugenik und Teilen der Rassenhygiene nicht mehr weit. Bei seinen diesbezüglichen Äußerungen stützte er sich sogar wiederholt auf rassenhygienische Veröffentlichungen von W. Schallmeyer, J. B. Haycraft und A. Ploetz, deren Ansätze er jedoch nicht vorbehaltlos teilt. Die körperliche Entartung und ihre Prophylaxe, die Grotjahn in der Eugenik sieht, bekommt bei ihm hervorgehobene Bedeutung für die Bevölkerungsentwicklung — insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Verschlechterung des „körperlichen Substrats“ der Kulturvölker. Schon früh (1904) erklärt er, „daß die entartungstheoretischen Erwägungen ... nicht im Gegensatz zur sozialen Hygiene stehen, sondern recht eigentlich in diese hineingehören.“ Später räumt er sogar der *Eugenik* den Vorrang vor der Sozialhygiene ein. Mehr als ein Drittel seiner Veröffentlichungen befaßt sich mit der Eugenik, so daß diese mit Recht als Schwerpunkt seines schriftlichen Lebenswerk bezeichnet werden kann. Als eugenische Maßnahme schlägt er u. a. ein Asylprogramm vor, das die „Reinigung der menschlichen Gesellschaft von zur Fortpflanzung ungeeigneten Elementen“ zum Ziel hat.

Obwohl Grotjahn von der arischen Rasantheorie nicht überzeugt war und auch nicht als deren Vertreter gilt, ist er zu den Vorläufern des Nationalsozialismus zu rechnen. Er dürfte durch seine besondere Betonung der Entartungsproblematik wesentlich dazu beigetragen haben, daß die Sozialhygiene nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten vollständig von der *Rassenhygiene* ersetzt werden konnte. Dieser wichtige Aspekt wurde in der Grotjahn-Rezeption in der Bundesrepublik, die mit der Aktualisierung der Sozialmedizin Mitte der siebziger Jahre begann, vernachlässigt — auch vom Verfasser selbst. Hier liegt die Betonung auf der von Grotjahn formulierten „sozialen Bedingtheit der Krankheiten“, die damals allerdings gegenüber der einäugigen Übernahme naturwissenschaftlicher Erkenntnisse in die Medizin eine Bereicherung darstellte. Gleichwohl besteht ein kritischer Nachholbedarf, der Grotjahns Gesamtwerk in einem anderen Licht erscheinen läßt. Deshalb ist heute vor Grotjahn Vorsicht geboten.

Hans-Ulrich Deppe

Eine Psychopharmaka-Studie unter Beschuß der Industrie

„Nach Möglichkeit verhindern“

Psychopharmaka sind nur in weniger als der Hälfte der beanspruchten Anwendungsgebiete indiziert. Eine Bremer Studie mit diesem Ergebnis hat bei der Pharmaindustrie für Aufruhr gesorgt. Unser Autor Gerd Glaeske ist stellvertretender Projektleiter.

„Es zeigt sich bei den meisten Firmen der Pharmazeutischen Industrie eine deutliche Tendenz, die therapeutische Wirksamkeit selbst auf Anwendungsgebieten als gesichert hinzustellen, bei denen keine wissenschaftlich exakt durchgeführten Therapiestudien vorgenommen worden sind. Andererseits werden mit der Therapie verbundene Risiken und Kontraindikationen verharmlost oder verschwiegen. Diese Tendenz erscheint um so bedenklicher, wenn ein Arzneimittelrisiko bereits seit Jahren unumstritten ist.“

Zu diesen bedenklichen Risiken sind bei Tranquilizern, Hypnotika und Sedativa vor allem die Möglichkeit der Entwicklung von Gewöhnung und Abhängigkeit zu rechnen.“

Dies ist eines der wesentlichen Ergebnisse einer Studie über 447 Arzneimittel aus dem Bereichen Hypnotika, Sedativa und Psychopharmaka, die am 5. Juli 1983 im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) vorgelegt wurde*). In diesem vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) und vom Bremer Gesundheitssenator geförderten Forschungsprojekt, das von Prof. E. Greiser geleitet wird und in dem ich als stellvertretender Projektleiter arbeite, haben 28 namhafte Sachverständige aus den Bereichen Pharmakologie, klinische und praktische Medizin insgesamt 447 Einzelarzneimittel in 640 klassifizierten Anwendungsgebieten bewertet. Über Grundlagen und Ziele des Projektes hatte ich bereits in dg 6/82, S. VI ff. referiert.

Die Ergebnisse des vorliegenden zweiten Bandes des Arzneimittelindex: Von den 214 Monopräparaten konnten zwar 81,9 Prozent als „wirksam“ beurteilt werden, jedoch erschien es den Sachverständigen in nur 45,7 Prozent der vom Hersteller beanspruchten Indikationsgebiete „positiv“, d.h. therapeutisch zweckmäßig, diese Arzneimittel anzuwenden. Mehr als die Hälfte der untersuchten Arzneimittel werden für solche Anwendungsbereiche angepriesen, die nach Meinung der Sachverständigen



entweder pharmakotherapeutisch nicht behandelt werden sollten oder die in ihrer ausufernden Benennung keinesfalls als Krankheitssymptom diagnostizierbar sind. Als Beispiele seien hier Stimmungslabilität, nervöse Erschöpfung, Konzentrationsstörungen, Überforderungszustände, Verhaltensstörungen, auch bei Kindern, genannt — Indikationsgebiete, in denen Tabletten als Problemlöser abzulehnen sind.

Von den 233 Kombinationspräparaten mit in der vorliegenden Untersuchung bis zu 17 (!) Inhaltsstoffen wurde keines als therapeutisch sinnvoll beurteilt. Bei nahezu der Hälfte der bewerteten Präparate waren unerwünschte Arzneimittelwirkungen für eine negative Gesamtbewertung ausschlaggebend.

Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) war bereits zehn Wochen vor der endgültigen Veröffentlichung im Besitz eines Vorabdrucks der Studienergebnisse, da das BMA frühzeitig allen „interessierten Verbänden“ Gelegenheit zur Stellungnahme bieten wollte. Die Strategie, die der BPI in dieser Zwischenzeit verfolgte, möchte ich anhand einiger industrieeigener Papiere darstellen:

In einem Brief von Mitte April an alle Geschäftsleitungen der pharmazeutischen Hersteller heißt es u.a.: „Selbst wenn nach grober Prüfung des ca. 40 Seiten umfassenden Vorspanns festgestellt werden kann, daß mit Ausnahme des Kapitels über Psychopharmaka keine neuen strategischen Ansichten zu erkennen sind, bleibt allein das Faktum, daß es zu diesem Arzneimittelindex Folgelisten gibt, Grund genug, sich mit diesem Thema zu befassen. Trotz erneuter Feststellung in der Einleitung, daß die therapeutische Freiheit des Arztes nicht eingeengt, sondern nur um den Bereich der Therapiesicherheit ergänzt werden soll, steht außer Zweifel, daß sowohl auf das Ordnungsverhalten des Arztes als auch auf die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln mit diesem „Forschungsprojekt“ eingewirkt werden soll. Damit muß sich die neue Bundesregierung auch die alte Frage gefallen lassen, wie dieses mit Bundesmitteln geförderte Pro-

jekt, insbesondere unter dem gegenwärtig herrschenden Kostendruck, neben den Arbeiten der Transparenzkommission in Berlin zu verstehen ist.“

Einige Tage später verschickt der BPI alle Ergebnisse der Studie an die jeweils betroffenen Hersteller und ruft zur Überprüfung der dort getroffenen Bewertungen auf. Gleichzeitig wird eine Ad-hoc-Gruppe einberufen, die am 2. Mai 1983 im Hotel Hilton in München zusammenkommt. Das Protokoll weist aus, daß neben den Vertretern des BPI, Marris und Sickmüller, Vertreter der Firmen Byk-Promonta, Thomae, Klinge, Roche, Hoechst, Gödecke und UCB anwesend waren. Es wird vereinbart, daß der BPI Aktivitäten koordinieren und Rechtshilfe in solchen Fällen bieten soll, in denen Firmen rechtlich gegen bestimmte Aussagen des vorliegenden Bandes vorgehen wollen.

In Punkt 5 heißt es: „Es bestand Einigkeit dahingehend, daß der Druck dieser jetzt vorgelegten Liste . . . nach Möglichkeit verhindert werden sollte. Im politischen Raum sollte außerdem verstärkt dargestellt werden, daß . . . die laufende Arbeit von Greiser insbesondere in der angespannten Finanzlage des Bundeshaushaltes als nicht sinnvoll angesehen werden muß und daß es somit sachgerecht erscheint, von einer Vertragsverlängerung für dieses Forschungsprojekt abzusehen.“

Die Interessenkollision wird deutlich: Kritik, die geeignet ist, Umsätze und Absatzstrategien zu gefährden, indem sie vor allem die verordnenden Ärzte, aber auch Apotheker und Patienten industrieunabhängig über Arzneimittel informiert, soll, wie in diesem Falle, mit politischen Mitteln unterbunden werden. Die Zeit für die pharmazeutische Industrie nach der Bonner Wende ist günstig — die Bundesförderung für unser Projekt läuft Anfang 1984 aus.

Gerd Glaeske

E. Greiser (Hrsg.): Bewertender Arzneimittelindex, Band 2 — Hypnotika, Sedativa, Psychopharmaka — medpharm-Verlag, Wiesbaden 1983, 320 Seiten. 58 Mark.

*) Band 1: Arzneimittel bei Herzinsuffizienz, Koronarinsuffizienz und Herzrhythmusstörungen

Zum Anreiz eine Portion Huhn

Dreimonatsspritze vom Bundesgesundheitsamt weiter zugelassen

Am 30.6.83 kam das Bundesgesundheitsamt (BGA) bei den umstrittenen Verhütungsmitteln Depo-Clinovir und Noristerat zu einer Entscheidung: Die drei Monate wirkenden Gestagenpräparate, deren Risiko für Gebärmutterkrebs, Unfruchtbarkeit und Mißbildung bei Neugeborenen allgemein als signifikant höher angesehen wird als bei den anderen hormonellen Verhütungsmitteln wie z.B. der „Pille“, darf weiter in der BRD verkauft und von hier aus in sein Hauptanwendungsgebiet, die Dritte Welt exportiert werden.

Alternative zur Pille ...

Depo-Clinovir und Noristerat sind Gestagenpräparate, die nach Injektion in den Muskel drei Monate lang den Eisprung hemmen, den Gebärmutter Schleim so verändern, daß eine Barriere gegen die Spermien entsteht, und die Gebärmutter Schleimhaut inaktivieren und verkleinern.

Die Hoffnung bei dieser Art medikamentöser Empfängnisverhütung war, daß die bekannten und gefürchteten Nebenwirkungen der Pille wie erhöhte Thromboseneigung, Herz- und Hirninfarkte usw. nicht auftreten. Aber schon seit Einführung dieser Medikamente stellte sich heraus, daß — unabhängig von der Frage, ob eine derart „frauenorientierte und belastende medikamentöse Verhütung grundsätzlich wünschenswert ist — auch dieser Wirkstoff erhebliche Nebenwirkungen aufweist.

... mit Krebs behaftet?

Seit Anfang der 70 Jahre wurde erwiesen, daß das „besser“ (will heißen: weniger schlecht) untersuchte Präparat Depo-Clinovir bei Beaglen Brustkrebs hervorruft. Aber schon vorher wurde in wilden „Feldversuchen“ — die einzigen, die man von der Herstellerseite gemacht hat, festgestellt, daß bei den Frauen, die Depo-Clinovir benutzen, 2,67 bis 6,1 Mal mehr Gebärmutterkrebs auftrat als bei vergleichbaren Gruppen.

„Ihr laßt Abstand zwischen den Bananenstauden, warum nicht auch zwischen Euren Kindern?“ Familienplanungswerbung in der Karibik.



„terre des hommes“ 1/83

Bei Kindern von mit Depo-Clinovir gespritzten Müttern, die beim Einsatz schon schwanger waren, wurden Geburtsfehler und Mißbildungen beobachtet, und nach Absetzen dieser Verhütungsmaßnahme blieb bei vielen die Regelblutung oft für zwölf Monate und länger aus, und niemand weiß genau, ob im Endeffekt nicht eine totale Unfruchtbarkeit erzeugt wird.

Exakte Daten zu Krebs- und Unfruchtbarkeitsrisiko gibt es aber nicht. Die Herstellerfirmen haben es nicht für nötig gehalten, die dem Risiko entsprechenden langwierigen und genauen Studien durchzuführen — sie dürften auch kein Interesse an den Ergebnissen haben.

Trotzdem war der Krebsverdacht für die US-amerikanische Zulassungsbehörde FDA Grund genug, die Dreimonatsspritzen nicht für den dortigen Markt zuzulassen.

In den Industrieländern, in denen sie trotz des Wissens um die Risiken zugelassen wurde — und dazu gehört die BRD — stellt sie ein Mittel der zweiten Wahl dar, das erst dann, wenn überhaupt, eingesetzt werden darf, wenn eine Unverträglichkeit gegenüber anderen Mitteln vorliegt, mit dem Risiko, eventuell nie wieder einen Eisprung zu bekommen.

Einsatz gegen Dumme und Arme

Allerdings war die Dreimonatsspritze damit nicht — wie man glauben sollte — auf den Müll der Geschichte verbrannt. Die Tatsache, daß dieses Mittel unabhängig von den Fähigkeiten und dem Willen der Frau sicher über einen größeren Zeitraum eine Schwangerschaft verhindert, machte es zu dem bevorzugten Objekt derer, die glauben zu wissen, was für Frauen und was für „überbevölkerte Länder“ gut ist und die die Möglichkeiten dazu haben, diese ihre Vorstellungen auch durchzusetzen.

So wird es in der BRD bei sogenannten Randgruppen eingesetzt: in der Psychiatrie, bei Sozialhilfeempfängerinnen und bei Ausländerinnen, ein Bereich, der auf dem BGA-Hearing im März als unentbehrlich und wertvoll bezeichnet wurde.

Aber auch die internationalen Familienplaner wie die „International Planned Parenthood Federation“ (IPPF) befanden dieses „patientinnenunabhängige, stark wirksame Verhütungsmittel“ als sehr geeignet für ihre Zwecke und setzten es massenhaft in der Dritten Welt ein. Und selbst wenn nationale Regierungen die Einsicht haben, das sich

bga presseedienst

herausgeber: referat presse + öffentlichkeitsarbeit — bundesgesundheitsamt — thielallee 88-92 — 1 berlin 33 — tel. 8308-2775/2776/2777

presserechtlich verantwortlich: klaus jürgen henning

06/1983

bga-presseedienst

4. Juli 1983

Bundesgesundheitsamt schränkt Anwendung von Injektionspräparaten zur Schwangerschaftsverhütung ("Dreimonatsspritze") ein.

Das Bundesgesundheitsamt in Berlin hat mit Bescheid vom 30. Juni 1983 die Anwendung von Depot-Injektionspräparaten zur Schwangerschafts- und eingeschränkt.

Mittel "Noristerat" der Fa. Schering
"Depo-Clinovir" der Fa. Schering

„Überbevölkerung“, also ein Zuviel an Menschen gemessen an dem verteilbaren Reichtum eines Landes, nicht durch Verminderung der Bevölkerung, sondern durch Hebung der Lebens- und Überlebensmöglichkeiten beheben läßt, sind sie oft genötigt, derartige „Familienplanung“ zu erdulden, denn um Entwicklungshilfegelder zu bekommen, sind sie gezwungen, auch drastische bevölkerungspolitische Maßnahmen nach Maßgabe derer vorzulegen, die mit der Geldvergabe auch ihre Interessen geltend machen.

Aber die Dreimonatsspritze wird auch von Regierungen gegen unerwünschte Minderheiten, ethnische Gruppen oder gar Mehrheiten eingesetzt: Rassistenregime in Südafrika benutzen es eifrig gegen die schwarze Mehrheit, und in thailändischen Flüchtlingslagern werden die kampucheanischen Flüchtlinge mit einer Portion Huhn zum Empfang der Spritze „motiviert“. Daß Frauen dabei unfruchtbar werden und Krebs bekommen, kann die Herrschenden dabei kaum stören, ebensowenig, daß die gestillten Kinder dieser Frauen mit der Muttermilch im Wachstum beeinflußt werden.

