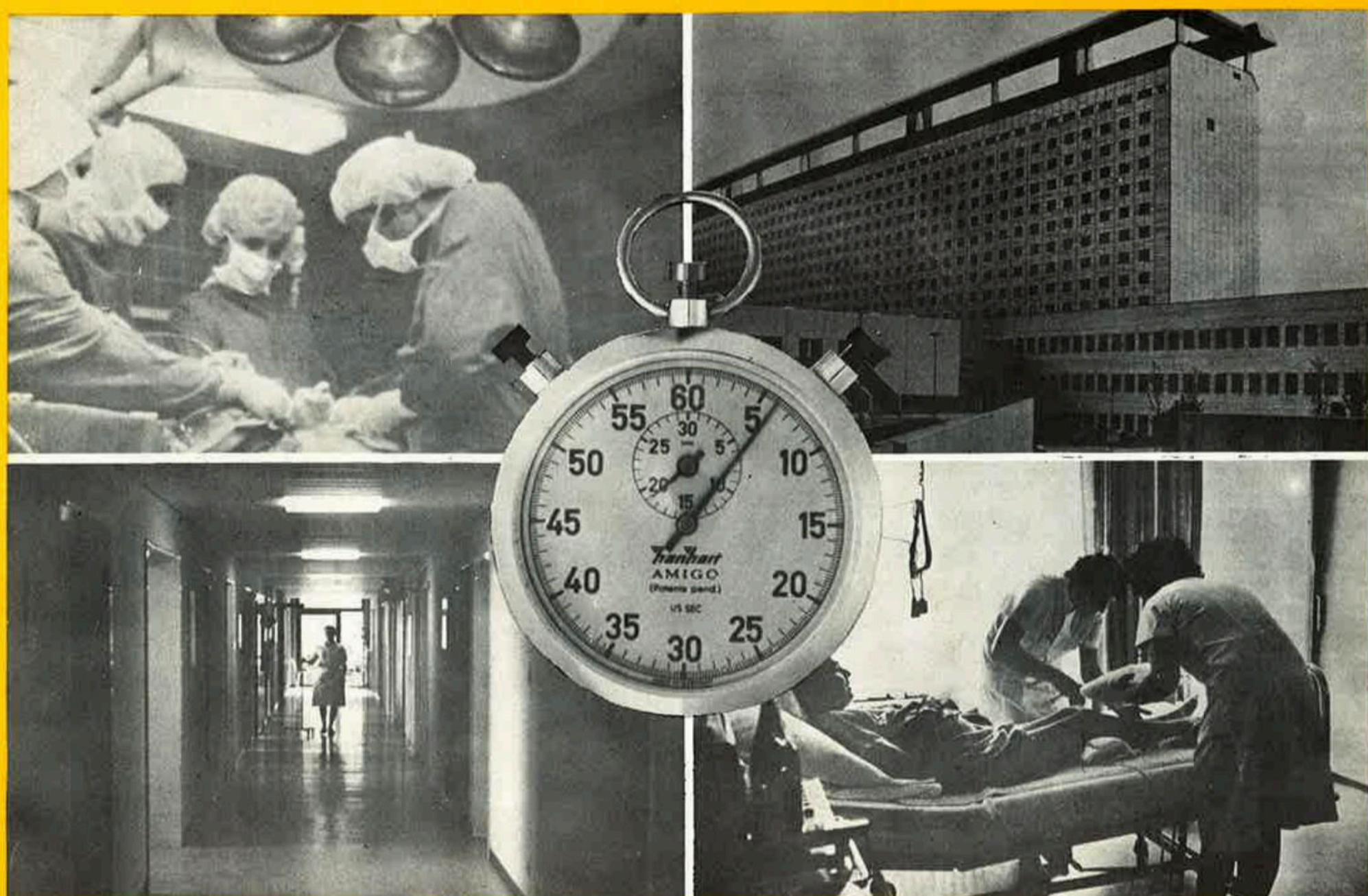


DM 4,00 NOVEMBER 79

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



**WENIGER BEREITSCHAFTS-
DIENSTE, MEHR FREIZEIT**

Interview mit Gerd Limbrock

AUSBILDUNG ODER AUSBEUTUNG

Erfahrungen in der Krankenpflegeausbildung

NIEMAND DARF WEGEN . . .

Zur Einstellungspraxis an bundesdeutschen
Krankenhäusern

„ABTREIBUNG IST MASSENMORD“

Zum § 218

**VIER JAHRE NACH DER
PSYCHIATRIE-ENQUETE**

1/79

Kommentar



Kostendämpfung darf Gesundheitssicherung nicht ersticken!

Kommentar von Peter Walger*

Systematisch wird von konservativer Seite das politische Terrain für die Einführung des Prinzips der Selbstbeteiligung vorbereitet. Es sei „an der Zeit, ... durch vermehrte Selbstverantwortung den „gebührenfreien Griff in den Gesundheitsladen“ zu mindern . . .“, so in „Der Kassenarzt“ in der September-Nummer. Das Thema ist mittlerweile Dauerbrenner in der standespolitischen Ärztpresse, bei CDU/CSU und FDP-Experten sowie ihnen nahestehenden Publikationen.

F. J. Strauß formulierte es unmißverständlich in seiner Begrüßungsansprache auf dem letzten Ärztetag: „... wir müssen mit der wohlfahrtsstaatlichen Lebenslüge aufräumen, wonach das dicht gefügte Netz der sozialen Sicherung gewissermaßen ein Eigenleben führe, unabhängig vom Auf und Ab der Wirtschaftslage . . .“

Mit der ständig wiederkehrenden Beschwörung der „Eigenverschuldung“, des „individuellen Fehlverhaltens“ und „egoistischen Anspruchsdenkens“ wird die Kostendebatte in die gewollte Richtung gelenkt. Weg von radikaler Kritik an den kostentreibenden Strukturmängeln unseres Gesundheitswesens, stattdessen hin zu einer „Kostendämpfung“ durch Kostenverlagerung. Die Absicht ist zu offensichtlich, als daß sie sich hinter den zynisch-patientenfeindlichen Argumenten verbergen ließ. Die eigentlichen Ursachen der Kostenentwicklung sollen verdeckt, grundlegende Änderungen im Gesundheitswesen verhindert werden.

Dabei schreien die Mißstände unserer Gesundheitsversorgung zum Himmel:

- die psychische und körperliche Gesundheit großer Teile der Bevölkerung ist katastrophal (Zunahme chronischer Leiden, Suchtkrankheiten, psychiatrischer Erkrankungen etc.).
- Unser Gesundheitssystem ist nicht in der Lage, daran Entscheidendes zu ändern. Bezeichnend sind das kümmerliche Dasein der Vorsorgemedizin, der erbärmliche Zustand der „Anstaltspsychiatrie“, die chronische Unterversorgung auf dem Land, um nur einige Beispiele zu nennen.
- Und diese Medizin zeigt Strukturen als Folge einer privatwirtschaftlich profitorientierten Ausrichtung, die es geradezu zwingend erscheinen lassen, daß Gesundheit heute so viel kostet, ohne entsprechend effektiv zu sein.
- Ungehindert können Pharma- und Geräteindustrie horrende Gewinne einstecken; beachtlich sind die Anteile, die in die Taschen von Apothekern und eines Teils der Ärzteschaft fließen.

Gegenüber dieser „Front“ von Gesundheitsanbietern macht sich die Stellung des Patienten fast kläglich aus. Anstatt, daß nun die gesetzlichen Krankenkassen zusammen mit der sozialliberalen Bundesregierung das Steuer in die Hand nehmen und die Kostenfrage zum Anlaß grundlegender gesundheitspolitischer Reformen benutzt, verstrickt man sich in sparökonomischen Scheinlösungen und geht gewollt oder ungewollt das Risiko einer weiteren

Verschlechterung der gesundheitlichen Lage vor allem der sozial schwächeren Schichten ein. Letztes trauriges Beispiel ist der mit Billigung der gesetzlichen Krankenkassen in Bayern ausgehandelte Honorarvertrag, in dem den Ärzten eine Einkommensprämie zugestanden wird, falls sie weniger Patienten krankschreiben, in Krankenhäuser einweisen und sich bei der Verordnung von Medikamenten, Bädern und Massagen zurückhalten. (Siehe auch Kommentar in dieser Ausgabe)

Es bleibt zu hoffen, daß aus den Reihen der Gewerkschaften noch stärker als bisher gesundheitspolitische Forderungen in die Tagesauseinandersetzungen eingebracht, neue und vorwärtsweisende Impulse gesetzt werden.

Die Aktionswoche der ÖTV zur „Humanität im Krankenhaus“, das kürzlich vorgelegte 10-Punkte-Programm des DGB zur Krebsbekämpfung oder die Kampagne der IG Metall gegen die Arbeitgeberhatz auf kranke Arbeiter zusammen mit der statistischen Umfrage zur gesundheitlichen Lage der in Betrieben arbeitenden Menschen weisen den richtigen Weg.

Es darf nicht zugelassen werden, daß die Kostenfrage das Bedürfnis an einer ausreichenden Gesundheitsversorgung zu ersticken droht.

* An dieser Stelle werden sich die verantwortlichen Redakteure von „DG“ jeweils mit einem aktuellen gesundheitspolitischen Kommentar vorstellen.