Der Name von Upjohn und Schering ist mal wieder Hase ...

Der Firma Upjohn ist von „unzumutbaren Bedingungen“ bei der Anwendung nichts bekannt, und sie sieht ihre Aufklärungspflicht und Verantwortung mit den Informationen auf dem Beipackzettel erfüllt. Die Schering AG umschreibt das schon realistisch so, daß „die sachgerechte Anwendung beim Anwender liegt“. Ansonsten ver-

stehen sie aber auch gar nicht das Problem: Ihrer Meinung nach sind die Tierergebnisse nicht auf den Menschen übertragbar, und den Beaglehund halten Upjohn und Schering für gänzlich ungeeignet als Tiermodell für Brustkrebs, allerdings erst, seit bei den Beaglen zum ersten Mal Brustkrebs aufgetreten ist.

Upjohn steigert sich so gar noch zu der Aussage, daß ihr Präparat eine schützende Wirkung gegen Brustkrebs hat. Auch haben ihre Versuche — in Thailand und in Chile (!) keine negativen Konsequenzen für den gestillten Säugling ergeben.

Das BGA hat versagt

Vor der endgültigen Entscheidung sprachen die deutsche Familienplanungsorganisation Pro Familia, die medizinische Entwicklungshilfeorganisation medico international und der Bundeskongreß Entwicklungspolitischer Gruppen von einer Signalwirkung bei der Entscheidung des BGA. Sie forderten, „daß medizinische und ethische Maßstäbe und das Selbstbestimmungsrecht der Frau eindeutig Vorrang haben sollten vor den Geschäftsinteressen der Pharmaindustrie und den Interessen bevölkerungspolitischer Organisationen“ und plädierten für ein Verbot der beiden Verhütungsmittel auch in der BRD.

Das Bundesgesundheitsamt hat stattdessen wieder einmal Kosmetikpflege betrieben und folgende Dinge angefordert, die eigentlich hätten selbstverständlich sein sollen:

- 1) Die bekannten Nebenwirkungen wie Regelstörungen, Kopfschmerzen, Angst usw. müssen auf der Verbraucherinformation aufgeführt werden.

- 2) Eine Schwangerschaft muß bei Einsatz absolut ausgeschlossen sein.
- 3) Während der Stillzeit darf kein Einsatz erfolgen.
- 4) Dreimonatsspritzen dürfen erst dann verwendet werden, wenn keine andere Möglichkeit der Empfängnisverhütung gegeben ist.

Den eher spärlichen Verkauf der Dreimonatsspritze in der BRD wird dies kaum verringern (150.000 Depo-Clinovir, 25.000 Noristerat pro Jahr) — die Konzerne können aufatmen. Die Patientinnen weniger, sie können sich gegen den Einsatz dieser Mittel bei ihnen kaum wehren und werden auch kaum über die bleibende Krebsgefahr informiert werden. In der Dritten Welt halten sich die Hersteller sowieso nicht an medizinische Erkenntnisse und in Industrieländern gewonnene Risiken und die daraus resultierenden Einschränkungen. Dort gilt für sie nur die „nationale Gesetzgebung“, die meistens noch schlechter und noch pharmaindustriefreundlicher ist als bei uns.

Das BGA hat es verpaßt, ein Signal zu setzen, wobei man nach Gründen nicht allzulange zu suchen braucht.

Es liegt also mal wieder an uns, die Dinge weiter in die Hand zu nehmen.

Weiterführendes Material und Kontakte:

PRO FAMILIA, Cronstettenstr. 30, 6000 Frankfurt, Arbeitsmaterialien PFA Nr 14; 2,50 Mark

Bundeskongreß entwicklungspolitischer Aktionsgruppen (BUKO), Pharma Kampagne, Dritte Welt Haus, August-Bebel-Str. 62, 4800 Bielefeld 1; Dokumentation zur Dreimonatsspritze; 5 Mark

medico international, Hanauer Landstr. 147 - 149, 6000 Frankfurt, Tel. 06 11 / 49 03 50

Warteliste für den Viererarzt

Zensuren für Mediziner bereiten auf Arbeitslosigkeit vor

Der Entwurf zur Novellierung der Mediziner Ausbildung kam in der Sauregurkenzeit auf den Tisch. Aus gutem Grund. Während allenthalben intensiv über notwendige qualitative Verbesserungen geredet wird, geht es im Entwurf nur um die Noten.

Da ist wochenlang über die Mängel bei der ärztlichen Ausbildung lamentiert worden. Schwere Mängel wurden konstatiert, Konzepte und Forderungen entworfen; mehr Gewicht auf die sogenannten Volkskrankheiten legen, mehr Allgemeinmedizin in der Ausbildung, stärkeres Gewicht für die Prävention, das Multiple-choice-System wurde kritisiert. Heiner Geißler, Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, legte nun für sein Haus einen „Entwurf einer vierten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte“ vor, der als einzige „Reform“ die Benotung von Physikum und Staatsexamen sowie eine abschließende Gesamtnote vorsieht.

In den Ankündigungen des Entwurfs war von „praxisbetonter“, „patientennaher“ und „patientenfreundlicher“ Gestaltung der Ausbildung die Rede. Alles Ziele offensichtlich, die sich über die Einführung von Prüfungsnoten erreichen lassen. In der amtlichen Begründung des Entwurfs heißt es:

„Die Einführung eines gestuften Notensystems für die staatlichen Prüfungen im Rahmen der ärztlichen Ausbildung ist erforderlich, um die Leistungsbereitschaft der Studierenden zu steigern und damit das Ausbildungsniveau zu heben.“

Als vorherrschenden Mangel der Ausbildung scheint man die geringe „Leistungsbereitschaft“ der Studenten zu sehen. Ihr soll mit Noten zu Leibe gerückt werden. In anderen Fächern, so die amtliche Begründung, sei „eine gestufte Bewertung der Prüfungsleistung die Regel“. Von hymnischen Urteilen über die Leistungsbereitschaft der „gestuft bewerteten“ Germanisten oder Juristen wurde in Bonn allerdings nichts bekannt.

Zweifel an der durchschlagenden Wirkung der Einführung von Noten scheinen allerdings auch beim Ministerium zu bestehen. So kündigt man im vorliegenden Entwurf schon die nächste Novellierung an. Diese wird sich nach Lage der Dinge mit zusätzlichen Prüfungen, Studienverlängerungen und Pflichtvorlesungen beschäftigen.

Die Einführung von Noten wird beim Ministerium in Zusammenhang gebracht mit der Umstellung des BAFöG auf Vollدارlehen. Zu erwarten sei der Erlass eines Teils der Schulden für besonders gut benotete Studenten. Einen entsprechenden Erlass des Bildungsministeriums gibt es freilich noch gar nicht. Er wird in der Begründung zur AO-Novelle ohne Not vorweggenommen.

Im Gegensatz zur angeblich angestrebten „Relativierung“ des Multiple-choice-Verfahrens wird die Einführung von Noten im Gegenteil dessen stärkere Betonung zur Folge haben. Wenn, wie vorgesehen, die Gesamtprüfungsnote sich aus Physikum und allen Examina — einschließlich der mündlichen Prüfung im dritten Staatsexamen — zusammensetzt, besteht sie zu 16 Teilen aus Multiple-choice-Tests und nur zu vier Teilen aus mündlichen Prüfungen.

Die Einführung einer Benotung erhält einen besonderen Stellenwert vor dem Hintergrund der beginnenden und zu erwartenden Arbeitslosigkeit von Ärzten. Geht man davon aus, daß die Durchschnittsnote die Drei sein wird, so wird nach gegenwärtiger Arbeitsmarktlage ein Anwärter auf eine Assistenzarztstelle an einem Universitätsklinikum oder auf eine andere begehrte Stelle mit einer Zwei kaum noch Chancen haben. Absolventen mit der Note Vier werden sich voraussichtlich mit dem Platz auf einer Warteliste zufriedengeben müssen, während die Dreierstudenten sich die „normalen“ Stellen teilen.

Die geplante Benotung gibt die bisher fehlenden Kriterien für eine Selektion an die Hand. Das läßt, berücksichtigt man auch die Diskussion auf dem Ärzteskongress, darauf schließen, daß man sich auf die Massenarbeitslosigkeit vorbereitet, anstatt sie zu verhindern.

Trotz der damit verbundenen Zementierung von Problemen in der Gesundheitsversorgung wird diese Politik auch von Vertretern der Ärzteschaft unterstützt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, so einer ihrer Vertreter in einem Rundfunkinterview, berechnet die Bedarfszahlen nach Arztdichte von 1977. Der Verdacht, es handle sich bei solchen Berechnungen, die auch in Berufung auf eine zu befürchtende „Ärztenschwemme“ angestellt werden, um von finanziellen Interessen der Ärzte diktierte, stellt sich angesichts der Aktivität der ärztlichen Ständesvertreter auch konservativen Beobachtern. So argwöhnt die „Frankfurter Allgemeine“ vom 11. Mai, es



gehe in der Ausbildungsdiskussion „mehr oder weniger verdeckt um die Verteilung der Gelder innerhalb der Ärzteschaft“.

Auf entsprechende Vorwürfe von studentischer Seite wird mit der Vorhaltung geantwortet, „pauschales Mißtrauen“ der Jungen gegenüber den Älteren lasse nur mageren Beiträge „zur gemeinsamen Problembewältigung“ zu (Der niedergelassene Arzt, 7. 8. 83).

Bei den Studenten, so J. Olert von der Zentralstelle für die Arbeitsvermittlung, besteht keine Angst vor der Ärzteschwemme. Für die Vereinigten Deutschen Studentenschaften allerdings ist ein Gesetzesentwurf, der die Eindämmung von Arztszahlen erleichtert, geeignet, diese Angst zu erzeugen. Schon jetzt haben vor allem Frauen und Ausländer Schwierigkeiten, eine Assistenzarztstelle zu bekommen. Von Fällen, in denen Frauen beim Einstellungsgespräch detailliert nach ihrer Familienplanung befragt wurden, wird berichtet.

Im Zusammenhang mit den Bestrebungen, die Arztszahlen nicht weiter wachsen zu lassen, erwächst der Einführung von Noten im Medizinstudium eine Bedeutung, die über die bekannten schädlichen Auswirkungen traditioneller Notengebung weit hinausgeht.

Ein Indiz für diese Bedeutung ist nicht zuletzt die Eile, mit der die Novellierung der Approbationsordnung in Bonn vorangetrieben wird. Eine entsprechende Eile scheint auch für den Widerstand gegen diese Maßnahmen geboten.

Brigitta Mews



Von Walter Popp

Mit dem „positiven Motivieren“ ihres ärztlichen Personals hat die Bundeswehr Probleme. Kein Wunder, da im Atomkrieg sofort 60 Prozent des Sanitätspersonals „ausfallen“. Ein Stabsarzt über seine Erfahrungen im ideologischen Unterricht.

Dem Oberstabsarzt rutscht es heraus: „Beim Einsatz von Atomraketen werden 40 Prozent der kämpfenden Truppe und 60 Prozent des Sanitätspersonals sofort ausfallen“

Das ist die Wirklichkeit des „Verteidigungs-Falles“. Wir erfahren sie nur zufällig auf unserem Einweisungslehrgang für Stabsärzte in München.

Bevor wir vierzehn Monate lang den Truppenarzt spielen, sollen wir hier über die Aufgaben der Bundeswehr informiert werden. „Positive Motivation“ nennen das sicher auch die Bundeswehrpsychologen. „Verstärker“ sind auch dabei: der Sekretär der Bundesärztekammer macht gerade eine Wehrübung, um mal wieder befördert zu werden, und sitzt auch gleich in dem Gremium, das uns auf unsere späteren Standorte verteilt. Mich verschlägt es immerhin von Aachen nach Düsseldorf, weg von der Familie.

Gleich am ersten Tag auch noch die Begrüßung durch den „Stellvertretenden Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr“. Er gibt sich jovial: „Wir sind ja hier unter Offizieren“. Da kann er sich sogar zu Problemen äußern, zum Beispiel dem „schädlichen Gerede“ von einem Alkoholproblem in der Bundeswehr: „Völliger Quatsch, meine Herren, völliger Quatsch! Erstens wird bei uns nicht mehr gesoffen als überall in der Gesellschaft, zweitens sind wir kein Mädchenpensionat, und drittens gibt es jede Menge Gegendarstellungen des Bundesministers der Verteidigung.“ Mein Nebemann flüstert: „Wenn unsere Vorgesetzten alle so sind — das kann man nur im Suff ertragen.“

Viele sind so. Der Sicherheitsoffizier weist uns auf die Bedrohung der Bundeswehr im Frieden hin; das macht er graphisch. Er malt einen Kreis an die Tafel und tritt ihn. In ein Drittel schreibt er „Spionage“, in das nächste „Sabotage“ und in das letzte „Zersetzung“.

„Auf diese drei Sachen müssen Sie aufpassen, meine Herren; das sind die drei Säulen, auf denen die Versuche des Gegners beruhen, die Bundeswehr schon in Friedenszeiten kampfunfähig zu machen. Wenn Sie etwas merken, rufen Sie sofort ihren Sicherheitsoffizier an...“

„Meinen Sie, der Gegner fängt damit in den San-Bereichen an?“

„Meine Herren, das ist ein viel zu ernstes Thema, als daß man darüber Witze reißen darf. Der Gegner nutzt jede menschliche Schwäche aus. Erst vor wenigen Tagen ist wieder eine Sekretärin des NATO-Hauptquartiers im DDR-Fernsehen aufgetreten...“

Daß ein konventioneller Krieg in Mitteleuropa zum atomaren Schlagabtausch führen muß, wird unterschlagen. Darauf angesprochen, halten sich viele Referenten und Gruppenleiter zurück:

„Das ist nicht mein Thema“.

„Wissen Sie, da kann man verschiedener Ansicht sein. Aber ihre Meinung haben, wie Sie, das können Sie halt nur in unserem Gesellschaftssystem. Und deshalb müssen wir es verteidigen.“

Immerhin bekommen wir noch einen Film zu sehen über die Auswirkungen der Atombomben auf Hiroshima und Nagasaki, gedreht von Kameramännern der US-Army Tage und Wochen nach dem Abwurf. Der Film erschüttert alle. Schon zuvor hatte der vorführende Biologe und Oberstleutnant erklärt: „Meine Aufgabe ist es hier, Ihnen die Auswirkungen von Atombomben zu referieren. Ich habe kein Interesse, mit Ihnen darüber hinaus zu diskutieren.“

Wir verwiesen auf ehemalige NATO-Generäle: Pastl, von Meyenfeld, Bastian usw. Wie auf ein Stichwort hin verliert der Oberstleutnant seinen naßforschenden Ton und ein Hauch von Trauer durchweht seine Stimme: „Also wissen Sie, meine Herren, ich bin ja wirklich für Meinungsfreiheit, jeder darf seine Meinung sagen und muß das in einer Demokratie auch dürfen, aber wie dieser Herr, den sie da eben nannten, das neuerdings zu tun pflegt und, vor allem, was die menschliche Qualität seines Verhaltens angeht, das hat mich persönlich zutiefst enttäuscht...“

Vier Wochen sind wir in München. Dem letzten Referenten, einem Oberstabsarzt, rutscht es dann heraus: Die NATO-Strategie sei ja die Flexible Response. Das heißt, daß auf einen konventionellen Angriff mit begrenztem Atomwaffeneinsatz geantwortet wird. „Wir wollen damit dem Gegner die Ernsthaftigkeit unseres eigenen Verteidigungswillens zeigen und ihn ein letztes Mal zu Verhandlungen zwingen.“ Sofort ausfallen werden dabei, wie schon oben erwähnt, 40 Prozent der kämpfenden Truppe und 60 Prozent des Sanitätspersonals.

Fazit des Einweisungslehrganges: Medizinische Hilfe im Atomkrieg ist nicht möglich. Das sagt die Bundeswehr zwar nicht, es kommt aber aus allen vermittelten Fakten so raus. Dies zeigt sich auch darin, daß das Thema Atomkrieg weitgehend aus der Ausbildung ausgeblendet wird. Daß viele Bundeswehroffiziere das Problem sehen, zeigt sich in manchen Äußerungen, besonders aber in der mangelnden Bereitschaft, darüber zu diskutieren. Verdrängung ist eben auch hier vorherrschend. Wenn die weitere atomare Aufrüstung verhindert werden soll, dann muß die Friedensbewegung auch in die Bundeswehr eindringen. Gute Bedingungen haben hier auf jeden Fall die wehrpflichtigen Stabsärzte; allerdings setzt dies auch die Bereitschaft zu Engagement voraus.

Foto: dpa

Chile: Es herrscht Unruhe im Land

Von Günter Seelmann/Gunar Stempel



Bis 1989 sollte jeder siebte Chilene Auto und Telefon besitzen, jeder fünfte einen Fernseher. Chile sollte, wie der Diktator Pinochet es selbst ausdrückte, von einem Land der Proletarier in ein Land der Besitzenden verwandelt werden. Stattdessen protestierten nun schon zum vierten Mal von Punta Arenas, 2500 km südlich von Santiago, schon fast in der Antarktis gele-

gen, bis zur im äußersten Norden gelegenen Hafenstadt Antofagasta die Chilenen gegen die Militärdiktatur. Hausfrauen klopften auf ihre leeren Kochtöpfe, Eltern schickten ihre Kinder nicht in die Schulen, Demonstranten zogen mit dem Ruf „El vácaer“, „er wird stürzen“, durch die Straßen.

Lange Zeit galt die Militärdiktatur in Chile als eine der stabilsten Diktaturen der Welt. Seit einem halben Jahr aber herrscht Unruhe im Lande. Seit Mai gibt es jeden Monat einen nationalen Protesttag in Chile. Dabei werden die Aktionen der Demonstranten und die Reaktionen der Polizei und Militärs ständig heftiger. Die Bilanz des vierten „Tages des nationalen Protestes“ im August: 25 Tote, darunter drei Kinder, über 100 Verletzte, über 500 Festnahmen.

Bei den gegenwärtigen Auseinandersetzungen stehen die Parallelen zur politischen Situation unmittelbar vor dem Militärputsch im September '73 geradezu ins Auge. Als an den Tagen des nationalen Protestes die Frauen mit ihren leeren Kochtöpfen schepperten, war das Gekloppe in den feinen Stadtvierteln der Hauptstadt Santiago besonders laut. Auch 1973

hatten die Hausfrauen in den besseren Vierteln wie Providencia und Las Condes mit ihren Töpfen gekloppt. Heute wie damals protestierten Ärzte, Anwälte und Spezialeure.

Wir wollen versuchen, anhand der Entwicklungen im Gesundheitswesen und innerhalb der überwiegend konservativ eingestellten Ärzteschaft aufzuzeigen, warum sich diese und warum sich diese gerade jetzt von der Militärregierung abgewandt haben. Es kann nicht verhehlt werden, daß es vorwiegend wirtschaftliche Gründe sind, und nicht etwa eine radikale politische Kehrtwendung, die diese vollzogen haben. Die Mehrzahl der chilenischen Ärzte hat nicht plötzlich ihr Herz für die soziale Not der chilenischen Arbeiter, Arbeitslosen und politisch Verfolgten entdeckt, wie die folgenden Ausführungen glauben machen könnten. Enrique Moreno, Vikar in

Concepcion, der drittgrößten Stadt Chiles, bringt es gegenüber einem Rundfunkreporter auf folgende kurze Formel: „Mein Vater ist Zahnarzt. Heute arbeitet er nur halb so viel wie früher. Es kommen einfach keine Patienten mehr. Und die, die kommen, können nicht zahlen.“ Vier einfache Fragen wollte die chilenische Ärztekammer im Juli den Ärzten stellen. Doch so weit sollte es gar nicht kommen. Die Regierung hat diese Befragung verboten, weil sie diese als „Überschreitung der standespolitischen Interessenvertretung“ ansah. Die Ärzte sollten erstens beantworten, ob sie mit dem gegenwärtigen Gesundheitsmodell einverstanden seien oder nicht. Zweitens, ob der Vorstand der Ärztekammer seine Mitglieder korrekt repräsentiere und drittens, ob er gute Arbeit leiste. Der letzte Aspekt: ob die Ärztekammer an der Planung der Gesundheitspolitik beteiligt werden müsse.

Foto: dpa

A LOS MEDICOS DEL PAIS

Como ex Consejeros del Colegio Médico de Chile, nos vemos en la obligación de dirigirnos a nuestros colegas del país, para llamar la atención sobre la situación que vive actualmente nuestra Orden:

- 1.- Estamos conscientes de las dificultades que vive nuestro Gremio en relación a su quehacer en los recintos de trabajo, así como por los diversos sistemas que constituyen nuestros ingresos.
- 2.- Creemos que la solución de estos problemas deben obtenerse por la vía del estudio, intercambio de ideas y del aporte de soluciones concretas y practicable.
- 3.- Nos preocupa la orientación que están tomando los sucesos a nivel de nuestras Directivas, por cuanto no nos parecen gremiales en su esencia y podrían conducir en definitiva a la desaparición de nuestro Colegio y de su patrimonio.
- 4.- Igualmente nos llama la atención los términos amenazantes del Honorable Consejo General, en contra de la libre expresión de las inquietudes que tiene un grupo de colegas, contraviniendo los principios democráticos que siempre se han sustentado.
- 5.- Apelamos a todos los distinguidos colegas a meditar sobre lo expuesto y movilizarse a través de sus Consejos Regionales, con el objeto de analizar con detenimiento cuál debe ser el papel a desempeñar por nuestras Directivas en la conducción de la Orden, que nunca debió alejarse de lo netamente gremial.
- 6.- Por último solicitamos a la Directiva se informe a las bases sobre los motivos y metas que se pretenden con el plebiscito al que se estaría convocando.

EXEQUIEL LIRA DEL CAMPO RAUL HURTADO EDWARDS

JOSE ARNELLO ROMO JORGE LEON HURTADO

PEDRO ARAB ARAB SERGIO OLAVE ROJAS

ALVARO HIDALGO ROJAS JAIME FIGUEROA LOPEZ

SANTIAGO, 3 DE JULIO 1985

Das Verbot der Befragung stelle gleichzeitig „die letzte Warnung“ vor der Auflösung der Ärztekammer dar, so die deutliche Drohung des Innenministeriums. Der Präsident der chilenischen Ärztekammer, Juan Luis González, konterte: „Wenn es einen Minister gibt, der eine gering ausgeprägte Dialogfähigkeit besitzt, dann ist es der Gesundheitsminister. Der Minister hat geäußert, daß er ein Mitregieren von unserer Seite nicht akzeptiert. Wir haben nicht gefordert, daß wir mitregieren, sondern uns beteiligen wollen.“

Die gegenwärtige Gesundheitslage in Chile erlaubt nur die Zustandsbeschreibung „ernst“, zu diesem Resultat kommt ein Dokument des chilenischen Ärztekammervorstandes mit dem Titel „Einige Betrachtungen über die Gesundheit in Chile“, welches kürzlich in Auszügen in der chilenischen Wochenzeitung „hoy“ veröffentlicht wurde. Um ein solches dramatisches Urteil zu fällen, fehlte es nicht an Argumenten, schreibt das Blatt und fährt fort: „Dies weist den Weg über die eigentliche Gesundheitsproblematik auf die Bedingungen, die — nach dem Urteil der Ärztekammer — nicht ausgeklammert werden können — wenn man eine umfassende und wirklichkeitsnahe Vorstellung von Gesundheit haben möchte.“

Unter den Angaben hebt das Gremium folgendes hervor:

- „daß Chile das wenig glückliche Privileg hat, 25% aller Typhusfälle des amerikanischen Kontinents hervorzubringen“. Aber auch dafür werden Beweise angeführt, „daß die Aktivitäten für Hygienekontrollen und Gesundheitserziehung dramatisch verringert wurden, ge-

nauso wie die Personalmittel“. 1970 wurden 830000 Hygienekontrollen (z.B. Lebensmittel- und Trinkwasserkontrollen), 1980 nur 180000 durchgeführt.

- Auf dem Ernährungssektor wird die Etat Kürzung als besonders schwerwiegend eingeschätzt. Vom 1. Januar dieses Jahres wurde die Zusatznahrung für Säuglinge bis zu 6 Monaten von 3 Kilo Milch/Monat auf 2 Kilo gekürzt, und die Kinder zwischen 12 und 23 Monaten bekommen statt 2 Kilo jetzt 1,5 Kilo. Für die Schwangeren wurde die Menge von 3 auf 1,5 Kilo gekürzt. Und das geschieht alles in einem Augenblick der ökonomischen Krise, die besonders die Ärmsten der Armen trifft. Ein Indikator der Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage der Bevölkerung ist die enorme Steigerung der Inanspruchnahme der „medizinischen“ Konsultationen von 1977 bis 80 durch Krankenschwestern (+ 201%) und Hebammen (+ 151%) inklusive anderer wenig qualifizierter medizinischer Hilfskräfte. Und dieses, obwohl es eine große Arbeitslosigkeit unter den Ärzten im Lande gibt und trotz vieler aus wirtschaftlichen Gründen ausgewanderter Ärzte (1980 waren 4128 Ärzte unter Vertrag des staatlichen Gesundheitswesens, das sind 21% weniger als 1970).
- Auf dem Gebiet psychischer Erkrankungen betont das Dokument das vermehrte Auftreten dieser Krankheiten in der chilenischen Bevölkerung. Die Ursachen werden gesehen im wirtschaftlichen System, das der Bevölkerung in den letzten Jahren aufgezwungen wurde mit seiner unvermeidlichen Arbeitslosigkeit als „sozialem Preis“ sowie im autoritären System. „Ein System, das einschüchtert und den Menschen in einen defensiven und paranoischen Zustand bringt.“
- 4500 drogenabhängige Jugendliche wurden innerhalb dreier Monate allein in Santiago verhaftet (nach Angaben der Polizei), alarmierende Anteile von neurotischen Verhaltensweisen unter

den Frauen in sozialer Not, ein Ansteigen des Alkoholismus von Männern und Frauen und immer jüngeren Altersgruppen, Steigerung der Selbstmordrate um 300 Prozent in einem Jahr, der Gewalt gegen Kinder, vorzeitiger Schulabbruch... Und das alles ohne die psychischen Schäden zu erwähnen, die bei den Familien (Ehefrauen, Kinder, Eltern) von Verschwundenen oder Hingerichteten der letzten zehn Jahre aufgetreten sind.

- Weiter wird über die inneren Zustände der Krankenhäuser und Polikliniken berichtet: ineffiziente Bürokratie, Mangel an Grundausstattung (Heizung, fehlende Trennwände in Untersuchungsräumen, Rezeptformulare etc.) und, was noch gefährlicher ist, Mangel an Röntgenmöglichkeiten (Thorax, Schädel, Wirbelsäule), Untersuchungen, die notwendig für das Leben des Patienten sind.“

Soweit der Bericht in der Zeitung „hoy“.

Heute möchten die Ärzte nicht mehr erinnert werden an ihr vorheriges Engagement für die Militärjunta. Ihre Belohnung ist anders ausgefallen, als sie es sich vorher vorgestellt hatten. 1974 hatte die Ärztekammer die Militärs bei jeder Gelegenheit an die geleisteten Dienste erinnert und die entsprechende Belohnung gefordert. Hier zeigten sich verblüffende Parallelen zu den Entwicklungen in der deutschen Ärzteschaft vor und nach 1933 (vgl. Artikelserie im Deutschen Ärzteblatt „Vor 50 Jahren. Die Gleichschaltung...“ vom Juli/August '83). So erinnerte die Ärztekammer den Putschgeneral Leigh, damals Gesundheitsminister, in einem Schreiben, veröffentlicht im „El Mercurio“ vom 1. 9. 74, an die „drei Jahre des Kampfes gegen den Marxismus, in dem die Ärztekammer eine wichtige Rolle spielte und der mit der patriotischen Intervention der Streitkräfte seinen Höhepunkt erreichte“. Sie schlug ein System vor, das „in Übereinstimmung mit den Grundlagen der Politik die Effizienz durch den Wettbewerb sichert“, da die Verstaatlichung das Ende der Effizienz bedeute. Damit hatte die Ärztekammer die nun be-



Foto: medico international

schriebenen Entwicklungen abgesegnet, die sie letztlich wie ein Bumerang treffen sollten.

Der chilenische Arzt Luis Emilio Tobar zog auf einem Referat des Hamburger Gesundheitstages 1981 folgendes Resümee der Zerschlagung des chilenischen Gesundheitswesens: „Erinnert sei hier vor allem an die Streichung des Nationalen Milchprogramms und die Beseitigung vor allem struktureller und institutioneller Verbesserungen im SNS (Nationaler Gesundheitsdienst). Zu diesen gehörte vor allem die Auflösung des öffentlichen Gesundheitsvorsorgeschutzes und -kontrollsystems, dem bisher alle Arbeiter und bedürftigen Personen angehört hatten, zugunsten einer umfassenden Reprivatisierung. Dem Colegio Medico, der zentralen Ärztekammer, war seitens der Regierung mitgeteilt worden, „die Regierung möchte zu einer Auflösung des SNS innerhalb von drei Jahren kommen, weil es kein rentables Unternehmen ist und für die Regierung eine Belastung darstellt“. Und der stellvertretende Gesundheitsminister Herrera formulierte seinerzeit: „Wir haben im Gesundheitswesen die Soziale Marktwirtschaft eingeführt.“

Erste Ergebnisse einer derart sozial definierten Gesundheitspolitik schlugen sich in einer Verringerung der öffentlichen Ausgaben von 7,2 Prozent im Jahre 1972 auf 2,5 Prozent im Jahre 1977 in Relation zum Bruttosozialprodukt nieder.

Welche Auswirkungen die Austrocknung staatlicher Mittelzuweisung auf die Versorgung der Bevölkerung hat, zeigt sich daran, daß nach einer Befragung von 1979 60 Prozent der Bevölkerung von Santiago als Arbeiter und Bedürftige im Erfassungsbereich des SNS lagen. 35 Prozent waren keinerlei Gesundheitsversorgungssystem oder -versicherung angeschlossen. Trotz der relativ hohen Anzahl von 65 Prozent überhaupt an ein solches System Angehossener läßt sich ein erheblicher Anteil der direkten (d.h. von einzelnen Betroffenen) selbst zu zahlenden Kosten für allgemeinmedizinische und zahnärztliche Versorgung sowie Medikamente feststellen. Man schätzt 7,2 Prozent des durchschnitt-

lichen Jahreseinkommens pro Person. Das wiederum bedeutet, daß bei der gegenwärtigen Einkommenslage der chilenischen Bevölkerung nur das obere Fünftel der Haushalte sich diese Aufwendungen leisten kann.

Ein weiterer Aspekt der Privatisierung des Gesundheitswesens betrifft institutionelle Veränderungen. Nach einem Gesetzesdekret vom 3. August 1979 ist es möglich, daß die staatlichen Gesundheitsdienste SNS und SERMENA Abkommen mit kommerziellen Unternehmen schließen. Danach müssen medizinische Dienstleistungen nicht mehr nur ausschließlich an fachliche Qualifikationen und staatliche Zulassung gebunden sein, sondern es wird die privatvertragliche Verpflichtung von Ärzten und sonstigem Personal erlaubt. Verkaufsobjekte wurden ganze Hospitäler, Polikliniken, medizinische Institute.

Neben diesen strukturellen Veränderungen führten unmittelbare politische Unterdrückungsmaßnahmen zur Verschlechterung der Lage der Bevölkerung. Eine bisher unbekannte Zahl von Beschäftigten im Gesundheitssektor wurde ermordet, mehr als 10 Prozent der Ärzte emigrierten, Hunderte wurden aus den staatlichen Gesundheitsdiensten ausgeschlossen, inhaftiert, Tausenden von Beschäftigten wurde gekündigt. Hospitäler, Polikliniken, Beratungs- und Versorgungsstellen wurden vom Militär besetzt oder mußten wegen Personalmangels schließen. Alle Gesundheitsprogramme der UP wurden außer Kraft gesetzt, die Personalstellen im verbliebenen öffentlichen Dienst um 40 Prozent gekürzt. Zugleich verringerten sich die Studentenzahlen in den reduzierten medizinischen Fakultäten durch Exmatrikulation, hohe Immatrikulations- und Studiengebühren. Jungärzte konnten ihre erste Dienstphase nicht mehr im staatlichen Dienstsektor ableisten — was bisher verbindlich als Abschluß der Ausbildung galt —, sondern sollten ohne Honorar dort ihre Tätigkeit anbieten und ihren Lebensunterhalt durch private medizinische Nebentätigkeiten verdienen. Nach neuesten Angaben sind sogar 35 Prozent der jungen Ärzte ohne Beschäftigung oder arbeiten als Teilzeitkräfte.

pro familia magazin

Sexualpädagogik und Familienplanung

Hft 5/1983 (September)

Schwerpunkthema:

Pro Familia Praxis

Die bisher umfassendste Dokumentation. Mitarbeiter und Mitglieder berichten aus ihrer Arbeit: Schwangerenbetreuung, Sexualerziehung in Schulen und Jugendzentren, Beratung auf dem flachen Land und in der Großstadt. Reportagen aus dem Alltag der Pro Familia, selbstkritische Reflexionen, Ängste über die Zukunft nach der „Wende“.