IMPRESSUM

Herausgeber

Dr. Heinz-Harald Abholz (Berlin), Prof. Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Prof. Heiner Keupp (München), Friedel Läpple (Saarbrücken), Prof. Hans Mausbach (Frankfurt), Prof. Michael Regus (Siegen), Prof. Hans See, (Frankfurt), Jürgen-Peter Stössel, (München), Prof. Erich Wulff (Hannover).

Redaktion:

Gesundheitsversorgung: Detlev Uhlenbrock, Peter Walger; Arbeits- und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch, Gregor Weinrich, Gerd Steger; Umwelt: Uwe Schmitz; Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Matthias Albrecht; Demokratie und Gesundheitswesen: Willi Farwick, Ulli Menges; Medizin im Patienten oder Profitinteresse: Harald Kamps; Ausbildung: Edi Erken, Gabriele Buchczik; Frauenproblematik: Ulla Funke, Unni Kristiansen-Kamps; Internationales Gesundheitswesen: Gunnar Stempel; Medizingeschichte/ideologische Positionen der medizinischen Standesorganisationen: Peter Walger, Helmut Koch; Rubriken und Besprechungen: Norbert Altaner.

Der für das jeweilige Ressort zuständig oder allein genannte Redakteur ist verantwortlicher Redakteur im Sinne des Pressegesetzes.

Namentlich gezeichnete Beiträge, geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder und stellen nicht unbedingt die Meinung der Redaktion dar.

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Ullrich Raupp, Spickstr. 61, 4190 Kleve, Tel. 02821/2 65 61 (Mo, Di und Do 13-15 Uhr).

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ erscheint vierteljährlich im Februar, Mai, August, November mit einem Mindestumfang von jeweils 36 Seiten. Sie ist direkt vom Vertrieb, durch die Post und durch jede Buchhandlung zu beziehen.

Der Abonnementpreis beträgt 3,50 DM zuzüglich 0,50 DM Versandgebühr. Das Einzelheft kostet 4,00 DM.

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 Verlag eingegangen ist.

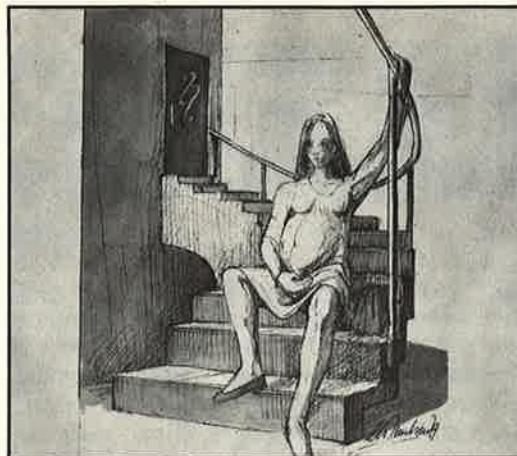
Verlag und Vertrieb:

Pahl-Rugenstein Verlag, Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/36 40 51, Konten: Postscheckamt Köln 65 14-503. Sparkasse Köln 105 622 38.

Layout: Dirk Rüther, Uwe Schmitz. Graphik: Christian Paulsen. Titelbilder: Dirk Rüther.

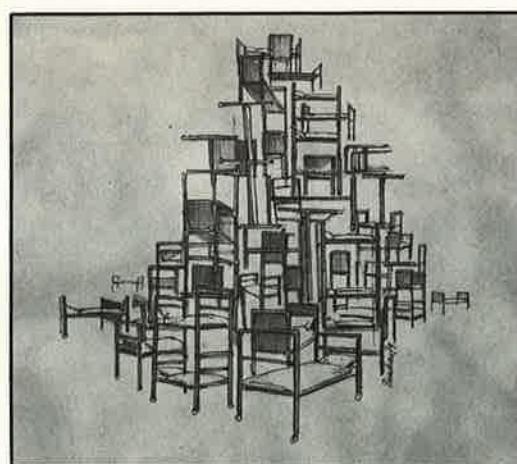
Satz: Neo-Satz, 5030 Hürth-Efferen. Druck: Locher KG, 5 Köln 30. Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Köln. Bei Nichterscheinen durch höhere Gewalt kein Entschädigungsanspruch.

Redaktions- und Anzeigenschluß für Nr. 2: 15. 1. 1980.

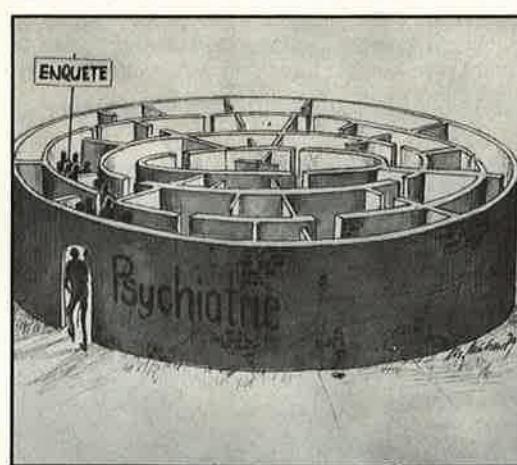


DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

Kirchenführer beschimpfen sie als Mörder, Vertreter der Ärzteschaft halten Vergleiche mit dem Faschismus für angebracht. DG besuchte zwei beispielhafte Institutionen für Schwangerschafts-Konfliktberatung und Abbruch.



Wie einst der „Lehrerberg“ in der Bildungspolitik geistert seit einiger Zeit der mysteriöse „Bettenberg“ durch die gesundheitspolitische Landschaft. Zu finden ist er wohl: Auf den Fluren der Krankenhäuser. Minister Fahrtmann hat's gut: Er bekommt immer ein Einzelzimmer!



Nichts Neues in der Bundestagsdebatte! Geredet wurde schon sehr viel – getan viel zu wenig. Die Zustände hinter den Mauern der bundesdeutschen Psychiatrie sind nach wie vor skandalös. Die Schuldigen sind aber nicht in den Anstalten zu suchen, sondern in den Ministerialtagen!

Inhaltsverzeichnis:

Der gesundheitspolitische Kommentar

Vier Jahre nach der Psychiatrie-Enquete:
Den Worten müssen endlich Taten folgen! 4

Ausbildung oder Ausbeutung

Krankenschwestern berichten 9

Krankenpflegegesetz:

Zwischen Schulbank und Krankenbett 11

Werbung und Wahrheit:

Ergenyl zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms? 12

Weniger Bereitschaftsdienste:

Mehr Sicherheit für den Patienten – mehr Freizeit für den Beschäftigten! 13

Bettenstreichungen in NRW

Fahrtmann auf dem Flur? 18

§ 218:

„Abtreibung ist Massenmord“ (Höffner) 22

Studieneingangstests:

„Wir wissen nicht, was der Test mißt“ 27

Niemand darf wegen ...

Zur Einstellungspraxis an bundesdeutschen Krankenhäusern (Teil 1):
Der Fall Renate Paul 29

Prüfungsergebnisse Sommer 1979:

Härttere Prüfungen statt besserer Ausbildung 34

Der „Bayernvertrag“:

Sparen auf Kosten der Gesundheit? 35

Rubriken:

Aktuelles 2

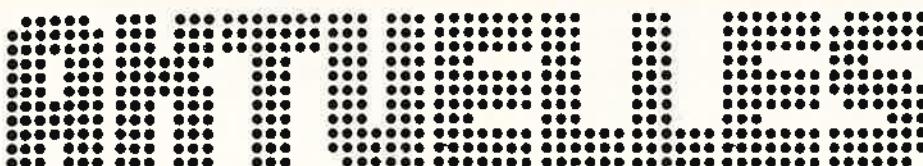
In Memoriam: Werner Forssmann, ein unbequemer Wissenschaftler 21

Kongreßberichte 30

Buchkritik 36

Dokumente:

- Vorschläge und Forderungen der ÖTV zur Humanisierung der Patientenversorgung im Krankenhaus I
- Kommentierte gesundheits- und sozialpolitische Daten III
- Gesetzesvorlagen V
- Urteile VI
- Pro-Familia (Presseerklärung) VIII



Enorme Pharma- profite trotz Kosten- dämpfungsgesetz

Ein Blick in den Wirtschaftsteil der Tageszeitungen verrät: die Pharmakonzernen brauchen ihre Gürtel nicht enger schnallen. Sie scheinen die richtigen Medikamente gegen niedrigen Konjunkturblutdruck gefunden zu haben. So kommentiert das Handelsblatt die Gewinnentwicklung bei der Ciba-Geigy GmbH. „Im Bereich Pharma spürte Ciba-Geigy zwar die ‚Verordnungsrückhaltung‘ der Ärzte. Dennoch konnte diese Division nicht nur den Umsatzrückgang des Vorjahres aufholen, sondern darüber hinaus ein beachtliches Verkaufsergebnis erzielen.“

Ähnlich gut geht es den drei IG Farben-nachfolgern. Im ersten Halbjahr 1979 schnellte der Gewinn nach oben:

bei der Bayer AG um	25,0%
bei der Hoechst AG um	36,1%
und bei der BASF AG um	42,4%

Nicht umsonst findet man die drei Chemiegianten unter den 40 umsatzgrößten Industriefirmen der Welt.