Ankreuzen und einsenden an:

Gerd J. Holtzmeier Verlag

Weizenbleek 77, 3300 Braunschweig

☐ Hft 4/83

(8. Juli)

Gesundheitskultur
und Sexualität

☐ Hft 5/83

(5. Sept.)

Pro Familia
Praxis

☐ Bitte, schicken Sie mir das „Kennenlernpäckchen“ des *pro familia* magazins „Sexualpädagogik und Familienplanung“ (4 Ausgaben ab 1981 je nach Lagerbestand) zum Preis von DM 10,- (Schein/Scheck beigelegt).

☐ Bitte, schicken Sie mir das oben angekreuzte Heft gegen Rechnung (6,20 DM + 0,80 DM Porto). Wenn ich innerhalb von drei Wochen die Zeitschrift abonniere, brauche ich die Rechnung nicht zu bezahlen.

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

In den Krankenhäusern fehlt es an allem. Hier einige Beispiele:

- die Zeitung Ereilla berichtet: „Am Eingang zur Station 3 hängt ein Ambulanzwagen fest. Der Fahrer ist in Urlaub, es gibt keinen Ersatz für ihn. Es gibt kein Bettuch und keine Bettdecke. Es gibt kein Verbandszeug. Es gibt keinen Sauerstoff. Es gibt kein Mundstück zur Beatmung. Nicht einmal ein Aspirin.“
- In der Klinik San Juan de Dios werden 16,5 Patienten pro Stunde versorgt, d.h. es bleiben pro Person drei Minuten, um den Fall vorzutragen, die Diagnose und Behandlung zu bekommen.
- Und noch ein Beispiel, nachzulesen in der Zeitung „Hoy“ vom 17. 2. 81 über die Frauenklinik Barros Luco-Trudeau in Santiago. In dem Gebäude aus dem Jahre 1915, konzipiert für die Versorgung von 30000 Einwohnern, müssen heute 42 Ärzte, 80 Hebammen und 130 medizinische Hilfskräfte einen Einzugsbereich von einer Million Einwohnern versorgen. Bei einer Kapazität von 256 Betten für die Geburten gehört es zum Alltag, daß sich zwei Frauen ein Bett teilen müssen. Es gibt viel zu wenig Bettwäsche. Sie wird gar nicht gewechselt, oder Schwestern holen gebrauchte Laken von Ärzten und aus den Haushalten persönlicher Bekannter. Das gleiche gilt für Nachthemden. Die Gefahren liegen auf der Hand: Verursachung weiterer Krankheiten, Infektionen. Diese mangelhaften hygienischen



Foto: medico international

Zustände verschärfen sich durch ausgesprochen unzureichende sanitäre Anlagen. So sind die Patientinnen nach Geburt, Fehlgeburt, Kaiserschnitt gezwungen, lange Wege zu einer der wenigen Toiletten zurückzulegen. Ganz abgesehen davon, daß die gesamten Umstände sie zwingen, schon eher als nach den vorgeschriebenen fünf Tagen das Krankenhaus zu verlassen. Soweit einige der zahlreichen Beispiele, denen nur noch hinzuzufügen wäre, daß von vielen nicht einmal mehr die Mittel für Medikamente aufzubringen sind, da deren Preise zwischen 8 Prozent und 10000 Prozent (!) gestiegen sind.

Eine weitere Verschlechterung der medizinischen Versorgung bringt die Tendenz zur Verzerrung der Ärzteverteilung zuungunsten ländlicher Gebiete und entlegener Provinzen mit sich. So gab es schon vor einigen Jahren in Santiago einen Arzt auf 920 Einwohner, in der südchilenischen Stadt Chiloe hingegen nur einen Arzt auf 7200 Personen. Darüber hinaus verlagert sich die für Entwicklungsländer notwendige allgemein-medizinische Versorgung zugunsten einer Spezialisierung. Es entstehen Ärztezentren in den Wohngebieten der Reichen, denen Spezialisten rund um die Uhr zur Verfügung stehen, gegen direkte Liquidierung des Honorars, da der Aufwand anders nicht finanzierbar wäre."

Soweit die Beschreibung Tobars.

Doch mit der Privatisierung errangen die konservativen Ärzte nur einen Pyrrhussieg. Die Profitillusionen mit den mit großen apparativem Aufwand ausgestatteten priva-



Dr. Juan Luis Gonzales, Präsident der chilenischen Ärztekammer

ten Ärztezentren konnten nicht nur nicht erfüllt werden, sondern ruinierten deren Betreiber, da sie sich im Vertrauen auf die vielen zu erwartenden Privatpatienten hoch verschuldet hatten. Die Privatpatienten blieben aus und wurden sogar aus oben beschriebenen Gründen weniger. Da der staatliche Gesundheitsdienst Ärzte entließ und auch keine neuen Ärzte aufnahm, entfiel auch die Möglichkeit, daß junge Ärzte private Jobs in den Ärztezentren erhielten. In einem Gespräch Anfang März dieses Jahres mit dem chilenischen Ärztekammerpräsident Juan Gonzalez bestätigte er uns diesen Trend, bat uns da-

mals aber, zunächst nichts über dieses Gespräch zu veröffentlichen. In diesem Gespräch wandte er sich scharf gegen einen weiteren Abbau des öffentlichen Gesundheitswesens. Die Richtlinien der Wirtschaftspolitik Pinochets stünden im Widerspruch zu einem solidarischen Gesellschaftskonzept, betonte er.

Die Tendenzwende in der chilenischen Ärzteschaft hatte sich schon vorher angekündigt. Zur großen Enttäuschung der Ärzte waren 1979 neue Statuten für alle Berufskammern (Anwälte, Architekten, Ärzte etc.) durch die Militärregierung erlassen worden, die ganz im Sinne eines autoritären Führungsstils und entsprechend dem Wirtschaftsmodell die Kompetenzen dieser Berufsvertretungen einschränkten. Die Pflichtmitgliedschaft der Ärzte in der Ärztekammer wurde aufgehoben, so daß diese keine (ethische) Kontrolle mehr auf die nun vermehrt privat praktizierenden Ärzte ausüben konnten. Die Ärztekammer war bis dahin auch Tarifpartner für die Verhandlungen der staatlich angestellten Ärzte, diese Funktion wurde ihr ebenfalls genommen. Eine der Folgen war ein massiver Lohnabbau bei den staatlich angestellten Ärzten.

Damals wurde weiterhin die bis dahin gemeinsame Verantwortung von Ärztekammern, Universität und Gesundheitsministerium für die Facharztweiterbildung aufgehoben. Alleinige Zuständigkeit hat heute die „privatisierte“ Universität, an deren Spitze selbstverständlich ein Militär steht.

Wichtigstes Ziel der Militärregierung war es jedoch, alle politischen Gremien, die an den Entscheidungen im Gesundheitsbereich mitwirkten, zu eliminieren. Die Ärztekammer wurde aus dem „Nationalen Gesundheitsrat“ — gebildet aus Regierungsvertretern, Nutznießern und im Gesundheitswesen Tätigen, einschließlich der Ärztekammer — ausgeschlossen. So war es nicht weiter verwunderlich, daß im März 82 die faschistischen Ärztevertreter abgewählt wurden. Heutiger Präsident ist der Christdemokrat Juan Gonzalez.

„Pinochets Uhr ist — politisch gesehen — längst abgelaufen. Die ‚Wende auf chilenisch‘ kann wohl nur von Soldaten herbeigeführt werden. Es hat in vielen Ländern junge reformfreudige Offiziere gegeben, welche den Lauf der Geschichte veränderten, ...“ gibt ausgerechnet der Kommentator der konservativen Tageszeitung „Rheinische Post“ als Handlungsanleitung aus, einer Zeitung, die Pinochet bislang vorbehaltlos unterstützte. In der amerikanischen Botschaft herrscht hektische Betriebsamkeit, es werden ständig neue Namen gehandelt, weiß die „Frankfurter Rundschau“ zu berichten.

G. Seelmann, chilenischer Kinderarzt, war Leiter des staatlichen Milchprogramms in der Provinz Concepción während der Regierungszeit der Unidad Popular und ist heute niedergelassener Kinderarzt in Monheim bei Düsseldorf.

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!!!

In Memoriam

Dr. med. Salvador Allende —

vor zehn Jahren ermordet

Wenn die Faschisten ihn nicht vor zehn Jahren in blutigem Putsch ermordet hätten, wäre Salvador Allende diesen Sommer 75 Jahre geworden. Seit seiner Jugend hatte Allende, Sprößling einer wohlhabenden, seit mehreren Generationen fortschrittlich-demokratisch eingestellten Familie des chilenischen Bildungsbürgertums, für den sozialen und demokratischen Fortschritt seines Volkes gekämpft: als Arzt und Sozialist, als Sozialhygieniker und Präsident. Seine Regierung der „UNIDAD POPULAR“, die erste Volkseinheitsregierung der chilenischen Geschichte, war das Ergebnis eines jahrzehntelangen Kampfes der progressiven Kräfte Chiles um eine Politik des breiten Bündnisses zwischen allen Linkskräften und humanistisch-liberalem Bürgertum. Sein Kampf stand in der freiheitlich-sozialen Tradition, den nationalen Reichtum des Landes an Kupfer und Salpeter dem Andenvolk nutzbar zu machen. Er war die Hoffnung der Armen und der Schrecken der Reichen und der internationalen Konzerne.



Foto: dpa

Als Student der Medizinischen Fakultät der Universität in Santiago de Chile in den zwanziger Jahren wird Salvador Allende zum Vorsitzenden der Studentenvertretung ernannt, liest Marx und Engels, kämpft mit Studentengruppen gegen die damalige Diktatur in Chile. Kurz vor ihrem Sturz wird er verhaftet und verbannt. Als sein Vater stirbt, erwirkt er eine Sondererlaubnis zur Beteiligung an der Beerdigung. Am Grabe seines Vaters schwört er: „Von diesem Moment an werde ich mein Leben dem sozialen Kampf widmen.“

Nach Abschluß seines Medizinstudiums 1932 versucht er vergeblich, als Arzt eine Anstellung zu finden. So zieht er zu einem Schwager, der ihm in seinem Büro Raum zur Verfügung stellt. Dort beginnt Salvador Allende Patienten zu betreuen — unentgeltlich, und oft gibt er ihnen noch Geld für Medikamente. Später findet er eine Stelle als Pathologe. Er nimmt teil an der von linksgerichteten Militärs und Repräsentan-

ten der später gegründeten Sozialistischen Partei Chiles ausgerufenen „Sozialistischen Republik“, die aber nur zwölf Tage dauert. Aus dieser Zeit stammt ein nie außer Kraft gesetztes Dekret, welches die legale Enteignung der Monopolindustrie gestattet, das sich Allende während seiner späteren Präsidentschaft zunutze macht!

1933 nimmt er an der Gründung der Sozialistischen Partei Chiles teil, deren Reihen er bis zu seinem Tode angehörte. Zwei Jahre später gerät er neuerlich in Verbannung wegen einer starken von ihm geleiteten Oppositionskampagne gegen die reaktionäre Regierung nach dem Putsch rechtsgerichteter Militärs. Dort macht er, unter Bergarbeitern und Fischern lebend, wertvolle Erfahrungen als Arzt. Auch an der Gründung der Volksfront gegen Großkapital und faschistische Gefahr, einer Koalition der Radikalen Partei und der kommunistischen Partei, später auch der Sozialistischen Partei und der Demokrati-

In Memoriam

schen Partei, nimmt er aktiv teil. Als Abgeordneter der SP bringt Allende 1938 im Parlament den Gesetzentwurf zum Schutz von Mutter und Kind ein und ein Abänderungsgesetz zur Arbeitsversicherung, mit welchem er versucht, die soziale Sicherheit der Werktätigen zu erhöhen. Mit 31 Jahren wird er zum Gesundheitsminister ernannt, nachdem die Volksfront knapp die Wahlen gewonnen hat. Als sich im Januar '39 eines der verheerendsten Erdbeben der chilenischen Geschichte ereignet, organisiert Allende mehrere Notkrankenhäuser im betroffenen Gebiet und leitet persönlich die medizinische und soziale Betreuung der Opfer. Weiter widmet er sich verstärkt der Reform der Arbeitsversicherung und der Versicherung gegen Arbeitsunfälle. Zu dieser Zeit auch entwickelt er das Gesetz zur Schaffung der Ärztekammer Chiles und verwirklicht Gesetze über Familienbeihilfe und zum Schutz von Mutter und Kind. In sozialhygienischem Engagement organisiert er 1940 eine „Wohnungsausstellung“, in der er den schlimmen Übelstand im chilenischen Wohnungswesen aufzeigt unter Anklage der reaktionären Schichten. Entsprechendem Bemühen ist seine Veröffentlichung „Die medizinisch-soziale Realität Chiles“ gewidmet.

Mit 31 Jahren Gesundheitsminister

Nach dem Zweiten Weltkrieg sollten auch in Chile die zunächst gestärkten Linkskräfte durch die von den USA gesteuerte Politik des „Kalten Krieges“ auf antikomunistischen Kurs eingeschwenkt werden, weshalb es zur Spaltung der Sozialistischen Partei kam. Als mit Repressalien gegen die Bergarbeiter-Streikbewegung und 1948 mit dem „Gesetz zur Verteidigung der Demokratie“ gegen Gewerkschaften und KP eine Unterdrückungswelle ausgelöst werden sollte, stimmt Allende dagegen, verläßt die SP mit einer Gruppe junger Genossen und gründet zusammen mit der Kommunistischen Partei Chiles erneut eine Volksfront (Frente del Pueblo). 1953 wird er mit Unterstützung der weiter illegalen KP zum Senator gewählt. Unter seiner Ägide als Vizepräsident des Senats wird das Gesetz zur Zahlung von Familienbeihilfe vom fünften Schwangerschaftsmonat an erlassen. 1955 kommt es zur Verkündung der von Allende vorgeschlagenen Gesetze zur Schaffung des Nationalen Gesundheitsdienstes und des Sozialversicherungsdienstes. Als es 1959 zu Massaktionen gegen die wachsende Verelendung des Volkes und die Auslieferung des Landes an die USA-Metropole kommt, unterstützt Salvador Allende den Streik der Koh-

lekumpel. Unter schwierigen Bedingungen besucht er das gesamte wiederum von einem Erdbeben (1960) heimgesuchte Gebiet im Süden Chiles und schafft Gesetzentwürfe zur Linderung der Not der Erdbebenopfer. 1962 entlarvt er im Senat die Politik der reaktionären Regierung Chiles, den Werktätigen weitere Teile ihres kargen Lohnes vorzuenthalten durch Ausgabe sogenannter Kapitalanteile (ganz wie heute geplant von unserer CDU-CSU-FDP-Regierung). Bei seinen dritten Präsidentschaftswahlen (1964) unterliegt Allende dem Christdemokraten Eduardo Frei, kann aber schon 40 Prozent der Stimmen auf sich vereinen!

„40 Maßnahmen“ der Unidad Popular

1969 wird die Unidad Popular ins Leben gerufen, durch die er ein viertes Mal zum Präsidentschaftskandidaten der Linkskräfte nominiert wird. Er gewinnt 1970 mit relativer Mehrheit und wird, nach einem Kompromiß mit den Christdemokraten (Verfassungsgarantien), vom Parlament als gewählter Präsident bestätigt, im November 1970 in sein Amt eingeführt. In seinen ersten Tagen erklärte „Compañero Presidente“ Allende: „Das uns vom Volke über-



Dr. Salvador Allende mit dem chilenischen Nationaldichter Pablo Neruda in dessen Haus von Isla Negra

tragene Mandat verpflichtet uns, das Recht auf Gesundheit ohne jegliche Diskriminierung zu verwirklichen.“ Es komme darauf an, jedermann eine „gleiche, effektive, adäquate, kontinuierliche und ausreichende Gesundheitsbetreuung zu gewährleisten“. Dieser gesundheitspolitischen Zielsetzung sollte über das eigentliche Programm der UP hinaus die Umsetzung des Katalogs der ersten „40 Maßnahmen“ dienen, wie wir ihn im DOKU-Teil wiedergeben (s. dort). Darin fanden sich insbesondere auch Punkte wie: „Fürsorge für alle“,

„Bessere Erziehung der Kinder“, „Milch für alle Kinder Chiles“, „Mütterzentren in allen Ortschaften“, „Kontrolle des Alkoholismus“, „Wohnung, Licht, Wasser für alle“, „Medizinische Betreuung ohne Bürokratie“, „Kostenlose Medikamente in den Krankenhäusern“, „Keine Betrügereien mehr bei Preisen für Medikamente“, „Körpererziehung und Volkstouristik“, „Arbeit für alle“, „Eine wirkliche Agrarreform“, „Keine Steuern mehr für Nahrungsmittel“ etc.

„Die konsequent auf die Verbesserung der Lebensbedingungen der armen Bevölkerungsschichten gerichtete Gesundheitspolitik bewirkte einen scharfen ideologischen Kampf innerhalb der Ärzteschaft. Zweimal gelang es der reaktionären Berufsvereinigung der Mediziner, Streiks mit rein politischen, d. h. konterrevolutionären Zielen zu organisieren. Unmittelbar vor dem Putsch machten diese „Ärzte“ ihre Rückkehr in die Krankenhäuser ultimativ vom Rücktritt Salvador Allendes abhängig. Vergessen war der Eid des Hippokrates, vergessen alle humanistische Erziehung.

Diese „Kollegen“ waren es auch, die am Tage des Putsches schwarze Listen mit den Namen der patriotischen Ärzte bereits fertig hatten. Es gab keinen Kreißsaal, kein Spritzenzimmer, das sie nicht gemeinsam mit den faschistischen Horden durchwühlten. 70 Ärzte wurden ermordet, Hunderte in Lager verschleppt. 12 Prozent aller Ärzte mußten Chile verlassen.“ (Coucha/Norden).

Als nach kaum 1000 Tagen seiner Amtszeit die Faschisten — vorbereitet durch die Wühlarbeit des CIA — am 11. September 1973 putschten, nahm Dr. med. Salvador Allende das „Angebot“ der Verräter, abzudanken und das Land zu verlassen, nicht an. Hatte er doch im Dezember 1971 bekräftigt: „Ich werde diese chilenische Revolution verteidigen, und ich werde die Volksregierung verteidigen, weil es das Mandat ist, das mir das Volk übertragen hat. Ich habe keine andere Alternative. Und nur, wenn sie mich mit Schüssen durchlöchern, werden sie meinen Willen auslöschen können, das Programm des Volkes zu erfüllen.“

„Seine Ermordung wurde vertuscht; er wurde heimlich begraben; nur seine Witwe durfte den unsterblichen Toten begleiten. Die Version der Angreifer lautete: Sein Leichnam wurde mit sichtlichen Zeichen des Selbstmordes gefunden. Die im Ausland veröffentlichte Fassung lautete anders. Gleich nach dem Luftbombardement traten Panzerwagen in Aktion, viele Panzerwagen, um furchtlos gegen einen einzigen Mann zu kämpfen: den Präsidenten der Republik Chile, Salvador Allende, der sie in seinem Arbeitszimmer erwartete, ohne weitere Gesellschaft als sein großes Herz, umgeben von Rauch und Flammen ... (Pablo Neruda)

KONGRESS BERICHTE

„Psychisch erkranken im Betrieb“

Tagung der Evangelischen Akademie Tutzing

Nicht ganz leicht fiel es den etwa hundert Teilnehmern der von der Evangelischen Akademie Tutzing veranstalteten Fachtagung zum Thema „Psychisch erkranken im Betrieb — Phänomene, Ursachen und Handlungsnotwendigkeiten“ (18./19. Juli 1983), sich auf die noch immer vorwiegend düstere Realität des betrieblichen Alltags der sogenannten kleinen Angestellten und Arbeiter einzustimmen. Um diese nämlich, nicht aber um die andernorts vielberedeten Seelenschmerzen von Managern und leitenden Angestellten, sollte es nach dem Willen der Veranstalter hier vor allem gehen. Und solche Realität war doch sehr weit weg von dem idyllischen Milieu des aristokratischen Schloßchens inmitten eines zweihundert Jahre alten Parks unmittelbar am Ufer des Starnberger Sees, in dem die Tagung stattfand.

Erst am zweiten Tag gelang es dem Frankfurter Religionssoziologen Yorick Spiegel mit eher unwissenschaftlich-salopp formulierten „soziolethischen Reflektionen“ aus

„grüner“ Perspektive, die bis dahin vorherrschende Atmosphäre wissenschaftlicher Neutralität und allgemeinen Wohlwollens aufzubrechen und den im Teilnehmerkreis vorhandenen Interessenlagen zu polemisch zugespitzter Artikulation zu ver helfen. Spiegel stellte nämlich den „faszinierenden Grundkonsens“ einer „Angst vor der Armut“ ebenso in Frage wie das nach seiner Ansicht praktisch allgemein akzeptierte einzel- und volkswirtschaftliche (internationale Wettbewerbsfähigkeit) „Rentabilitätsprinzip“. Er forderte die Anerkennung des Verursacherprinzips auch für die Prävention und Kompensation arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen, konstatierte ein zunehmendes Umsichgreifen von Zweifeln am Gebrauchswert der Arbeitsprodukte, ja am Sinn des (fremdbestimmten) Arbeitens überhaupt und bezeichnete solche Zweifel als pathogenen Faktor für psychische Störungen.

Während aktive Betriebsräte aus Münchener Großbetrieben sich sofort und nach-

drücklich mit Spiegels Intentionen identifizieren konnten, gaben sich die relativ wenigen Vertreter von Arbeitgeberinteressen (Unternehmensberater, Betriebspsychologen) flammend empört und beteuerten etwa, daß doch noch sehr viele Arbeitnehmer mit Freude ihrer Arbeit nachgingen. Die Mehrzahl der Tagungsteilnehmer, darunter sehr viele in bayerischen Großbetrieben tätige Sozialarbeiterinnen, verhielten sich solchen klaren Positionen gegenüber eher zurückhaltend. Sie zeigten auch an den beiden von Gewerkschaftsvertretern (Inge Kaufmann, DGB-Projekt „Arbeitswissenschaft für Arbeitnehmer“, und Ernst Wolf, IG Chemie) angebotenen Arbeitsgruppen auffallend wenig Interesse.

Umso bemerkenswerter erscheint es, daß sich, als am zweiten Tag die Diskussionsergebnisse der sieben Arbeitsgruppen im Plenum vorgetragen wurden, eine durchgehende Übereinstimmung in allen wesentlichen Sachfragen, wenn auch nicht in den Formulierungen, mit den vom DGB seit einigen Jahren zum Thema Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz erhobenen Forderungen ergab. Diese Übereinstimmung ist umso auffallender, als die Position des DGB und der meisten Einzelgewerkschaften in Bayern, verglichen etwa mit dem Ruhrgebiet, außerordentlich schwach ist (Organisationsgrad bei Siemens ca. 5 Prozent).

Norbert Semmer vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Freien Universität Berlin stellte als Einstieg in die Problematik die Ergebnisse einer Untersuchung über Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und psychischen Erkrankungen vor.

900 Arbeiter aus neun metallverarbeitenden Betrieben waren in einer Querschnittsuntersuchung nach Befindlichkeitsstörungen befragt worden. Parallel dazu wurden die durch eine Zufallsstichprobe bestimmten Arbeitsplätze nach Belastungsqualität und -intensität analysiert. Auf diese Weise



KONGRESS BERICHTE

ist es gelungen, trotz der methodischen Schwächen einer Querschnittsuntersuchung, einen möglichst objektiven Zusammenhang zwischen den belastenden Arbeitsbedingungen und psychischen Erkrankungen bzw. Befindlichkeitsstörungen herzustellen.

Die erhobenen Beschwerden sind unter den 900 Arbeitern folgendermaßen verteilt. Es leiden

- 36% unter Nervosität,
- 20% unter Schlafstörungen,
- 21% unter Schweißausbrüchen,
- 15% unter Magenschmerzen.

Bei der Analyse der auslösenden Ursachen unterscheidet *Semmer* vier belastenden Teilaspekte der Arbeit:

1. *die Arbeitsaufgaben*, z. B. das Fehlerrisiko, die Arbeitsintensität (Zeitdruck, Konzentration), die in den letzten Jahren insbesondere durch neue Technologien stark gestiegen ist, durch die Arbeitsorganisation bedingte Anforderungskonflikte, Aspekte der Arbeitsinhalte wie Komplexität, Entscheidungsspielräume, Unter- bzw. Überforderung, Identifikationsmöglichkeiten; werden Belastungen aus diesem Bereich z. B. als „Arbeitsshetze“ erfahren, so klagen etwa 16 Prozent der Arbeiter über Beschwerden der obengenannten Art, dagegen nur etwa 5 Prozent der Arbeiter, die sich durch die Arbeitsaufgaben nicht sehr belastet fühlen;

2. *die Umgebungsbedingungen*: z. B. Lärm, Hitze, Schmutz, gefährliche Arbeitsstoffe, also die altbekannten, von der Arbeitsmedizin primär beachteten krankheitsauslösenden Faktoren. Von den unter Lärmbedingungen tätigen Arbeitern klagen 68 Prozent über Befindlichkeitsstörungen, 46 Prozent der durch Temperatureinflüsse belasteten Arbeiter sowie 15 Prozent derer, die mit gefährlichen Arbeitsstoffen bzw. Schmutz in stärkere Berührung kommen;

3. *die Rahmenbedingungen* der Arbeit, wie z. B. Arbeitszeit, Aufstiegsmöglichkeiten, Lohnhöhe und Lohnformen, Arbeitsplatzsicherheit; diese Faktoren erwiesen sich ebenfalls als sehr wichtige Einflußgrößen für das Wohlbefinden der Arbeiter;

4. *soziale Bedingungen*, wie Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen, Möglichkeiten zu sozialen Kontakten während der Arbeit. Hier zeigt sich, daß etwa durch ein gutes Betriebsklima Streßfaktoren aus anderen Bereichen in ihren Auswirkungen erheblich gedämpft werden können, während sozialer Streß durch Streitigkeiten in Verbindung mit anderen Streßfaktoren oder allein sich pathogen auswirkt.

Wenn diese vier Teilaspekte der Arbeitsbedingungen, wie es häufig der Fall ist, in Form von Mehrfachbelastungen zusammen einwirken, so führt dies, insbesondere, wenn noch Belastungen im Privatbereich dazukommen, mit großer Wahrscheinlichkeit über Aufschaukelungseffekte zu chronischen Gesundheitsstörungen. Wie die Belastungen am Arbeitsplatz in das Privatleben eingreifen, machte *Semmer* mit dem Hinweis auf die Umstellungen des Hormonhaushalts durch Streß deutlich, die sich ja bekanntlich auch nicht pünktlich zum Feierabend normalisieren.

Als Möglichkeiten für einen Belastungsabbau am Arbeitsplatz nannte *Semmer*, neben der Bekämpfung von Belastungsfaktoren „an der Quelle“, vorrangig folgende Maßnahmen:

- Arbeitszeitverkürzung, verbesserte Pausenregelungen;
- qualifizierte Berufsausbildung und berufliche Weiterbildung (einschl. des Erwerbs sozialer Kompetenzen);
- Verwirklichung des Rechts auf Arbeit, Arbeitsplatzsicherheit, Verringerung der Angst vor Arbeitslosigkeit.

Maßnahmen der Personalselektion, traditionelle Domäne der Arbeitsmedizin, wollte *Semmer* nur als letzte Maßnahme, nach allen anderen, in Betracht gezogen sehen.

In der anschließenden Diskussion konnte *Semmer* ausführlich auf die Frage eingehen, wie weit Arbeitnehmer bei Befragungen nach arbeitsbedingten Gesundheitsstörungen zu Übertreibungen neigten. Hierzu konnte *Semmer* auf eine schwedische Untersuchung verweisen, bei der die Angaben der Befragten anschließend durch medizinische Untersuchungen überprüft wurden. Dabei hätte sich eine eindeutige Tendenz zur *Untertreibung* gezeigt, d. h. bei den untersuchten Arbeitnehmern wären mehr Gesundheitsstörungen festgestellt worden, als diese selbst angegeben hätten. Diese Tendenz zur „Dissimulation“ erklärte *Semmer* einerseits durch die verbreiteten Befürchtungen, im Fall von gesundheitlichen Beeinträchtigungen den Arbeitsplatz zu verlieren, andererseits dadurch, daß die Arbeitnehmer einen Gesundheitsbegriff verinnerlicht hätten, der — weit entfernt von der WHO-Definition des „vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ — Gesundheit lediglich als „Arbeitenkönnen“ versteht.

Prof. Heinrich *Keupp*, Sozialpsychologe an der Universität München, stellte in seinem Referat — gestützt auf Konzeptionen und Ergebnisse der „life event“-Forschung, der Streßforschung, der Sozialepidemiologie und Sozialpsychiatrie — komplexe und konsequenzenreiche System- und Prozeßmodelle der „betrieblichen, gesellschaftlichen und persönlichen Ursachen psychischer Störungen bei Arbeitnehmern“ vor. Er begann mit Fallbeispielen, die die Bedingtheit solcher Störungen durch konkre-

te Arbeits- und Lebenssituationen anschaulich werden ließen, z. B.:

Ein 47jähriger Schlosser in einem Kraftwerk wird auf Grund innerbetrieblicher Rationalisierungsmaßnahmen ins Lager versetzt. Er empfindet diese Versetzung als berufliche Diskriminierung, fühlt sich isoliert von seinen früheren Kollegen und kündigt schließlich, als er eine neue Stelle als Betriebsschlosser in einem Metallbetrieb in Aussicht hat. Entgegen dem gerade abgeschlossenen Arbeitsvertrag wird er aber nicht als Schlosser eingesetzt, sondern zu Außenarbeiten eingeteilt. Hier soll er zusammen mit vier türkischen Arbeitern Waggons beladen. Er fühlt sich bald unwohl. Er hat kaum Verständigungsmöglichkeiten mit den türkischen Kollegen; die Arbeit ist schmutzig und schwer. Zu Hause bei seiner Frau wird er immer unzugänglicher, verschlossener, schweisssamer. Eines Morgens bleibt er im Bett liegen, weint, redet verwirrt. Nach einigen Tagen schließlich kommt er mit einer akuten Depression in die psychiatrische Klinik zur Behandlung.

Mit den anschließend an solche Fallbeispiele referierten sozialepidemiologischen Befunden konnte *Keupp* deutlich machen, daß die zunehmende Relevanz des Themas, die wohl auch die Evangelische Akademie Tutzing veranlaßt hat, es zum Gegenstand einer Tagung zu machen, sich in handfesten statistischen Daten manifestiert: Die Zahl der Frühinvaliden hat sich seit 1965 etwa verdoppelt. Von 1950 bis 1975 erhöhte sich die Zahl der Alkoholabhängigen um etwa 500 Prozent.

Anschließend legte *Keupp* sein Modell zur Analyse von gesellschaftlichen und persönlichen Ursachen psychischer Störungen vor. Es kann hier nicht in extenso dargestellt werden, dafür sei auf *Keupps* Veröffentlichungen im Handbuch des Sozialforschung, 1981, Beltz-Verlag verwiesen.