Liste Demokrati- scher Ärzte in der Ärztekammer Hes- sen weiter aktiv

Eine Reihe wichtiger Sachanträge legte die Liste Demokratischer Ärzte der letzten Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hessen vor. So wurde ein Antrag eingebracht, in dem die Untersuchung eines möglichen Zusammenhangs zwischen beruflicher Überlastung (Nacht- und Bereitschaftsdienste) und Häufung von Behandlungsfehlern verlangt wurde. Der Antrag verlangte die gezielte Überprüfung der Akten der Gutachter- und Schlichtungsstelle der Hessischen Ärztekammer. Die Mehrheit fand diese Überprüfung nicht sinnvoll und lehnte den Antrag ab.

In einem weiteren Antrag sollte die Ärztekammer zur Personalsituation an den

Hessischen Krankenhäusern Stellung nehmen. Insbesondere die unzureichende Stellenbesetzung sowie die Überstunden- und Bereitschaftsdienstsituation sollte vom hessischen Sozialminister untersucht und geändert werden. Auch dieser Antrag wurde ablehnt.

Ein weiterer Antrag zur Krebsgefährdung der Bevölkerung in der Umgebung des Kernkraftwerkes Biblis konnte nicht vollständig unter den Tisch gefegt werden. Das Präsidium wurde aufgefordert, über Maßnahmen der Landesregierung zum Schutz der Bevölkerung zu berichten.

Kein Argument zu dumm . . .

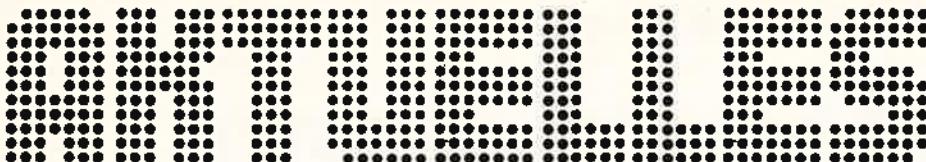
Vor über 300 Teilnehmern des 6. Deutschen Atomrechts-Symposiums in Münster (Westfalen) Anfang Oktober wies der Staatssekretär Günther Hartkopf auf bis dahin kaum beachtete Zusammenhänge zwischen Kernkraftgegnern und Gesundheitsversorgung hin. Wer eine atomare Entsorgung in Gorleben verhindert, stoppt den medizinischen Einsatz von radioaktiven Substanzen – mit unübersehbaren Konsequenzen für viele Mitbürger.

Die Lösung der Entsorgungsfrage sei nicht nur für Kernkraftwerke wichtig, so Hartkopf, sondern immer dringender werde die Beseitigung bestrahlten Materials aus Krankenhäusern und Forschungsinstituten.



Mit 150 000 Teilnehmern fand am 14. Oktober in Bonn die größte Demonstration gegen Atomkraftwerke in der Geschichte der BRD statt. In der nächsten Ausgabe wird das Demokratische Gesundheitswesen ausführlich zu Kernenergie und Umweltschutz berichten. Mitarbeiter des DG nahmen u. a. an dem Kongress der Hamburger Ärzte gegen Atomenergie teil.





Thallium-Skandal: wissenschaftliche Untersuchungen alarmierend

In einer Studie des Heidelberger Instituts für Energie- und Umweltforschung (IFEU), die der Frankfurter Rundschau zugänglich gemacht wurde (Ausgabe vom 10. 10.), werden massive Vorwürfe gegen das Verhalten der Behörden im Zusammenhang mit den Thallium-Verseuchungen in der Umgebung von Zementwerken erhoben.

Die Wissenschaftler werfen den Regierungsstellen vor, in „unverantwortlicher Weise“ wissenschaftliche Tatsachen bewußt oder unbeabsichtigt falsch dargestellt zu haben. Die betroffene Bevölkerung solle von der Ungefährlichkeit der Verseuchung überzeugt werden, noch ehe umfangreiche Untersuchungen entsprechendes bewiesen hätten. Die Wissenschaftler hatten offizielle Angaben der Ministerien in Baden-Württemberg über das Ausmaß der Thalliumverseuchung in der Umgebung des Zementwerkes Leimen bei Heidelberg – nach Lengenrich und Heidenheim-Mergelstetten ein weiterer skandalöser Fall krimineller Umweltvergiftung durch ein Zementwerk – zum Anlaß genommen, mit Modellrechnungen und Ergebnissen aus Tierexperimenten einige Fakten zur möglichen Thalliumaufnahme durch den Menschen zu ermitteln und mit detaillierten Forderungen an die Öffentlichkeit zu treten.

Danach liegt die Konzentration des Gifftes im Körper derjenigen Menschen, die über einen längeren Zeitraum thalliumverseuchte Nahrungsmittel zu sich genommen hatten (3,6 Milligramm pro Kilogramm Körpergewicht – ppm), knapp unterhalb einer Dosis (4–6 ppm), die in einem Experiment mit Ratten bei diesen schwere Krankheitserscheinungen hervorgerufen hätten (so u. a. Verhaltensänderungen, Entwicklungsverzögerungen, Lähmungen). Bei höheren Dosen pro kg KG (5–70 Milligramm) seien bis zu 50% der Tiere gestorben.

In diesem Zusammenhang wird erwähnt, daß in der Umgebung des Leimener Zementwerkes in frischem Gemüse bis zu 27 ppm gemessen wurden. Wenn zusätzlich bedacht wird, daß die zur Zementherstellung verwandten thalliumhaltigen Ausgangsstoffe seit etwa

6 Jahren gebraucht wurden, „war die Voraussetzung für eine chronische Thalliumvergiftung gegeben“, so die Heidelberger Studie. Als Symptome chronischer Thalliumvergiftung beim Menschen werden Magenbeschwerden, Abmagerung, zunehmende Schwäche und Sehstörungen angegeben.

Zum Schutz der betroffenen Bevölkerung vor weiteren Schädigungen werden folgende Forderungen erhoben:

- Sicherstellung, daß kein Thallium mehr in die Umwelt gelangt;
- lückenlose Rekonstruktion des Wegs, den das Thallium genommen hat;
- Stopp von Nahrungs- und Futtermittelanbau auf dem verseuchten Boden bis unbedenkliche Konzentrationen erreicht sind;
- genaue medizinische Untersuchung der Bevölkerung;
- Information über mögliche Schäden.

Man darf gespannt sein, mit welchen Argumenten diesmal aufgewartet wird, die Verharmlosung fortzusetzen. Nach dieser Studie dürfte es jedenfalls schwerer werden.

Initiativen zur Krebsbekämpfung

10-Punkte-Programm des DGB zur Krebsbekämpfung vorgestellt

Während Krebsbekämpfung in der Öffentlichkeit bislang meist mit Aktionen und Initiativen der Deutschen Krebshilfe bzw. deren Präsidentin Mildred Scheel in Verbindung gebracht wurden, war die kürzlich von der Bundesregierung einberufene große Krebskonferenz, in der erstmals Vertreter von über 100 an der Forschung und Bekämpfung des Krebses beteiligten Institutionen zusammenkamen, eine erfreuliche Überraschung.

Die gut gemeinte Arbeit der Deutschen Krebshilfe konnte bislang nicht darüber hinweg täuschen, daß auf diesem wichtigen Sektor der Medizin durch Mangel an großzügiger Planung, Koordinierung und Finanzierung von Projekten, wesentliche Erfolge nicht zu erzielen waren. Wichtigstes Ergebnis dieser Konferenz war, daß die Bundesregierung sich um eine bessere Koordination auf dem Gebiet der Grundlagenforschung der klinischen Forschung und der Verhü-

tung von Krebskrankheiten bemühen soll. Nur von einem koordinierten Vorgehen ist auf Dauer ein wirklicher Erfolg auf dem Gebiet der Krebsforschung zu erwarten.

Einen wesentlichen Faktor in der Krebsentstehung, nämlich die Belastung von Arbeitern und Angestellten durch gefährliche Arbeitsstoffe am Arbeitsplatz, sucht die Bundesregierung durch den Entwurf zur Änderung der Verordnung über gefährliche Arbeitsstoffe zu begrenzen. Der DGB hat diese Verordnung in einem Schreiben an den Bundesarbeitsminister Ehrenberg begrüßt und ein 10-Punkte-Programm zur Bekämpfung von Krebsgefahren in der Arbeitswelt vorgelegt. Wichtigstes Hilfsmittel zur Verringerung des Krebsrisikos stellt nach Ansicht des DGB die Herabsetzung der Beschäftigungszeit auf 30 bzw. 35 Wochenstunden dar.

Im weiteren fordert der DGB

- Umfassende Information der Arbeitnehmer über alle Krebsrisiken am Arbeitsplatz und Einräumung eines Rechts auf Arbeitsverweigerung in bestimmten Fällen.
- Aufbau eines Systems zur Erfassung von arbeitsbedingten Krebskrankungen und ihren Ursachen auf staatlicher und berufsgenossenschaftlicher Ebene (einschließlich eines arbeitsbezogenen Krebsregisters).
- Prüfung bereits verwandter und neuer Arbeitsstoffe auf krebserzeugende Eigenschaften.
- Fortschreibung der Liste krebserzeugender Stoffe unter Beteiligung der Gewerkschaften.
- Schaffung eines internationalen Informations- und Frühwarnsystems über Krebsgefahren bei der internationalen Arbeitsorganisation.
- Reformen des Berufskrankheitenrechts.
- Staatliche Förderung von ungefährlichen Ersatzstoffen und Verfahrenstechniken zur Beseitigung von Krebsrisiken.
- Klare Kennzeichnung von krebserzeugenden Arbeitsstoffen und krebsgefährdenden Arbeitsplätzen.
- Verpflichtung der Hersteller und Einführer zur Meldung noch nicht bekannter Krebsrisiken an die zuständigen staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Stellen.
- Verpflichtung der Arbeitgeber zur Förderung betriebs- und branchenbezogener staatlicher und berufsgenossenschaftlicher Forschungsprojekte zur Aufklärung von Krebsgefahren.