Nur zwei Aspekte scheinen sehr bedeutungsvoll zu sein:

Die Darstellung der objektiven und subjektiven Umwelten des handelnden und leidenden Individuums. Als objektive Umwelt analysiert *Keupp* vor allem die widersprüchlichen Anforderungen, denen sich Arbeitnehmer in einer kapitalistischen Gesellschaft ausgesetzt sehen:

Identifikationen mit Arbeitsaufgaben/Gleichgültigkeit gegenüber den Arbeitsprodukten; Unterordnung unter die Betriebshierarchie-Selbstständigkeit in der Erledigung von Detailaufgaben; Konkurrenz mit Kollegen/Kooperation mit ihnen im Arbeitsprozeß.

Als subjektive Umwelt analysiert *Keupp* vor allem den Bereich gesellschaftlicher Ideologien, wie sie etwa durch Massenmedien vermittelt werden. Hier lokalisiert er das Phänomen der „resignativen Arbeitszufriedenheit“, d. h. die Akzeptanz von augenscheinlich unakzeptablen Arbeitsbedingungen im Bewußtsein, daß sie sich doch nicht ändern ließen.

Als potentiell pathogenen Faktor ließ *Keupp* u. a. die „Wende“-Propaganda der neuen Bonner Koalition erscheinen, deren Kernaussage auf die Umdeutung aller ge-

sellschaftlich-ökonomischen Probleme in das Individual-Psychische hinausläuft.

Dabei verwies er auf den Zynismus, der darin liegt, daß gerade die Opfer der sozialpolitischen „Wende“ von den verantwortlichen Politikern bevorzugt auf den Weg der Selbsthilfe und Eigeninitiative verwiesen werden.

Weiter analysiert Keupp die Dynamik der individuellen Belastungsverarbeitung und deren soziale Einbettung: Jede Person reagiert auf eine belastende Lebenssituation mit einer Streßreaktion. Dies führt zu einer Krisensituation. Entweder kann die Krise produktiv verarbeitet werden mit Hilfe ausreichender sozialer und materieller Ressourcen, oder die Person geht mit einer psychischen Störung aus der Krisensituation hervor, die entsprechend therapiert werden mußte.

So kann etwa ein Arbeitnehmer, der außerberuflich ausreichend sozial verankert ist — sei es auf geselliger Ebene, durch seine

Gewerkschaft oder andere gesellschaftlichen Organisationen — eine belastende Krisensituation am Arbeitsplatz leichter bewältigen, als wenn er außer seiner Familie keine weiteren sozialen Kontakte hat.

Ein großer Teil der Aktivitäten der Tagung vollzog sich in insgesamt sieben *Arbeitsgruppen*, die trotz einfallsreicher Tagungsregie sehr unterschiedlichen Zulauf fanden. (Für eine weitere Gruppe, die sich unter Leitung von Inge Kaufmann, DGB, mit „Produktionstechnologie und psychischen Belastungen“ befassen sollte, fand sich kein Interessent — dies als Indiz für die Erwartungshaltungen der Tagungsteilnehmer(innen).)

Unter den Tagungsteilnehmern befand sich ein reichliches Dutzend professioneller Arbeitsmediziner, die vor allem dadurch auffielen, daß ihnen zum Tagungsthema so gut wie nichts einfiel. Offensichtlich fällt traditionellen Arbeitsmedizinern der Zugang zur psychosozialen Problematik ar-

KONGRESS BERICHTE

beitsbedingter Gesundheitsstörungen noch schwer. Allzu sehr scheint hier noch ein monokausales Denken vorzuherrschen, daß sich an der (scheinbaren) Eindeutigkeit eines Arbeitsunfalls oder einer der anerkannten klassischen Berufskrankheiten orientiert. Damit Arbeitsmediziner auf solchen Tagungen nicht weiterhin eine schweigende Minderheit darstellen müssen, die sich nur in Pausengesprächen abregieren kann und schließlich frustriert den Heimweg sucht, sei der Evangelischen Akademie Tutzing abschließend der Wunsch vorgelegt, im nächsten Jahr eine ihrer Tagungen dem Thema „Arbeitsmedizin im betrieblichen Alltag“ zu widmen.

Inge Zeller/Günther Wiesenthal/Joachim Gill

„Ungeheuerliche“ Katastrophenmedizin

5. Nationaler Kongreß für Krankenpflege in Frankfurt-Höchst

Zum ersten Mal war Katastrophenmedizin Schwerpunktthema auf einem Fortbildungskongreß für Pflegepersonal.

Der FDK-Fachverband der Krankenpflege e.V., ein kleiner berufsständischer Verband mit starken Bindungen an die Bundeswehr, lud in die Jahrhunderthalle ein. Verschiedene Themen waren im Programm: z.B. Krankenpflege: Beruf oder Berufung, Psychosomatik und als Schwerpunktthemen „Soldaten mit dem Roten Kreuz“ und Katastrophenmedizin. Es wurden fünf- bis zehntausend Teilnehmer erwartet.

Katastrophenmedizin-Verweigerer organisierten Widerstand. Sie wollten das Thema Katastrophenmedizin kritisch in die Öffentlichkeit und auf den Kongreß bringen. Die Aktion wurde von verschiedenen Initiativen und Gruppen vorbereitet und durchgeführt (Pflegepersonal gegen Krieg im Gesundheitsladen Frankfurt, Ärzteinitiative gegen Atomkrieg, Friedensinitiative Uniklinik, Graue Panther, ÖTV-Betriebsgruppe Uniklinik, Liste Demokratischer Ärzte, Personalarat Uniklinik, ÖTV-Kreisverwaltung, Frankfurter Spielfrauen (Frauentheatergruppe)).

Am Vorabend der Kongreßeröffnung war für die Ehrengäste ein Empfang bei OB Wallmann im Römer (Rathaus) angesagt. Zu gegebener Zeit versammelten sich mehrere hundert Leute vor dem Römer. Infostände, Flugblätter und ein Theaterstück der Frankfurter Spielfrauen informierten zum Thema. Ein symbolisches „die-in“ beschloß diese Aktion. Den Ehrengästen wurde es erspart, an Demonstranten vorbei in

den Römer zu gelangen, sie wurden über den Hintereingang geleitet.

Am Donnerstagabend „tanzte der Kongreß“ (O-Ton Veranstaltungsprogramm). Auf unserer Gegenveranstaltung unweit der Jahrhunderthalle saßen 200 Leute und ließen sich von Krankenschwestern und einem Arzt informieren über die Zusammenhänge von Katastrophen- und Kriegsmedizin, der Film *War Game* wurde gezeigt. Am Ende der Veranstaltung fand sich eine Gruppe von ca. dreißig Leuten bereit, am nächsten Tag auf dem Kongreß dabei zu sein.

Der Tagungsablauf zum Thema Katastrophenmedizin sah acht Referate und eine Stunde Tischgespräch und Diskussion vor. Der Tagungsvorsitzende Prof. Dr. med. E. Ungeheuer (derjenige, welcher 1970 Hans Mausbach zum „Fall Mausbach“ machte) gebärdete sich ungeheuerlich. Jeder Beitrag von den „Verweigerern“ wurde verunmöglicht, sie bekamen kein Rederecht, obgleich am Tag zuvor Vertreter des FDK dem Publikum mitteilten, man habe Gegner der Katastrophenmedizin eingeladen zur sachlichen Diskussion. Nun waren sie da, aber diskutieren wollte man mit ihnen nicht. Durch Umgestaltung des Tagesablaufs wurde die vorgesehene Diskussionszeit auf ca. 20 Minuten verkürzt. Ungeheuer wies mehrmals darauf hin, daß pro Diskutant drei Minuten Redezeit nicht überschritten werden dürften, dies sei bei demokratischen Diskussionen ja allgemein üblich.

In den Referaten wurde betont, daß es einen Zusammenhang zwischen Katastro-

phenmedizin und Krieg nicht gebe — nur Verblendete sähen einen solchen. Allerdings war in allen Ausführungen vom sogenannten V-Fall die Rede. Koslowski, ein renommierter Katastrophenmediziner aus Tübingen, berichtete sogar stolz von praktischen Einsätzen seines Teams in Kriegsregionen. Koslowski sprach ungeschminkt über Triage, diese sei seit jeher bei Katastrophen üblich, er setzte die Unrettbaren mit einem Fünftel an. Der Referent des Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit widmete seine Ausführungen ausschließlich dem „V-Fall“.

In der kurzen Zeit, die für die Diskussion verblieb, versuchten wir, unsere Positionen darzulegen. Nachdem der dritte Diskutant zur Kritik ansetzen wollte, meinte Ungeheuer, es genüge nun, er bitte doch auch um positive Beiträge. Als eine Referentin des Kongresses ihre Kritik äußerte, wurde sie an „die Flugblattschmierer“ verwiesen.

Von ungeheuerlicher Seite wurde es nicht versäumt, den ärztlichen Verweigerern mit dem Entzug der Approbation zu drohen.

Sicher ist es uns nicht gelungen, die Referenten des Kongresses eines Besseren zu belehren, verunsichert waren sie jedoch reichlich. Allein die Tatsache, daß nur ca. 70 Teilnehmer (davon jeder dritte in Uniform) den riesigen Saal nicht füllten, war für den Veranstalter blamabel, für uns ein Erfolg. Das Pflegepersonal sagte nein zu diesem Kongreßthema. Insgesamt kamen zu dem Kongreß nur ca. 1000 Teilnehmer, der FDK buchte diesen Mißerfolg auf unser Konto!

Für alle, die sich für die Darstellung der Aktion in der Presse interessieren, sei auf eine Dokumentation hingewiesen, die zur Zeit erstellt wird. In Kürze zu beziehen über den Frankfurter Gesundheitsladen, Arnsburger Str. 68, 6000 Frankfurt/M. 60.

Renate Brenner

buch *Kritik*



Jugendarbeitsschutz

Von den Anfängen der Industrialisierung bis zur Gegenwart

Harro Jenss, Campus Verlag, Frankfurt/New York, 1980 (Reihe Forschung Band 162)

Wenig bemerkt von der Öffentlichkeit und gegen den starken Protest der Jugendvertretungen des DGB und der Einzelgewerkschaften hat die CDU/FDP-Koalition den Ausnahmekatalog des Jugendarbeitsschutzgesetzes (JArbSchG) ausgedehnt und das erst 1979 in Kraft getretene neue Gesetz ausgehöhlt. Mit einer Verordnung der Bundesregierung, der der Bundesrat bereits zugestimmt hat, wird der Grundsatz weiter aufgelockert, wonach Jugendliche am Morgen vor sieben Uhr und am Abend nach 20 Uhr nicht mehr beschäftigt werden dürfen. Für Jugendliche in Krankenhäusern, Betrieben der Papier- und Textilindustrie, auf Baustellen, in der Tierpflege und in Metzgereien soll dieses Prinzip künftig nicht mehr gelten. Außerdem plant die Bundesregierung Ausnahmeregelungen auch für Lehrlinge in Bäckereien, Konditoreien und Gaststätten. Diese neuen Regelungen bedeuten einen Rückschlag in der langen und mühsamen Auseinandersetzung um ein an arbeitsmedizinischen Kriterien und an physiologischen Gegebenheiten Jugendlicher orientiertes JArbSchG.

In diesem Zusammenhang soll auf die Publikation von H. Jenss über die historische Entwicklung des Jugendarbeitsschutzes, über seine Konstitutionsbedingungen sowie den Charakter der gesetzlichen Bestimmungen hingewiesen werden. Die ausführliche, bereits 1980 im Campus Verlag vorgelegte Arbeit zeigt, daß der eingangs erwähnte Vorgang charakteristisch in der 150jährigen Geschichte der Jugendarbeitsschutzgesetzgebung ist: Es wird ein Gesetz geschaffen, das gleichzeitig oder nachträglich durch eine Vielzahl von Ausnahmeregelungen durchlöchert oder partiell zurückgenommen wird oder dem durch fehlende ergänzende Maßnahmen, z.B. ein effektives Sanktionspotential bei Gesetzesverstößen oder eine wirksame Kontrollinstanz, von vornherein nur eingeschränkte Realisierungsmöglichkeiten einzuräumen sind.

Das erste Kapitel des Buches beschäftigt sich mit den Vorstellungen von Medizinern, die diese seit dem 19. Jahrhundert zum Schutz jugendlicher Arbeiter artikuliert haben. Exemplarisch wird dieses an den sehr detaillierten Forschungen Ludwig Hirts (1844–1907) belegt.

Auf die beginnende Institutionalisierung eines gewerbeärztlichen Dienstes und der fabriksärztlichen Versorgung wird ebenfalls eingegangen.

Das zweite Kapitel beschreibt die sozialgeschichtliche Entwicklung des gesetzlichen Schutzes für jugendliche Arbeiter bis 1945. Die Frage nach Aufgaben und Effektivität der Fabrikinspektion (später Gewerbeaufsicht) nimmt dabei besonderen Raum ein. Entstehung und Bedeutung des Jugendarbeitsschutzgesetzes von 1938 und der Einfluß nationalsozialistischer Ideologie auf das Gesetz werden untersucht.

Daran anschließend wird in einem dritten Kapitel nach den Möglichkeiten einer grundsätzlichen Reform des Jugendarbeitsschutzes nach 1945 gefragt. Das Scheitern einer solchen Reform wird exemplarisch an der Unmöglichkeit aufgezeigt, das fortschrittliche niedersächsische JArbSchG von 1948 durchzusetzen. Vielmehr entwickelte sich eine lange Auseinandersetzung im Spannungsfeld teilweise stark divergierender Positionen (DGB, Arbeitgeberverbände, Bundesärztekammer, Arbeitsmediziner), bis 1960 ein bundeseinheitliches JArbSchG zustande kam; dabei blieben z.B. die Regelungen zur gesundheitlichen Überwachung jugendlicher Arbeiter deutlich hinter den Normen der Internationalen Arbeitsorganisation und den gewerkschaftlichen Forderungen zurück. Einen breiten Raum nimmt in diesem Kapitel die Realität des Jugendarbeitsschutzes nach 1960 ein. Es wird mit breitem Zahlenmaterial hinreichend belegt, in welchem Maße gegen wesentliche Inhalte des JArbSchG verstoßen wird, wie wenig effektiv die Gewerbeaufsichtsbehörden hinsichtlich ihrer Überwachungsfunktion sind und wie stumpf das Sanktionspotential bei Verstößen ist.

In dem vorliegenden Buch zum Jugendarbeitsschutz ist ein umfassendes Quellenmaterial aufgearbeitet worden; nicht unwichtig erscheint der Rückgriff auf L. Hirt (Die Krankheiten der Arbeiter) und die Darstellung der Debatte um das Niedersächsische JArbSchG nach 1945. Hauptanliegen der Arbeit ist jedoch, die beträchtlichen Latenzzeiten zwischen Vorstellungen von arbeitsmedizinisch interessierten Ärzten, Forderungen der Arbeitenden selbst und ihrer Organisationen einerseits und der Gesetzgebung andererseits aufzuzeigen.

Gleichzeitig wird immer wieder auf die große Diskrepanz zwischen Gesetz und der Realität des Jugendarbeitsschutzes hingewiesen. Wenn die physiologischen Gegebenheiten jugendlicher Arbeiter Maßstab und Bezugspunkt für Schutzmaßnahmen sein sollen, dann dürfen betriebliche Eigenarten nicht Grund für die Modifizierung von Schutznormen sein. Realität und Geschichte des Jugendarbeitsschutzes zeigen, daß Schnelligkeit und Ausmaß der praktischen Anwendung von Arbeitsschutzmaßnahmen häufig von anderen Interessen bestimmt waren als von jenen, die sich primär an der Gesundheit der arbeitenden Jugendlichen orientierten.

Thomas Wirges



Sozialpolitik in der DDR

Arthur Böpple, Sozialpolitik in der DDR — Problem, Aspekte im Vergleich, Nachrichten-Reihe 25, Nachrichten-Verlag, Frankfurt/Main, 1983, 6 Mark

Auch wenn Franz-Josef Strauß nach seinem kurzen DDR-Trip einige gerade von ihm nicht erwartete Erkenntnisse über das Leben in dem zweiten deutschen Staat vermittelte: Sachliche Informationen über die DDR, ihre Politik und das Leben ihrer Bevölkerung sind bei uns noch immer Mangelware. Hier kann die in der „Nachrichten-Reihe“ erschienene Schrift helfen, Lücken zu schließen.

Für den Bereich der Sozialpolitik ist das angesichts der in der Bundesrepublik seit Mitte der sechziger Jahre anhaltenden Massenarbeitslosigkeit und den in immer umfangreicheren Etappen vollzogenen Sozialabbau besonders reizvoll. Der in der praktischen Sozialarbeit stehende Autor ist bemüht, jede Schwarzweißmalerei zu vermeiden. Probleme, Mängel und Schwierigkeiten in der sozialen Entwicklung der DDR werden nicht verschwiegen. Doch die Frage, ob auch jenseits der Elbe soziale Rechte und Leistungen vom Roststift bedroht sind, kann auf Grund nicht zuletzt der Informationen „vor Ort“, in Leipzig, immer wieder verneint werden.

Skizziert wird das Verständnis der DDR von Sozialpolitik, das sich von dem der Regierenden in der Bundesrepublik grundlegend unterscheidet. Ebenso auch die anderen Bedingungen, unter denen Sozialpolitik in der DDR betrieben wird. Vorwiegend aber läßt der Autor die Fakten sprechen. Dabei werden alle Bereiche der Sozialpolitik „angeleuchtet“, natürlich — das ist vom Umfang der Schrift her schon nicht möglich — keineswegs erschöpfend behandelt. Trotzdem werden, wenn auch oft kurz gefaßt, eine Fülle von interessanten Sachinformationen vermittelt, über das Recht auf Arbeit und seine Verwirklichung, Rationalisierung und deren Folgen in sozialistischen Betrieben, nicht nur dem Namen nach sozialen Wohnungsbau, Arbeitsschutz und Gesundheitswesen, Fortschritte und Probleme bei der Durchsetzung der Gleichberechtigung der Frauen, Familienpolitik, Renten, Betreuung der Senioren, Situation der Behinderten, einheitliche Sozialversicherung.

Um die andere Qualität der Sozialpolitik in der DDR, aber auch ihre Übereinstimmung mit Forderungen der DGB-Gewerkschaften und anderen dem sozialen Fortschritt verpflichteten Kräften der Bundesrepublik zu verdeutlichen, erfolgen Gegenüberstellungen, Vergleiche mit der Entwicklung in unserem Lande. Auch dann, wenn das nicht geschieht, drängen sie sich beim Lesen der Schrift auf. So ist das in der DDR jedem Schulabgänger durch Ge-

setz, den Wirtschaftsplan, eine Ausbildungsstelle sicher. Doch es gibt (noch?) weniger Autos als bei uns. Die Frage wird gestellt: Was wiegt schwerer für die Entwicklung der menschlichen Gesellschaft: Das vorbildliche Bildungswesen, über das die DDR anerkanntermaßen verfügt (und das auch nicht wenig kostet!), die sicheren Zukunftsperspektiven für die Jugend und alle Werktätigen, oder ...?

Das Resümee: Die DDR ist kein „sozialistisches Paradies“. Alles, was im sozialen Bereich geschehen wurde und wird, ist die Frucht harter Arbeit. Aber die Krise, die in bundesrepublikanischen Massenmedien der DDR angelichtet wird, findet dort nicht statt. Das, was an sozialer Sicherheit erreicht wurde, ist sicher. Schlußfolgerungen für die Bundesrepublik? Sie zu ziehen (oder auch nicht) ist dem Leser überlassen.

Helmut Koch



Gewalt auf Krankenschein

Hrsg.: S. Rosenblatt, Konkret Literatur Verlag, Hamburg, 1983, 214 Seiten, 18 Mark

Ein weiteres Buch im Konkret-Verlag zum heiklen Thema Frauenärzte, diesmal auch von einer Frau geschrieben.

Der erste Abschnitt enthält den Bericht von S. Rosenblatt über ihre Besuche bei Gynäkologen im ganzen Bundesgebiet. Schon einmal in der „Konkret“ veröffentlicht, vor einem guten Jahr. Thema ist vor allem Verhütung. Obwohl ich den Bericht schon kenne, sträuben sich bei mir wieder die Haare, wie einige unserer Fachkollegen damit umgehen.

Im zweiten Abschnitt kommen die Frauen zu Wort, die S. Rosenblatt nach ihrer Veröffentlichung eigene Erfahrungsberichte geschickt haben: Umgang mit jungen Mädchen beim ersten Frauenarztbesuch, mit Verhütung, Schwangerschaft und Geburt, Operationen. Die Protokolle sind vorwiegend kurz gehalten, ich kann diesen Abschnitt aber nicht in „einem Stück“ lesen. Ich bin mal wieder erschreckt und sauer! Wichtig, daß auch behinderte Frauen zu Wort kommen.

Der dritte Abschnitt „Dokumentation“ enthält teils detaillierte Hintergrundinformationen über die Themen §218, Frauen als Versuchsobjekte für „neue“ Verhütungsmittel, Operationswut an den weiblichen Geschlechtsorganen, programmierte Geburt. Dieser Teil ist gut lesbar, enthält eine aktualisierte Kurzübersicht über die genannten Themen. Ein Interview mit zwei niedergelassenen Frauenärzten, aktiv bei „Ärzte gegen Atomkrieg“, ist für mich ein — eher unnötiger — Beschwichtigungsversuch, daß ja „nicht alle so sind“. Der Bericht einer Frauenärztin, wie und wo sie das Wissen, welches sie in ihrer täglichen Praxis gebraucht,

buch Kritik

erworben hat, erinnert mahnend an die Mediziner- und Ausbildung. Abschließend wird noch eine andere Alternative als die Veränderung der Ausbildung aufgezeigt, die natürlich auch den Geldbeutel der Gynäkologen belastet: die sich seit Anfang der siebziger Jahre verstärkt entwickelnde Frauenselbsthilfe.

Im Anhang Adressen von Frauengesundheitszentren, Patientenschutz und Pro Familia.

Das Buch ist für mich — von wenigen Ausnahmen abgesehen — ein weiterer wichtiger Beitrag, von Frauen mehr Selbstbewußtsein, von den Gynäkologen Hinterfragung ihrer Einstellung und Verhaltensweisen zu fordern.

Etwas Konkretes an den Konkret Literatur Verlag: 18 Mark sind für ein Taschenbuch viel Geld!

Barbara Ch. Stünkel



Sie sich in eine Gegend, wo ein paar Häuser stehengeblieben sind oder irgendetwas dergleichen. Radioaktive Partikel können sich mit dem Staub verbinden, der dort auf den Dächern liegt. Mit einer Schaufel oder Schippe säubern Sie das Dach von dem Staub, häufen ihn irgendwo weiter weg auf, und Sie sind die Strahlung in ihrer Gegend los.“ (T. K. Jones, verantwortlicher Beamter für Verteidigung und Zivilschutz auf die Frage, wie man sich nach einem Nuklearangriff am besten verhält.)

Scheer hat sich Stunden, zum Teil nächtelang und mehrmals mit den Politikern unterhalten, hat versucht, auf verschiedenen Ebenen Gründe für die zynisch-menschenverachtende Sichtweise zu finden („Bei bestimmten Annahmen sprechen einige Schätzungen davon, daß es 10 Millionen Opfer auf einer und 100 Millionen auf der anderen Seite geben wird. Aber das ist ja nicht die ganze Bevölkerung.“ Eugene Rostow, Abrüstungsbeauftragter).

Neben einem tief verwurzelten Antikommunismus, der die Sowjets nicht mehr als Menschen, sondern als „gottlose Monster“ (Reagan) erscheinen läßt, und einem Sendungsbeußtsein, das schon ans Mystische grenzt, blieb ihm nur noch die Erklärung, die er den ehemaligen Leiter der Hauptentwicklungsstätte für Kernwaffen der USA, Dr. H. York, in Worten fassen läßt: „Was jetzt geschieht, ist folgendes: Je verrückter die Analytiker, desto mächtiger ihre Position. Sie sind in der Lage, ihre Vorstellungen weiter voranzutreiben denn je, weil die Leute an der Spitze einfach weniger informiert sind als früher. Weder der Präsident, noch die Leute unmittelbar hinter ihm im Weißen Haus, noch der Verteidigungsminister haben irgendwelche Erfahrungen mit diesen Dingen, so daß sie, wenn die Ideologen mit ihren phantastischen Geschichten kommen, immer demjenigen glauben, der zuletzt bei ihnen war.“

So erschreckend dieses Bild der 'unbedarften Führungsmarionetten', an denen von verrückten Ideologen gezogen wird, sein mag, so sehr es unter die Haut geht, es ist mir etwas zu wenig. Zu kurz kommen mir in den Gesprächen und Zitaten die ökonomischen Hintergründe gegenüber den individualpsychologischen Aspekten. Millionen Arbeitslose, ein Armutsheer von inzwischen 15 Millionen der Gesamtbevölkerung sind Opfer einer harten politischen Strategie und nicht irgendeiner Spinerei.

Ulli Raupp



Und brennend stürzen Vögel vom Himmel

Reagan und der 'begrenzte' Atomkrieg, von Robert Scheer, deutsche Ausgabe, Kindler Verlag, 1983, 254 Seiten, 19,80 Mark

Dieses Buch hat mich so nachhaltig beeindruckt, daß ich es zweimal, stellenweise sogar dreimal gelesen habe. Immer wieder habe ich mich bei ungläubigem Kopfschütteln ertappt, wollte mir nicht in den Kopf, was ich da schwarz auf weiß las.

Robert Scheer, Reporter der renommierten 'Los Angeles Times', hat in den letzten Jahren wohl alles interviewt, was heute noch in der Regierung Reagan über Rüstung und Abrüstung das Sagen hat. In dem von der ersten bis zur letzten Seite spannend geschriebenen Buch weist er anhand der Originalaussagen der verantwortlichen Staatsbeamten nach, daß Reagan und seine Berater zumindest davon ausgehen, daß die USA in die Lage versetzt werden müssen, einen Nuklearkrieg zu führen, zu gewinnen und dabei selbst zu überleben. Erschreckt hat mich, wie weit die Herren Strategen in der Lage sind, wissenschaftliche, medizinische und physikalische Erkenntnisse zu leugnen und über den Atomkrieg zu reden, als handele es sich um ein Sandkastenspiel.

Leseprobe: „Halten Sie sich fern ... gehen Sie in eine andere Gegend, wo es nicht so heiß ist, säubern sie die Erdoberfläche, kratzen Sie die radioaktiven Partikelchen von ihr ab, begeben

dg-Leserumfrage: Monatlich erscheinen!

Schwestern und Pfleger sind Spitzenreiter/ Kritische Beurteilung

**dg hat gefragt — die Leser
haben geantwortet. Auf die
Umfrage in dg 3/83 kam
viel positive Resonanz.**

dg-Leser, das haben wir jetzt sozusagen schriftlich — geben sich ungern mit dem Kreuzchenmachen zufrieden, wenn es um ihre Angelegenheiten geht. Daß sie sich in der Politik nicht darauf beschränken, alle vier Jahre bei der Partei ihrer Wahl das Kreuzchen zu machen, haben wir längst geahnt. Und wer einmal gewöhnt ist, sich deutlicher zu artikulieren, nutzt auch eine Leserumfrage zu ausführlichen Kommentaren.

Das hat die Auswertung unserer Leserumfrage zu einem ordentlichen Stück Arbeit gemacht. Zu einer anregenden und fruchtbaren Arbeit: Wir sind dabei, die umfänglichen Ergebnisse zu diskutieren und wollen so viele Konsequenzen daraus ziehen, wie wir können.

Die erste Überraschung für uns war die Zusammensetzung der Leserschaft. Den größten Anteil halten mit 32,8 Prozent die Krankenschwestern und Krankenpfleger. Von ihnen kamen übrigens auch die ausführlichsten Kommentare. Mit einem deutlichen Abstand folgen die Ärztinnen und Ärzte, 23,9 Prozent der Einsender unter unseren Lesern. 11,9 Prozent sind in Sozialberufen außerhalb des Gesundheitswesens tätig (Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Sozialwissenschaftler), fast ebenso viele studieren (11,7 Prozent). Beschäftigte im Gesundheitswesen, die weder ärztlich noch pflegerisch tätig sind, scheinen am dg weniger Interesse zu finden: 9,2 Prozent der Einsender (MTA, Hebamme, Apotheker, Masseur, Krankengymnastin, Logopädin u.a.).

6 Prozent schließlich sind Psychologen, 4,2 Prozent in „fachfremden“ Berufen tätig (unter ihnen zwei Juristen und ein Designer).

Die Männer unter unseren Lesern halten eine solide Zweidrittelmehrheit (64,2 Prozent). In der Redaktion sind sie (leider) noch stärker überrepräsentiert. Was wohl miteinander zusammenhängt. Die Altersstreuung unter unseren Lesern hat uns nicht weiter überrascht: Wir sind offenbar eine Zeitschrift für die (reife) Jugend. Zwei Drittel der dg-Leser sind zwischen zwanzig und dreißig Jahre alt (21 bis 25 Jahre: 19,4 Prozent, 26 bis 30 Jahre: 44,8 Prozent). Danach dünnt sich's merklich aus: Noch 28,4 Prozent sind zwischen 31 und 40 Jahre alt, ganze 5,9 Prozent der Leser sind in den Vierzigern, über Fünfzig nur 1,5 Prozent.

Auf unsere zahlreichen neugierigen Fragen haben wir jede Menge deutliche Antworten bekommen, positive wie negative. Auf die Frage, wie die Leser „dg insgesamt“ finden, antwor-

teten je 4,5 Prozent der Einsender mit den angebotenen „geht so“ und „muß anders werden“. 3 Prozent machte keine Angaben, der Rest fand dg „insgesamt gut“. So sehr uns dieses Ergebnis freut: Man muß bei der Beurteilung in Rechnung stellen, daß die Einsender eher unter den zufriedenen dg-Lesern zu finden sind. Wenn das Blatt gleichgültig oder langweilig ist, der antwortet nicht so bereitwillig auf eine detaillierte Leserumfrage. Bei der Beurteilung der einzelnen Teile geht es differenzierter zu. Am besten kommen der Schwerpunkt und der Magazinteil weg. Etwas schwächer ist die Zustimmung zu den aktuellen Berichten. Am Doku-Teil scheinen sich die Geister zu scheiden. Während eine ganze Reihe Leser das im Fragebogen angebotene „gut“ durch ein selbst hinzugefügtes „sehr“ unterstrichen, kreuzten immerhin 28,4 Prozent „geht so“ oder „muß anders werden“ an.

Nägel mit Köpfen haben die dg-Leser bei der Beurteilung der einzelnen inhaltlichen Bereiche gemacht. Wir haben die Antworten auf einen Index übertragen, der verrät, daß die meisten Bereiche positive Kritiken bekommen. Der Renner unter den Lesern ist der Bereich Pharma- / Geräteindustrie (+ 37), dicht gefolgt vom Bereich Friedensarbeit (+ 32). Auch die Gebiete Psychosoziale Versorgung (+ 23), Internationales (+ 19), Aktuelle Gesundheitspolitik und Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen (beide + 17) können sich noch sehen lassen. Negative Kritiken bekamen die Bereiche Alternativmedizin und Frau im Gesundheitswesen (-9), Aus- und Weiterbildung (-8) und Kultur (-6). Wir werden uns das deutliche Urteil hinter den Spiegel stecken.

Die Aufmachung des Heftes scheint niemanden vom Hocker zu reißen: „Mittelmäßig“ lautet das häufigste Urteil. Am besten kommen noch Layout und Titelseiten weg, weniger gut gefallen den Lesern die Fotos und die Karikaturen.

Erstaunt und gefreut hat uns, daß viele Leser ihre Bereitschaft zur Übernahme eines Förderabos bekunden. Demnächst mehr dazu. Fast alle meinen, dg sei seinen Preis wert; nicht wenige würden auch mehr zahlen. Auf die angekündigte Bereitschaft zu größeren Zahlungen brauchen wir nicht zurückzugreifen. So viel können wir verraten. Bei monatlichem Erscheinen wird dg billiger. Wir rechnen mit einem Preis für das Jahresabonnement von etwa 45 Mark.

Mit größter Spannung haben wir das Urteil der Leserschaft über unsere Pläne erwartet, dg monatlich erscheinen zu lassen. Ein bißchen Ermutigung konnten wir schon gebrauchen.

Die Leser haben sich nicht lumpen lassen: 70,2 Prozent halten ein monatliches Erschei-



nen für „sehr sinnvoll“. Also nichts wie hinein ins kalte Wasser.