Vier Jahre nach der Psychiatrie Enquête:

Den Worten müssen endlich Taten folgen

Am 1. September 1939 begann nicht nur der Überfall der deutschen Armee auf Polen, sondern auch das gesetzlich sanktionierte Vergasen, Abspritzen und Verhungernlassen von „Andersartigen“ hinter den Mauern der deutschen psychiatrischen Anstalten. Einhundertzwanzigtausend psychisch Kranke, geistig-körperlich Behinderte, aber auch als andersartig eingesperzte homosexuelle und kommunistische Bürger sind die bis heute vergessenen Opfer eines Erlasses zur „Vernichtung unwerten Lebens“. Dies war die Endlösung einer „Aussonderungsmentalität“, die psychisch Kranke und Andersartigen gegenüber in Deutschland an den Tag gelegt wurde. Bis heute existiert in unserer Psychiatrie diese Inhumanität der Ausgrenzung – von vielen noch als „gutes Werk“ Kranken gegenüber mißverstanden – die in letzter Konsequenz zu solchen Verbrechen führte.

Vierzig Jahre nach diesem Tag hat die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) den Versuch unternommen, das Schweigen um diese Opfer des Faschismus zu brechen. Gleichzeitig hat sie erneut auf die nach wie vor elenden und unwürdigen Verhältnisse in den psychiatrischen Einrichtungen hingewiesen und die ausstehenden Reformen angemahnt.

Eine Wiedergutmachung für diese Opfer des NS-Regimes hat es nicht gegeben. Eine grundlegende Reform für die Insassen der psychiatrischen Anstalten bisher allerdings auch nicht. Auch nach dem Kriege waren die Überlebenden hinter den Mauern der Großkrankenhäuser ebenso wie die Neueingewiesenen für viele nicht mehr als ein finanzieller Ballast. Sie wurden nicht mehr ermordet, aber abgeschoben, ausgeschlossen aus der Gemeinschaft der „Normalen“.

Den „Halbierungserlaß“ von 1942, d. h. die von der Nazi-Regierung verordnete drastische Reduzierung der Pflegesätze für psychisch Kranke, hat man offiziell nicht aufgehoben.

Die bislang meist noch unverhältnismäßig niedrigen Pflegesätze in diesem Bereich zeigen, daß eine Gleichstellung mit den körperlich Kranken bis heute nicht erfolgt ist!

Mehr Angst vor dem Skandal als Mitleid mit den Kranken!

Die Auftraggeber der Psychiatrie-Enquête waren wohl auch vom Elend hinter den Mauern der Psychiatrie berührt.

Mit dem Beauftragen einer Sachverständigenkommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik zog man jedoch lediglich die Notbremse angesichts einer katastrophalen Entwicklung, die medizinisch und politisch nicht mehr zu verantworten und international nicht mehr zu rechtfertigen war.

Mehr als das Mitleid wog anscheinend der Gedanke, daß man sich solche erschreckenden Zustände vor dem europäischen Ausland nicht mehr leisten konnte.

Hier hatten in praktisch allen Ländern grundlegende Reformen der psychiatrischen Versorgung stattgefunden.

Der Bericht der Sachverständigen wurde der Bundesregierung und der im Bundestag anfragenden CDU sehr bald recht unbehaglich: Dies zeigt sich nicht nur daran, daß man 5 Jahre für seine Entstehung brauchte. Selbst nach dieser Zeit ließen die Verantwortlichen nochmals drei Jahre verstrecken, bis sie sich zu einer Stellungnahme aufrappeten.

Ergebnisse der Enquête

Durch die Enquête wurde einer breiten Öffentlichkeit die katastrophale Lage der psychiatrisch Kranke aufgezeigt; sie hat geholfen Druck zu schaffen, um die dringlichsten Probleme anzufassen und die elendesten Bedingungen zu beseitigen. Sie hat eine Diskussion und Aktivität bei allen Beteiligten ausgelöst, die nur schwer rückgängig zu machen ist.

Die Enquête hat wesentliche Grundforderungen einer menschenwürdigen

Psychiatrie in der politischen Diskussion verankern, wenn auch bisher nicht durchsetzen können:

Erstens: das Prinzip der gemeindnahmen Versorgung,

Zweitens: das Prinzip der Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranke,

Drittens: das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung, und

Viertens: das Prinzip der Koordination aller Versorgungsdienste.

Die Bundesregierung hat sich diese Forderungen auch in ihrer Stellungnahme zur Enquête vom Frühjahr 1979 zumindest formal zu eigen machen müssen. Der Text der Stellungnahme selbst liest sich jedoch nicht wie ein Programm zur Verwirklichung der oben genannten Prinzipien. Mit diplomatischen Formulierungen werden beim genauen Hinsehen bereits wieder die

ersten Schritte zur Revision der erreichten Ergebnisse vorbereitet:

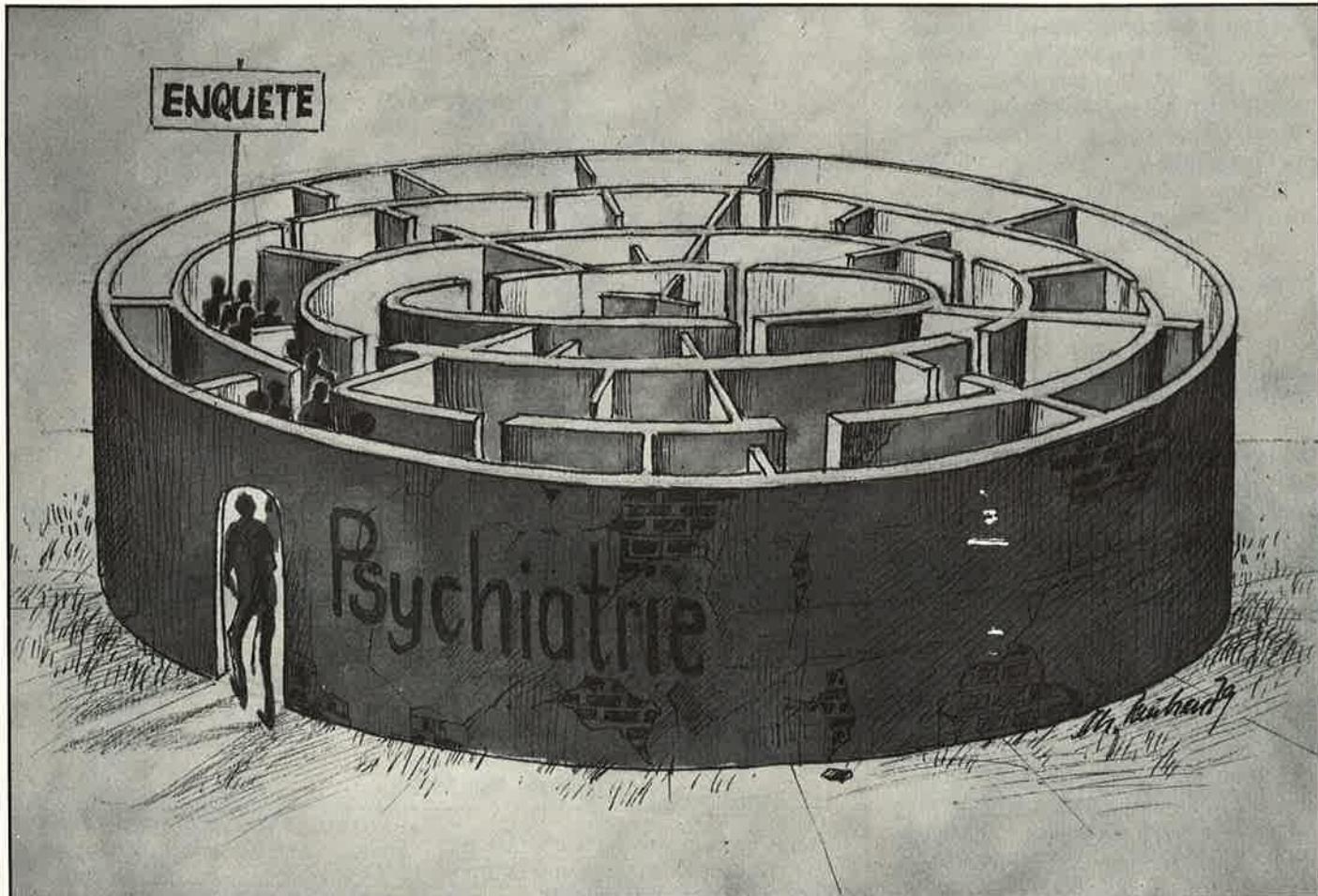
„Man könne die Erwartungen der Betroffenen kaum erfüllen... Man habe finanzielle Grenzen... Man brauche größere Zeiträume... Man sehe veränderte Prioritäten...“

ten, um ihre eigene Untätigkeit zu beschönigen:

Als mögliche Folge einer Reform wird die Gefahr einer Zwei-Klassen-Psychiatrie an die Wand gemalt: d. h. psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern mit Akutpatienten hier

Das Gepenst der „Psychiatrisierung“

Wo aus den Enquete-Untersuchungen noch der eklatante Mangel an Personal und Einrichtungen in allen Bereichen spricht, sehen die Planer bereits das Gespenst einer „Psychiatrisierung“



Die Zuständigkeit der Bundesländer wird von der Bundesregierung in bislang ungekannter Deutlichkeit herausgestellt; die Kompetenzstreitigkeiten der verschiedenen Trägerorganisationen bei der Finanzierung werden breit dargestellt. Hier wird man in fataler Weise an andere, unter einer sozial-liberalen Regierung begonnene Reformvorhaben erinnert, die durch politischen Druck in Gang gesetzt, später jedoch systematisch abgewürgt wurden.