Hier einige Auszüge aus den Kommentaren in der Leserumfrage:

„In der Regel sind es sehr viele Informationen, deshalb kann man dg kaum auf einmal lesen und muß stark auswählen.“

(Krankenschwester, 30)

„Kritik: Einige Artikel fand ich nicht gut und präzise genug recherchiert.“

(Diplom-Chemiker, 35)

„Schwerpunkt-vorschlag: Diskussion innerhalb der linken Bewegungen, welche alternativen Gesundheitspolitik-Vorstellungen von wem getragen werden.“

(Kinderarzt, 33)

„Durch die dgs bin ich wacher und kritischer geworden.“

(Krankenschwester, 34)

Monatliches Erscheinen nur, „wenn der Doku-Teil gekürzt wird, bei mehr Reportagen, verstärktes Eingehen auf Alternativmedizin, besseres Layout“.

(Medizinstudent, 26)

„Eure Zeitschrift ist so gut und so erschwinglich, daß aus rein finanziellen Gründen wohl kein echt Interessierter darauf verzichtet. ... Um die Selbstkosten der Redakteure zu verringern, würde ich sofort ein Förderabo übernehmen.“

(Hebamme, 28)

„Ich finde gut, daß auf Werbung weitgehend verzichtet wird.“

(Diplom-Psychologe, 33)

„Neuere medizinische Forschungsergebnisse, Richtungen und Meinungen sollten fachlich tiefgehender besprochen werden und evtl. fundierte Alternativen aufgezeigt werden.“

(Dipl.-Sozialpädagoge, 32)

„Gute Information, viel sachliche Fakten, aber zu anstrengend zu lesen, zu wenig lustig und unterhaltsam, es macht keinen Spaß sie zu lesen! Das bezieht sich nicht nur auf die Form, sondern auch Inhalt: bringt mehr kontroverse, umstrittene Artikel und Themen, die Denken provozieren, statt eine trockene, eintönige dg-Linientreue aufzubauen!!!“

(Gynäkologe, 31)

„Manche Artikel, vor allem Buchrezensionen, unverständlich. — bitte etwas einfacher und deutlicher schreiben.“

(Krankenschwester, 32)

„Da ich als Krankenpfleger auch oft Medikamente unter die Leute schmelze, finde ich die Berichte über die Pharmawerbung und -markt sehr gut, noch besser wäre, wenn Alternativpräparate aufgezeigt würden.“

(Krankenpfleger, 23)

„Gebt doch bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen bitte immer Namen, Beruf und Adresse mit an, damit man ggfs. direkt an die Autoren schreiben kann.“

(Krankenpflegeschüler, 25)

„... würde mir wünschen, daß ich auf Grund der Überschriften oder kleiner Hinweise auf die Artikel schneller erkennen könnte, welche Artikel für mich relevant sind.“

(Ärztin, 43)

„Zum Teil ist mir die Sprache der Artikel zu akademisch, d.h. zu anstrengend nach der Arbeit. ... Mit der Rubrik ‚Historisches‘ habe ich Probleme, da mir aktueller Bezug als Leseanreiz oft fehlt.“

(Ärztin, 26)

„Bitte handelt keine allgemeinpolitischen Themen ab (Nachrüstung, Arbeitslosigkeit), dafür gibt es andere Organe (taz, UZ etc.).“

(Medizinstudent, 22)

„Mehr Hintergrundinformationen zu aktuellen Themen ist ein guter Vorsatz. Ruhig mehr Historisches!“

(Ärztin, 25)

„Ich wäre dankbar, wenn Ihr öfter als bisher berücksichtigen würdet, daß es auch ‚Naturheilkundler‘ gibt, die nicht Gauner und Betrüger sind, sondern Demokraten, die selbstverständlich für ihre Patienten gute, verantwortungsvolle und hochqualifizierte Arbeit leisten.“

(Psychiatrie-Pfleger, 27)

„Positiv, da keine genaue Festlegung auf eine politische Richtung / Organisation. Hoher Nachrichtenwert.“

(Krankenpfleger, 30)

„Bringt noch mehr Leben in den Laden. Danke!“

(Krankenpfleger, 25)

„Lob!“

(Schulpsychologin, 32)

„Liegt inhaltlich auf meiner Linie: Trotzdem muß ich mich meist zwingen, dg richtig durchzulesen, was mir allerdings auch bei anderen fortschrittlichen Zeitschriften so geht. Weiß auch nicht so recht, wie man das ändern kann.“

(Ärztin, 29)

„Denkt euch ruhig öfter, eine Schwester liest das dg: das, was nur den Arzt interessiert, sollte knapp gehalten bleiben.“

(Diplom-Soziologe, 29)

„Friedensbewegung wird etwas einseitig dargestellt, auch Richter, Alternative u. ä. sollten zu Wort kommen oder deren Positionen dargestellt werden.“

(Psychiaterin, 35)

Wer auch seine Meinung gern in dg wiederfinden möchte, sollte einen Leserbrief schreiben. Ein Leser brachte den Verbesserungsvorschlag: „Ausbau der Leserbriefspalte“. Das finden wir aber auch.

dg und Ärzteblatt vor Gericht

„Die Ausgabe C (des *Deutschen Ärzteblattes*) hat den gleichen „wissenschaftlichen“ und berufspolitischen Inhalt (darauf kann man auch oft verzichten), aber viel weniger Pharmawerbung (alle Glanzseiten entfallen). Ein Genuß!“

Das haben wir noch im Heft 2/83 im Rahmen einer satirischen „Anzeige“ behauptet. Täten wir es ein weiteres Mal, käme uns das teuer. Die Anwälte des Deutschen Ärzte-Verlags haben, wie berichtet, eine einstweilige Verfügung dagegen erwirkt.

Jetzt haben wir uns mit dem Anwalt des Ärzteblatts vor Gericht getroffen. Acht Tage nach der Auslieferung dieses Hefts fällt die Entscheidung. Wir sehen ihr gelassen entgegen.

Im Heft 2/83 hatten wir — satirisch — niedergelassene und Klinikärzte zum Bezug der dünneren Ausgabe angeregt. Der Anwalt des Ärzteblatts beklagte entsprechende Abbestellungen der Ausgaben A und B.

Dazu: Wir sind keine Don Quichottes. Aber wenn wir auf Pharmawerbung allergisch reagieren, und das aus gutem Grund, dann müssen wir uns auch mit den fettesten Werbeträgern balgen dürfen.

Denn sonst täten sich für die politische Auseinandersetzung ganz neue Aspekte auf. Der „Stern“, nach der Heide-mann-Affäre Zielscheibe der gesamten Restpresse, überzöge die Medienlandschaft mit Prozessen: alles unlauterer Wettbewerb!

Zur Revolution in der Wissenschaftstheorie aber käme es, wenn das *Deutsche Ärzteblatt* uns die Anführungszeichen beim Wort „wissenschaftlich“ wegklagte, woran ihm offenbar besonders gelegen ist: Keinen Ärger mit dicken Wälzern über die alte Streitfrage: Was ist Wissenschaft? Wir lassen den leidigen Zwist ganz einfach vom Landgericht Köln entscheiden! Ein für allemal!

Was, wenn alle Zeitungen sich ihr Eigenlob gerichtlich sichern würden? „Bild“ — unabhängig, überparteilich? Und ob wir uns noch „Demokratisches Gesundheitswesen“ nennen dürften, wenn die CDU sich das schmecke Adjektiv patentieren ließe?

Wir halten unsere Leser über die weitere Entwicklung auf dem laufenden.

In unserer Meldung zum Ausgang des Kunstfehlerprozesses von Ulla und Pejo Boeck (Heft 2/83) haben wir den Eindruck entstehen lassen, die beiden Betroffenen erbäten Spenden für ihren Prozeß auf das angegebene Konto. Ulla und Pejo Boeck legen Wert auf die Feststellung, daß das nicht der Fall ist.

Vielmehr wird um Spenden für den Arbeitskreis Kunstfehler in der Geburtshilfe auf dieses Konto gebeten. Ulla und Pejo Boeck finanzieren ihre persönlichen Aufwendungen nicht aus diesem Fonds.

DG-Kontakte

Ansbach: Birgitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (09 81) 1 44 44; **Berlin:** Hermann Dittlich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 8 22 63 28; **Bonn:** Edl. Erken, Röttgerer Str. 12, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 28 46 21; **Bremen:** Cornelia Selke, Clausewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (04 21) 23 43 71; **Darmstadt:** Jürgen Frohnert, Liebfrauenstr. 110, 6100 Darmstadt 1, Tel. (061 51) 7 45 51; **Dortmund:** Mathias Albrecht, Am Kühlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (02 31) 75 38 80; **Düsseldorf:** Gunar Stempel, Aachener Str. 198, 4000 Düsseldorf, Tel. (02 11) 15 11 87; **Duisburg:** Felix Richter-Hebel, Hochfeldstr. 19, 4100 Duisburg 17, Tel. (021 36) 51 20; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 96, 6000 Frankfurt 90, Tel. (06 11) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (06 41) 7 52 45; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (05 51) 3 37 10; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurfürstenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 6 56 48 45; **Hanau:** Hans See, Gustav-Hoch-Str. 37, 6450 Hanau, Tel. (06 81) 8 39 81; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d. (051 32) 90 65 57/p; (0511) 81 88 68; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06 221) 47 41 01; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (07 21) 84 99 48; **Kassel:** Matthias Dippel, Walzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (05 61) 5 49 25; **Kiel:** Ralf Cüppers, Saarbrückener Str. 176B, 2300 Kiel 1, Tel. (04 31) 68 63 97; **Kleve:** Ulla Funke, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02 8 25) 84 24; **Köln:** Peter Liebermann, Mamer Str. 10, 5000 Köln 60, Tel. (02 21) 71 17 08; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederlingel 3, 4540 Lengerich; **Linzer/Rhein:** Richard Beitzel, Magdalena-Daemen-Str., 5460 Linz, Tel. (02 644) 5 51; **Lübeck:** Angela Schürmann, Genlnerstr. 44, 2400 Lübeck, Tel. (04 51) 5 65 86; **Mannheim:** Werner Weindorf, Maxstr. 5a, 6800 Mannheim, Tel. (06 21) 85 54 05; **Minden:** Susanne Steuber, Artilleriestr. 12, 4950 Minden, Tel. (05 71) 2 89 67; **Mönchengladbach:** Joachim Gilt, Welchseistr. 65, 4050 Mönchengladbach 1, Tel. (02 161) 48 04 27; **München:** Margret Samhardt, Pommernstr. 15, 8000 München 40, Tel. (089) 35 29 35; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08 261) 97 33; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (02 51) 79 46 88; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (04 41) 8 38 56; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohr 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02 361) 1 54 53; **Remscheid:** Michael Sünner, Klausenerstr. 34, 5630 Remscheid-Lüttringhausen, Tel. (02 191) 5 52 79; **Riedstadt:** Harald Skrobiles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6086 Riedstadt, Tel. (061 58) 61 61; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (02 71) 7 68 60; **Sprockhövel:** Wolfgang Münster, Hohe Egge Unterweg 17, 4322 Sprockhövel 1, Tel. (02 3 24) 7 23 58; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07 071) 21 27 98; **Ulm:** Wolf Schleinzner, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (07 31) 6 65 44; **Viersen:** Sebastian Sifer, Hermann-Ehlers-Str. 5, 4060 Viersen 12, Tel. (021 62) 7 76 94.

Das Titelbild der Ausgabe 3/83 des Demokratischen Gesundheitswesens zeigte eine Aufnahme des Hamburger Fotografen Alfred Schulze Rieping. Das Photo war in unser Archiv gerutscht. Deshalb unterblieb irrtümlich der Quellenhinweis.

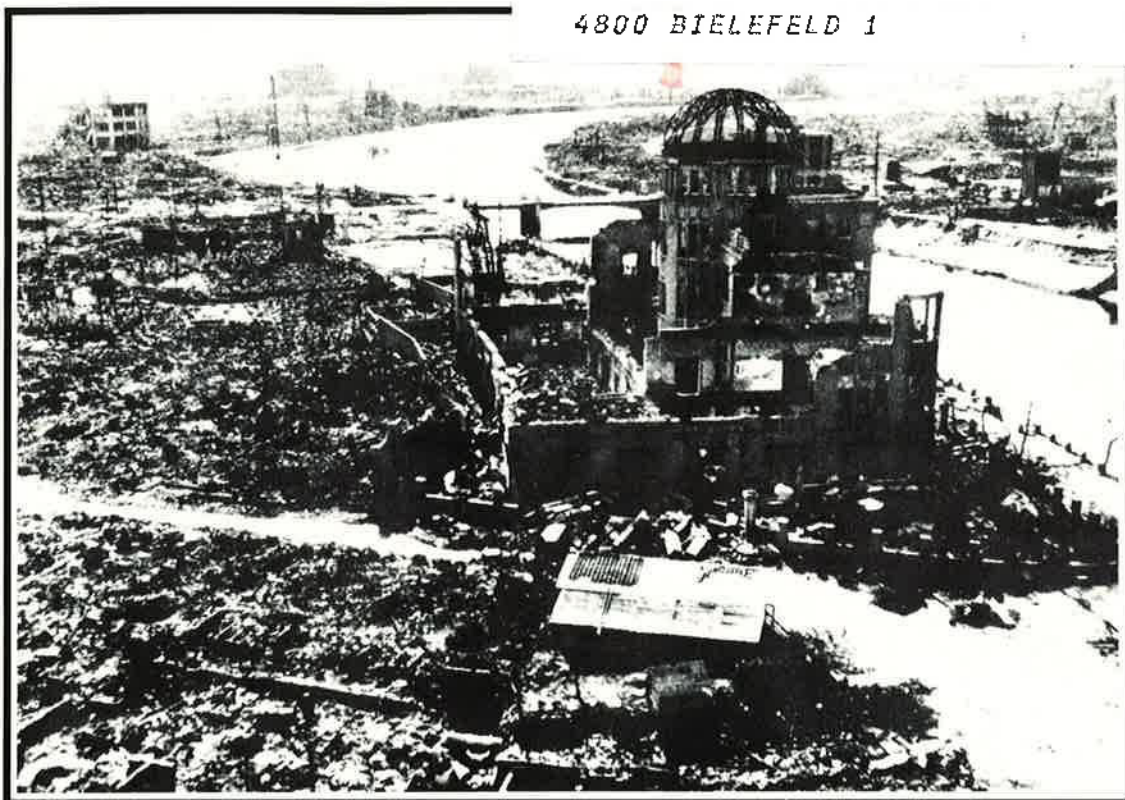
FÜR D GEGEN ATOMWAF

PAHL-RUG.GOTTESW.54 5000KOELN
G 2961 F 394711 337

KARL BOEKER
CARL VON OSSIEZKY STR. 23 A

4800 BIELEFELD 1

EST



Hiroshima 1945

*Wenn die Atombombe fällt,
wird der Tag zur Nacht
und die Menschen werden Gespenster!*
Hatsumi Sakamoto

Gegen die Militarisierung des Gesundheitswesens, gegen alle Kriegsvorbereitungen,
gegen jede Aufrüstung in Ost und West rufen wir alle im Gesundheitswesen
Beschäftigten auf zu einer

DEMONSTRATION am 1. Oktober 83 in BONN

Wir – Ärzte, Schwestern, Pfleger – müssen zum Hindernis werden!

Wir treffen uns in unserer Berufskleidung um
10.00 Uhr: Stadthalle Bad Godesberg (Bonn)
11.00 Uhr: Beginn der Demonstration
13.00 Uhr: Abschlußkundgebung

14.00 Uhr: Saalveranstaltung Stadthalle Bad Godesberg

Es sprechen: Dr. Regine Armbruster-Heyer (Hamburger Ärzteinitiative) Hamburg, Prof. Dr. Herbert Begemann (Medizin und öffentliche Verantwortung) München, Prof. Jack W. Boag, England, Prof. Dr. Jack Geiger (Vorstand der Physicians for Social Responsibility) USA, Prof. Dr. Ulrich Gottstein (Vorstand der Sektion Bundesrepublik Deutschland der IPPNW) Frankfurt/Main, Dr. Barbara Hoevener (Berliner Ärzteinitiative) Berlin, Prof. Susan Hollan (Vize-Präsidentin der International Physicians for the Prevention of Nuclear War) Ungarn, Priv. Doz. Dr. Harald Theml (Medizin und öffentliche Verantwortung) Warngau