Die Bundesregierung bremst

Mit kaum verhohler Befriedigung wird vermerkt, daß es der Sachverständigenkommission nicht gelungen ist, in wichtigen Fragen eine übereinstimmende Meinung zu erzielen. Die Bundesregierung ihrerseits tut allerdings auch nichts, um diesem Problem zu begreifen, sondern sie nutzt propagandistisch die auftretenden Schwierigkei-

– Langzeitpatienten, chronische Fälle, Alterskranke in Landeskrankenhäusern dort.

Tatsache ist, daß es die „gefürchtete“ Zwei-Klassen-Psychiatrie längst gibt. So ist es kein Geheimnis, daß sich Privatpatienten in Sanatorien pflegen lassen, während für die Mehrheit der Sozialversicherten die Großkrankenhäuser der Aufnahmeort sind. Universitätskliniken selektieren sich ihre interessanten Fälle und Kurzzeitpatienten, während in die Landeskrankenhäuser wahllos Sucht- und Alterskranke, chronisch Kranke und Zwangseingewiesene geschickt werden. Selbst die in den letzten Jahren erfolgte Modernisierung der Landeskrankenhäuser ist einhergegangen mit einer gleichzeitigen Diskriminierung tausender chronisch Kranke durch Verlegung in für sie ungeeignete Heime. Hier zahlt für sie in vielen Fällen nicht mehr die Krankenkasse, sondern nur noch die Sozialhilfe unter Belastung der nahen Angehörigen.

durch Überversorgung, ohne bislang auch nur wesentliche Schritte zur Beendigung der bestehenden materiellen und personellen Mängel getan zu haben. Dem Bürger wird die Angst eingejagt, daß jedes Zipperlein, jeder Streit, jedes seelische Problem als Krankheit erfaßt, registriert und behandelt werden könnte. Dies ist nicht nur eine dreiste Argumentation, sie ist obendrein falsch:

Die Wiedereingliederung fördern!

Mehr Personal, mehr offene und halboffene ambulante Versorgungseinrichtungen wie Wohnheime, Rehabilitationszentren und Übergangseinrichtungen in der Psychiatrie – wie auch von der Enquete gefordert – würden die Zahl der Einweisungen in Landeskrankenhäuser drastisch senken und ein Zurechtkommen der Patienten im täglichen Leben erleichtern helfen. Dies wäre nicht nur billiger; Gemeinden, Nachbarn, Famili-

en- und Arbeitskollegen würden wieder in die Pflicht der Kommunikation mit seelisch Kranken genommen.

Unternehmen müßten gezwungen werden, solchen Menschen Arbeit zu bieten, die heute in den großen Landeskliniken ihr Leben fristen. Ohne die Arbeit verliert der Mensch die materielle und moralische Grundlage seiner Existenz. Er verliert den Anschluß an Leben und Alltag und endet deshalb häufig genug in den psychiatrischen Großkranenhäusern, sofern er seiner Hoffnunglosigkeit nicht mit der privat vollzogenen „Aussonderung“ – dem Selbstmord – ein Ende setzt.

Schwachstellen ausgenutzt

Heute kann man jene verstehen, die schon bei Erscheinen der Enquête kritisiert haben, daß mit der verwirrenden Vielfalt ihrer Forderungen, der mangelnden Schwerpunktsetzung, fehlenden Finanzierungsvorschlägen und dem Ausklammern gesellschaftlicher Ursachen für psychische Not, Hintertüren geöffnet wurden, die eine in Zugzwang gesetzte Bundesregierung gerne als Fluchtweg benutzen würde. Eben dies hat sie dann getan, um sich aus der Verantwortung zu ziehen.

Bei allem, was als Kritik unseres Gesellschaftssystems ausgelegt werden könnte, hatten die Sachverständigen seinerzeit „Formulierungsschwierigkeiten“. So ließ man den Zusammenhang zwischen der Häufigkeit psychischer Störungen und gesellschaftlichen Fehlentwicklungen (z. B. Jugend- und Massenarbeitslosigkeit) einfach aus. Reformvorschläge wurden nicht daran gemessen, inwieweit sie die Interessen der Bevölkerung absichern und ihre Durchsetzungschancen verbessern, sondern in Überstrapazierung der Pluralität einfach aneinandergeriebt.

Einig war man sich jedoch – angesichts der vielen Fehlentwicklungen und der Unterversorgung – daß die Beseitigung der menschenunwürdigsten Bedingungen in den Großkranenhäusern neben den eigentlichen Reformzielen Priorität habe.

Hier nun dreht die Bundesregierung den Verfassern der Psychiatrie-Enquête das Wort vollends im Munde herum. Nachdem sie in der Tat einiges Geld zur Beseitigung der national und international skandalösen Verhältnisse herausgerückt hat, erklärt sie, unter völliger Verdrehung des Enquête-Gedankens, damit sei ja die „Grundforderung“ der Sachverständigenkommission zu einem erheblichen Teil erfüllt.

Zahlen der Psychiatrie-Enquête von 1975

1. Aufnahmen (1972)

In Psychiatrischen Fachkranenhäusern und LKH's	158 034 Patienten
In Fachabteilungen (Psych.) anderer Krankenhäuser	26 887 Patienten
In Unikliniken	34 280 Patienten

Bettenzahl	Psych. Kranken- häuser	Anzahl d. % Betten absolut	Verweil- dauer Tage
bis 100	21	1,2	27,2
101– 500	37	9,5	41,1
501–1000	28	21,3	57,9
größer als 1000	44	68,0	66,1
	130	98 757	Ø 59,8

	Tage	Betten pro Pflegekräfte
Psych. Uniklinik	6,8	2,2
Fachabt. von Nor- malkrankenhäusern	19,6	2,7
Kinder und Jugendpsychiatrie	40,9	3,3
Alterspsychiatrie	128,8	
Suchtkliniken	25,9	
Fachkranenhäuser und LKH's	59,8	4,3

31% älter als 80 Jahre	62% der Gebäude sind älter als 50 Jahre!
31% 55–80 Jahre	
11% 30–55 Jahre	
27% jünger als 30 Jahre	

Psych. Kranenhäuser	Abteilungen	
	offen	geschlossen
bis 100 Betten	60%	40%
100 bis 500 Betten	42%	58%
500 bis 1000 Betten	32%	68%
1000 und mehr Betten	25%	75%

Mehr noch: Den Schock der Öffentlichkeit nach Bekanntwerden der nicht zuletzt von einer untätigen Bundesregierung verursachten Zustände, erklärt diese zur „unerwarteten Breitenwirkung des Zwischen- und Endberichts“, und steckt sich das Ganze noch als Erfolg an den Hut.

Endlich mehr Geld – für falsche Schwerpunkte!

Durch den Druck der Öffentlichkeit und der in der Psychiatrie Beschäftigten sowie der Gewerkschaften wurden zuletzt einhundert Millionen DM für ein Modellprogramm zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung bewilligt. Der Finanzminister gab selbst zwanzig Millionen DM mehr als Frau Gesundheitsminister forderte! Daß selbst viel Geld wenig nützt, wenn es an falscher Stelle investiert wird, demonstriert das Beispiel der Großkranenhäuser:

Hier wurden Millionen investiert, um die unwürdigen Verhältnisse zu verbessern.

Dies war eine Notmaßnahme – auch von vielen psychiatrisch Tätigen gefordert – da jedes andere Vorgehen zu Lasten der Patienten gegangen wäre. Es war deshalb eine Notmaßnahme – da man vorher wußte, daß Großkranenhäuser in Wirklichkeit nicht zu humanisieren sind.

Jetzt muß man vielfach erleben, daß mit dem Geld nicht die Beseitigung größter Unmenschlichkeit, sondern die Zementierung und Fortschreibung der als unsocial erkannten Verhältnisse betrieben wurde. Von einer Auflösung oder wesentlichen Verkleinerung der Großkranenhäuser ist weniger als zuvor die Rede. Im Gegenteil wird die „Fachkompetenz“ der Großklinik von Wortführern der CDU wieder über den grünen Klee gelobt. Bund und Länder fahren weiter in die bekannte Sackgasse. Sie wechseln die abgefahrenen Reifen, nicht aber die falsche Fahrtrichtung. Wenn sie den Schwerpunkt der stationären Versorgung selbst nach dem Bericht der Sachverständigenkommission noch bei den als Fachkranenhäuser umschriebenen Mammutan-



stalten sehen, so ist zu fragen, wann endlich eine Kurskorrektur erfolgen soll.

Struktur-, Finanz- und Arbeitsplatzprobleme treten auf. Dies dürfte der Bundesregierung und den Ländern nicht entgangen sein. Vermutet werden darf, daß hier mit Absicht kalkuliert wurde. Den Prinzipien der Psychiatrie-Enquête wird dabei Hohn gesprochen. Genüßlich kommentiert das Deutsche Ärzteblatt: „Nimmt man beides: Stabilisierung des psychiatrischen Fachkrankenhauses (sprich: LKH) und Ausweitung des Netzes der niedergelassenen Ärzte: die Kosten für die Enquête hätte man sich sparen können. Das wußten wir schon vor zehn Jahren.“

Zum Beispiel LKH Bonn

Kölner Stadtanzeiger vom 14. September 1979:

Im teuren Bau fehlt jeder vierte Pfleger

Neue Bonner Landesklinik mit den alten Problemen

„Inmitten von Buchen und Eichen, neben dem tristen und düsteren Gemäuer des alten Bonner Landeskrankenhauses hat der Landschaftsverband Rheinland in der Bundeshauptstadt ein ‚Jahrhundertwerk‘ errichtet. Dort, wo einst die ‚Provinzial-Irrenanstalt‘ altersschwache und geistig gestörte Männer und Frauen vor der Gesellschaft einschloß, verbaute der Verband 130 Millionen Mark, um ein architektonisches Konzept zu verwirklichen, das den Zielen moderner Psychiatrie gerecht werden soll . . .“

. . . Und doch steht die neue Bonner Landesklinik mit ihren architektonischen und technischen Raffinessen schon zu ihrer Eröffnung vor dem Infarkt . . .

. . . Sollten die 560 Betten des Hauses tatsächlich mit Patienten belegt werden, so fehlen derzeit 25 Prozent geschulten Pflegepersonals. Und weil immer weniger Ärzte den beschwerlichen Dienst in der psychiatrischen Abteilung auf sich nehmen wollen, blieben auch 18 von 80 vorgesehenen Medizinerstellen unbesetzt . . .

Höherer Pflegesatz

Schließlich muß der bislang ungekannte pflegerische Aufwand, wie ihn das Bonner Klinikkonzept verlangt, auch bezahlt werden. Der medizinische Leiter der Klinik, Prof. Dr. Albert Huhn, rechnet vor, daß den Krankenkassen in Zukunft ein täglicher Pflegesatz von 140 Mark pro Patient abverlangt werden muß, falls der Bedarf an Pflegepersonal jemals voll gedeckt werden soll. Bislang galt ein Pflegesatz von 80 Mark . . .“

(Der derzeitige Pflegesatz eines „Normalkrankenhauses“ beträgt ca. 170–220 DM/Tag! Die Red.)

Zum Beispiel: Landesklinik Bedburg-Hau

**Ca. 3200 Patienten
40 Ärzte
12 Psychologen
7 Sozialarbeiter**

Beifall von der falschen Seite

Es ist bedauerlich und bezeichnend für die Widersprüchlichkeit einer Reform, wenn aus der konservativsten Ecke der bundesdeutschen Psychiatrie die Stellungnahme der Bundesregierung mit wohlwollenden Kommentaren versehen wird. Die Maßnahmen der Bundesregierung und der Länder sind tatsächlich in ihrer Tendenz zweideutig. Einerseits kommt man nicht umhin, unter dem ständigen Druck der Öffentlichkeit, Geld für ambulante Einrichtungen aufzubringen. Andererseits wird jedoch an der Struktur der Landeskrankenhäuser nicht gerüttelt. Sie aber sind das Fundament der bundesdeutschen Psychiatrie. Ohne eine schrittweise Verkleinerung der Großkliniken und ihre Einbindung in die gemeindenehe Versorgung, ohne eine Auflösung des isoliert gelegenen Landeskrankhauses in absehbarer Zeit gibt es kein Wegkommen von der Verwahrung und Isolation psychisch Kranker.

Die DGSP, deren fast dreitausend Mitglieder einen wesentlichen Anteil an der bislang geleisteten Arbeit und den erkämpften Verbesserungen in der Psychiatrie haben, hat schon vor Jahresfrist und zum wiederholten Male von der Bundesregierung ein sofortiges psycho-soziales Aktionsprogramm gefordert. Hier ist man die permanente Verzögerungstaktik leid. Das Lamentieren über die Kosten einer Reform, über mögliche Hindernisse, über Probleme der Bund-Länder-Kompetenz und der Kostenübernahme durch geeignete Träger, wird nicht länger als Entschuldigung für Untätigkeit akzeptiert, sondern als Zwang zum Handeln begriffen.

Ein psychosoziales Aktionsprogramm

Ein gangbarer Weg liegt klar auf der Hand:

1. Ein Rahmengesetz mit den Grundforderungen einer menschlichen Psychiatrie muß verabschiedet werden, damit die hier genannten wesentlichen Prinzipien der Enquête – bislang zwar von allen politischen Gruppierungen in Willenserklärungen akzeptiert – nicht wieder dem Kalkül von Finanz- und Politintrigen oder sogenannten „Sachzwängen“ zum Opfer fallen.
2. Die Bundesregierung kann ihre Gesamtverantwortung unbeschadet der Länderkompetenz für das Gesundheitswesen nicht länger allein auf diese abschieben. Es sind dringende bundeseinheitliche Regelungen erforderlich und zahlreiche Bundesgesetze berührt, wenn Kranke und Behinderte durch Übergangseinrichtungen, Wohnheime und Rehabilitationszentren vor der Anstaltsisolation bewahrt werden sollen.
3. Der zermürbende Kostenträgerstreit zwischen Krankenkassen, Rentenversicherung, anderen Rehabilitationsträgern und der Sozialhilfe – dem jährlich tausende von Kranken zum Opfer fallen und der Hunderte von Sozialarbeitern von therapeutischer Tätigkeit abhält – muß durch eine praktikable Gemeinschaftsfiananzierung, etwa in Form eines Fonds zwischen den oben genannten Kostenträgern beendet werden.
4. Vorrangig ist der Ausbau der ambulanten Versorgung mit gemeindenahen und in die Krankenhäuser integrierten berufsübergreifenden Teams aus Psychologen, Ärzten, Schwestern und Sozialarbeitern, die sich um die große Zahl der Patienten kümmern, die in ihrer Hilflosigkeit gerade nicht den niedergelassenen Psychiater aufsuchen. Bei den Niedergelassenen muß die persönliche gegenüber der apparativen Leistung deutlich aufgewertet werden. Die Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit Psychologen, Sozialarbeitern und Beratungsstellen ist zu erleichtern. Die Krankenkassen müssen sich an der Finanzierung der Kosten für die Heimbewohner (meist handelt es sich dabei um Alters- oder chronisch Kranke) beteiligen, damit diese nicht nur von der Sozialhilfe unterstützt werden und ihr Leben noch unter dem Niveau herkömmlicher Anstalten fristen müssen.

5. Die noch bestehenden Diskriminierungen psychisch Kranke bei Meldegesetz und Wahlrecht, Unterbringungsgesetz und Halbierungserlaß müssen auf gesetzlichem Wege aufgehoben werden.

Daß diese häufig wiederholten Forderungen allein wenig bewirken, ist keine neue Erkenntnis. Zugestanden wird gerade in der Psychiatrie nur das, was mit persönlichem Einsatz und Protest erkämpft wurde: So mußte vier Jahre nach der vielgelobten Enquête das LKH Düren einen Aufnahmestopp erzwingen, um – wieder einmal – auf die katastrophale Situation der Anstaltsverhältnisse aufmerksam zu machen. Dies ist nur ein Beispiel von vielen.

Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und viele andere in der Psychiatrie Beschäftigte haben jedenfalls die Konsequenzen gezogen: Sie haben ab sofort jede Verantwortung für die herrschenden Zustände abgelehnt, unter denen sie in der Psychiatrie zu arbeiten gezwungen sind.

Jetzt haben die politisch Verantwortlichen endgültig das Wort – oder sie müssen zum Handeln gezwungen werden.

Soeben erschienen:

Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen Leitlinien für den psychiatrischen Alltag

von Asmus Finzen
Rehburg-Loccum 1979, 132 S., 10,- DM

Das Besondere an diesem Buch ist, daß es nicht allein für Mediziner geschrieben wurde, sondern für alle in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen – z. B. Krankenschwestern und -pfleger, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Psychologen – ebenso wie für interessierte Laien, Betroffene und Konsumenten. Der gut lesbare Stil und die verständliche Sprache unterstreichen diese Absicht.

Auf dem besten Weg, ein „Klassiker“ zu werden:

Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie

von Klaus Dörner und Ursula Plog
3. Aufl. 1979, 483 S., 25,- DM

„Ich habe noch kein psychiatrisches Lehrbuch gelesen, das zugleich so persönlich berichtet und anleitet, so sorgfältig in die gängigen Diagnosen, Medikamente und wissenschaftlichen Forschungsergebnisse einführt und so wenig ideologisch ist.“
„Sozialpädagogik“

Das aktuelle Buch zum Thema Psychiatrie-Enquête:

„Unter elenden menschenunwürdigen Umständen“ – Die Psychiatrie-Enquête

von Asmus Finzen und Hilde Schäidle-Delninger
(Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie Bd. 25)
Rehburg-Loccum 1979, 252 S., 10,- DM

Die Autoren haben die erdrückende Materialfülle der Psychiatrie-Enquête zu einer lesbaren Kurzfassung verdichtet und in den Zusammenhang der psychiatrischen Reformdiskussion gestellt. Darüber hinaus werden die Folgen dieser bisher umfassendsten Beurteilung der psychiatrischen Versorgung in unserem Land unter Einbeziehung eines Beitrags von Klaus Dörner kommentiert und analysiert.

Psychiatrie-Verlag
Mühlentorstr. 28
3056 Rehburg-Loccum 1

Zu beziehen
über den Buchhandel
oder direkt bei uns

Ausbildung oder Ausbeutung?

Ein Erfahrungsbericht

Nach drei Jahren Ausbildung zur Krankenschwester an einer DRK-Krankenpflegeschule in Bonn fragen wir uns rückblickend, ob diese drei Jahre Ausbildung oder eher Ausbeutung waren. Wir, das sind Elisabeth und Gabriele, seit einem halben Jahr examinierte Krankenschwestern.

Die Ausbildung in der Krankenpflege bedarf dringend einer Verbesserung. Um die notwendige Diskussion darüber mit den Lesern in Gang zu bringen, beginnen wir mit einem persönlichen Erfahrungsbericht. Wir glauben, daß erst ein längerer Erfahrungsaustausch mit Lesern aus dem Pflegebereich uns berechtigt, eine grundlegende Kritik an der bestehenden Ausbildung zu formulieren. Erst auf der Basis einer solchen Diskussion wollen wir dann Verbesserungsvorschläge erarbeiten und Forderungen an die verantwortlichen Stellen gemeinsam vorbringen.

Warum wir Krankenschwestern wurden:

Beide wollten wir im sozialen Bereich arbeiten, eine als Sozialarbeiterin, eine als Ärztin. Der Numerus Clausus hinderte uns daran, unsere Wünsche zu erfüllen. Die Wartezeit bis zur Zulassung zu einem Studium wollten wir mit einer sinnvollen Arbeit überbrücken. Aus Erfahrungen als Patient und als Helfer im Krankenhaus hofften wir, im Schwesternberuf Interessen und Neigungen miteinander verbinden und uns gleichzeitig eine Existenzgrundlage schaffen zu können.

Unsere Bewerbungen an der Krankenpflegeschule verliefen sehr unterschiedlich: einmal erfolgte innerhalb eines Monats eine Zusage, ein anderes Mal brauchte es ein Jahr bis zur Absage. Erst eine persönliche Vorstellung bei der DRK-Oberin war letztlich für die Zulassung entscheidend. Es schien uns, daß die Auswahl eher nach subjektiver Beurteilung und persönlicher Empfehlung als nach einheitlichen Richtlinien erfolgte.

Mit der „Erlaubnis“, wenigstens diese (Ersatz-)Ausbildung beginnen zu dürfen, und einer Mischung aus Idealismus, Hoffnung und Ängsten kamen wir nach Bonn.

Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Krankenschwestern, Krankenpfleger und Kinderkrankenschwestern Vom. 2. August 1966

§ 8

(1) Bewerberinnen und Bewerber um die Zulassung zum Besuch der Krankenpflege- oder Kinderkrankenpflegeschule haben nachzuweisen

1. die Vollendung des 18. Lebensjahres;
2. a) eine abgeschlossene Realschulbildung, eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung oder eine der abgeschlossenen Realschulbildung entsprechende Schulbildung,
- b) eine abgeschlossene Volksschulbildung oder eine gleichwertige Schulbildung und den erfolgreichen Besuch einer dreijährigen Pflegevorschule. In den Fällen, in denen die Volkschulbildung nach neun Jahren abgeschlossen wird, genügt der zweijährige Besuch einer Pflegevorschule. An die Stelle des Besuchs einer Pflegevorschule kann der Besuch einer Schwesternvorschule oder eine gleichwertige Ausbildung treten,
- c) eine abgeschlossene Volksschulbildung und eine Berufsausbildung mit Lehrabschlußprüfung oder
- c) den Besitz der Erlaubnis nach § 14 a Abs. 1 und eine dreijährige Bewährung

im Beruf der Krankenpflegehelferin (des Krankenpflegehelfers) nach Erwerb dieser Erlaubnis;

3. Ihre körperliche Eignung zur Ausübung des Berufs durch Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses.

Sie haben ferner ein amtliches Führungszeugnis beizubringen.

(2) Bewerberinnen müssen außerdem eine halbjährige hauswirtschaftliche Tätigkeit in eigener oder fremder Familie, in einer geeigneten Anstalt oder einer hauswirtschaftlichen Schule abgeleistet haben. Die hauswirtschaftliche Tätigkeit braucht nicht abgeleistet zu werden von Bewerberinnen, die

1. eine Pflege- oder Schwesternvorschule besucht haben,

2. eine hauswirtschaftliche Lehre mit Erfolg abgeschlossen haben,

3. eine Erlaubnis nach § 14 a Abs. 1 besitzen oder

4. das freiwillige soziale Jahr nach dem Gesetz zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres vom 17. August 1964 (Bundesgesetzbl. I S. 640) abgeleistet haben.

(3) Von dem Erfordernis der Vollendung des 18. Lebensjahres kann abgesehen werden bei Bewerberinnen und Bewerbern, die das 17. Lebensjahr vollendet haben und die erforderliche körperliche und geistige Reife besitzen.

Die Krankenpflegeschule wurde für uns zugleich Lern- und Wohnstätte. Dabei bedeutete das Wohnheim innerhalb des Klinikgeländes für uns beide Isolation, Abhängigkeit, Einengung des persönlichen Freiraums und eine starke Belastung. Denn außer dem kleinen Doppelzimmer gab es keine Aufenthalts- oder Freizeiträume, nicht einmal eine Bibliothek. So war oft der notwendige Ausgleich und Abschalten in der Freizeit unmöglich.

Die Ausbildung:

Unsere Ausbildung gliederte sich in theoretischen Unterricht und die praktische Arbeit auf den Stationen. Dies bedeutete im Einzelnen, daß wir häufig in Fachabteilung eingesetzt wurden, für die wir noch nicht das notwendige theoretische Wissen besaßen. Zum Beispiel arbeiteten wir im 3. Semester in der Neurologie und Psychiatrie, während uns erst im 5./6. Semester fachliche Grundlagen dafür vermittelt wurden. Ähnlich ging es mit anderen Fachgebieten. So wurden theoretische und praktische Ausbildung oft zur Doppelbelastung für uns Schülerinnen, anstatt sich zu ergänzen.

Der theoretische Unterricht lag in den Händen von einjährig fortgebildeten Unterrichtsschwestern/pflegern, denen es selbst überlassen war, ihr Wissen auf den neuesten Stand zu bringen und sich pädagogisch und psychologisch zu schulen. Ferner versuchten sich Klinikärzte, meist von ihren Chefs dazu bestimmt, als Dozenten. Oft lustlos, pädagogisch und didaktisch unerfahren, vermittelten sie uns wissenschaftliche Inhalte, die nicht selten im krassen Gegensatz zu dem standen, was uns durch Schulschwestern und -pfleger beigebracht wurde.

Manche Lehrkräfte informierten sich sogar bei Schülern aus höheren Semestern über medizinische und pflegerische Neuheiten. Gerade zu Beginn unserer Ausbildung wurden wir permanent verunsichert durch sich widersprechende Aussagen über Krankheiten, Therapien und notwendige Pflegemaßnahmen (z. B. ob Urin durch Blasenpunktion oder Katheterisierung gewonnen werden soll).

Da uns ja genaue Kenntnisse und Erfahrungen fehlten, konnten wir uns nur selten wehren. Ansätze zur Kritik wurden von den für die Ausbildung Verantwortlichen sehr schnell durch offen repressive Maßnahmen (verschärzte Prüfungen, Versetzungen auf besonders „verrufene“ Stationen, schlechte Beurteilung usw.) oder „subtileren“ psychi-

schen Druck (Herunterputzen vor anderen, Bloßstellen vor der Klasse usw.) unterbunden.

In der Klinik gerieten wir dann in die Mühlen der Krankenhaus hierarchie. Auf überfüllten Stationen mit überarbeitetem Pflegepersonal erhielten wir selten ausreichende Anleitung, stattdessen wurden wir oft zu Arbeiten abkommandiert, die uns sinnlos und unnütze erschienen. „Das andere erkläre ich Ihnen, wenn mal Zeit ist!“ bekamen wir oft zu hören. Manche Stationsschwester zwang uns wegen fehlender Fortbildung ihre schon überholten Kenntnisse auf. Ärzte schimpften dann über die veralteten Pflegemaßnahmen. Zum anderen sahen wir aber auch, wie wertvoll die langjährige Erfahrung von Schwestern und Pflegern gerade für junge Ärzte sein konnte. Das Pflegepersonal führte schon erste diagnostische und therapeutische Maßnahmen durch, während jene mit ihrem theoretischen Wissen noch recht hilflos dastanden.

Wir saßen also zwischen den Stühlen und bekamen von beiden Seiten Druck. Wie wir uns auch verhielten, immer war es falsch. Große Verunsicherung auch hier!

Lernen durch Fehler?

Unter solchen Voraussetzungen wurden wir schon sehr bald ohne Anleitung einer erfahrenen Krankenschwester im Tag- und Nachtdienst eingesetzt. Unsere Pflicht war es, gut zu funktionieren, Ängste und Unsicherheiten wurden ignoriert. Die Ausbildung kam uns in solchen Situationen wie eine eigene Fortbildung vor: wir lernten nicht von anderen, sondern suchten uns unseren Kram selbst zusammen. Ob die Schlüsse, die wir zogen, richtig oder falsch waren, interessierte erst, wenn eine Schülerin etwas falsch machte.

Weniger schwer wiegende Irrtümer, wie z. B. falsche mg-Dosis eines Medikamentes oder überhaupt die Gabe eines anderen Präparates, kommen beinahe täglich vor, werden aber selten bemerkt, und noch seltener wird darüber gesprochen. Schwerwiegender Fehler mit manchmal tödlichem Ausgang stehen höchstens einmal als Skandal in der Presse. Aber nicht einmal diese lassen die Verantwortlichen darüber nachdenken, daß die ständige Überforderung und der tägliche Streß geradezu zwangsläufig zu Fehlern führen, und daß es nicht die Fahrlässigkeit und Schludrigkeit des Einzelnen ist, die dann gerne beklagt werden. Bessere Aufklärung, fachkundige Anleitung im Umgang mit Medikamenten und vor allem der Abbau der ständigen Überforderung würden hier eher Abhilfe schaffen.

Im Gegensatz dazu werden Kleinigkeiten oft gewaltig aufgebauscht. Schüttet ein Schüler aus Versehen eine Portion Sammelurin weg, ist der Teufel los. Es fallen dann Worte wie: verantwortungslos, schlampig, oberflächlich, verträumt usw., die dann wiederum negativ bei der Beurteilung des Schülers verwendet werden.

Dubiose Beurteilungsbögen

Zu jedem Klinikwechsel gibt es diese ominösen Beurteilungsbögen, in denen neben praktischen Fähigkeiten und theoretischem Wissen Einfühlungsvermögen und ganz persönliche Charaktereigenschaften zur Beurteilung freistehen. Welche Stationsschwester, die ihren Formalkrieg am Schreibtisch wichtiger nimmt als die praktische Pflege am Patienten, kann wirklich beurteilen, wie ein Schüler mit dem Kranken umgeht: ob taktvoll oder schon zu intim, ob eine Pflegearbeit korrekt und sinnvoll oder unhygienisch und oberflächlich geleistet wird? Wahrscheinlich haben solche Schwestern mehr als zwei Augen oder können durch Wände sehen. Auch fragen wir uns, wer uns wohl beurteilen kann, wenn wir an Wochenenden und in Nachtdiensten alleine eine Schicht bestreiten.

Verantwortung im Nachtdienst und die Folgen

Bis zu 14 Tage Nachtdienst pro Ausbildungsabschnitt waren bei uns üblich. Wir durften also häufig zwischen 7 und 14 Nächte (auf bis zu zwei Stationen gleichzeitig) ohne Anleitung und Hilfe Dienst schieben. Welche Lernerfolge versprachen sich wohl die Ausbilder von dieser Situation, die Angst und Unsicherheit mit sich brachte? Nacht für Nacht hatten wir die Verantwortung zu tragen und wußten genau, daß uns die Erfahrung fehlt, um in Notfällen bestmöglich reagieren zu können.

Diese Belastung wirkte auch nach Dienstende fort. Viele unserer Mitschüler griffen deshalb zu Schlaftabletten und zum Teil auch Psychopharmaka, wenn sie den Streß nicht mehr aushielten. Kein Wunder bei der Belastung, die klar im Widerspruch zur Ausbildungsordnung steht!

Schlußfolgerungen

Wir sind froh, die 3 Jahre Ausbildung heil hinter uns gebracht zu haben. Was ist uns eigentlich vermittelt worden?

Wir haben gelernt, gut zu funktionieren ohne viele Fragen zu stellen. Unsere persönliche Meinung, geschweige denn Kritik zu äußern, war eher hinderlich. Wir haben gelernt, uns als unterstes Glied einer langen Kette zu begreifen, aus der man einzeln nur schwer ausbrechen kann.

Unsere anfänglichen Vorstellungen, Interessen und Neigungen ließen sich nur unvollkommen verwirklichen, da persönliche Bedürfnisse immer zurückstehen mußten. Im Grunde wurden wir 3 Jahre lang als billige Arbeitskräfte gebraucht, deren eigenes soziales Engagement in das wirtschaftliche Interesse des Großunternehmens Krankenhaus integriert und für dieses genutzt wurde.

Aufruf

Dieser absichtlich sehr subjektiv gebliebene Artikel soll nur ein Anfang der Diskussion über die Krankenpflegeausbildung im „Demokratischen Gesundheitswesen“ sein. Er soll andere Pflegeschüler(innen), examiniertes Pflegepersonal, Unterrichtsschwestern und -pfleger und Dozenten zu umfassender Kritik anregen. Darum schreibt uns über Eure Erfahrungen!
E. F. und G. B. (Bonn)

Ausbildungsgeld

Lernschwestern/Lernpfleger 1979

im 1. Ausbildungsjahr	720,55 DM
im 2. Ausbildungsjahr	806,33 DM
im 3. Ausbildungsjahr	948,16 DM

§ 3

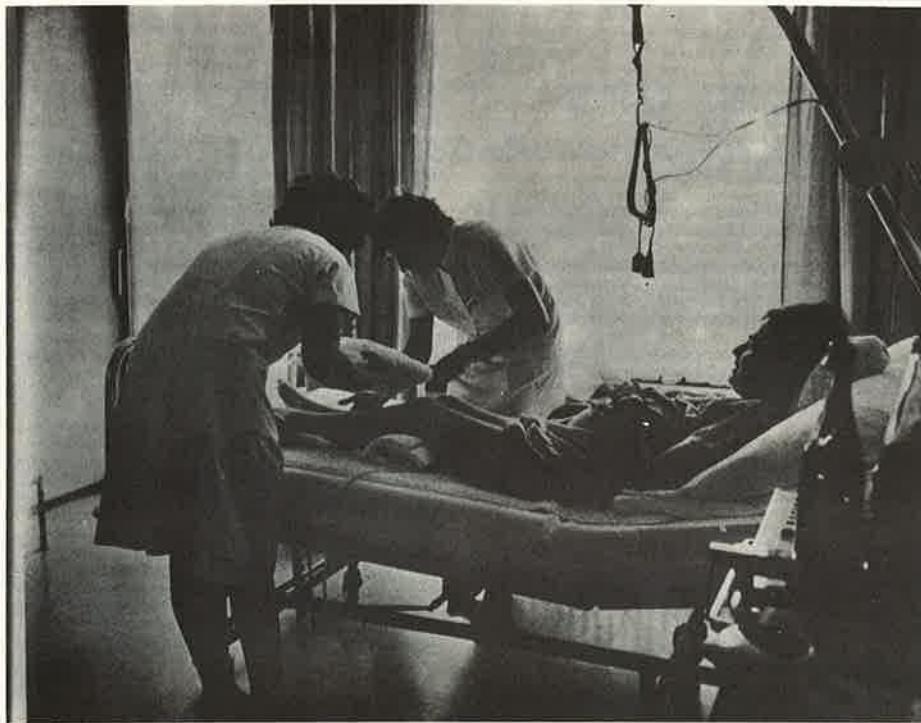
(1) Innerhalb der letzten sechs Monate des Lehrgangs ist dem Schüler für zwei Tage die

selbständige Pflege eines Kranken einschließlich einer Nachtwache zu übertragen.

(2) Die Pflege ist unter Aufsicht des für den Kranken verantwortlichen Arztes oder der für die Pflege der Kranken verantwortlichen Kranken- oder Kinderkrankenschwester durchzuführen. Es ist darauf zu achten, daß dem Schüler die zur Erholung erforderliche Zeit bleibt; insbesondere muß im Anschluß an die Nachtwache eine Erholungszeit von mindestens zehn Stunden gewährt werden. Über die Pflege hat der Schüler einen kurzen, vom verantwortlichen Arzt bestätigten schriftlichen Bericht anzufertigen, der bei der mündlichen Prüfung vorzulegen ist.

Zwischen Schulbank und Krankenbett

Zur Neuordnung des Krankenpflegegesetzes



Das Gesetz zur Regelung der Krankenpflegeausbildung wurde 1957 erlassen und im September 1965 novelliert. Die Ausbildung mußte der zunehmend technisierten Medizin angepaßt werden. Zur Zeit der Novellierung zeichnete sich im Bereich des Pflegedienstes ein Personalmangel ab, ungefähr 40 000 Arbeitskräfte fehlten.

Als Ursachen für diese Mangelsituation in den 60er Jahren wurden genannt:

- Einführung des Schichtdienstes (Da das Personal nicht mehr den ganzen Tag auf der Station ist, werden mehr Pflegekräfte benötigt.)
- Angleichung der Arbeitszeit an die des öffentlichen Dienstes und der Wirtschaft (Herabsetzung der Stundenzahl)
- die Fortentwicklung der Medizin (Spezialisierung im Intensiv/Anästhesie- und Funktionsbereich)
- die zu geringe Bezahlung des Pflegepersonals und daraus folgende mangelnde Attraktivität des Berufes (trotz der verantwortlichen Tätigkeit!)
- die wesentlich kürzere Verweildauer der Schwestern im Beruf (immer mehr Schwestern heiraten)

- das vollendete 18. Lebensjahr als Eignungsvoraussetzung für die Ausbildung.

Der Mangel an qualifiziertem Personal war der wesentliche Grund für eine weitere Änderung des Krankenpflegegesetzes, bei der 1968 das Zulassungsalter auf 17 Jahre herabgesetzt wurde.

Eine Übergangsregelung, die auch Volksschülern weiterhin die Ausbildung ermöglicht, wird nochmals verlängert.

Die Maßnahmen zeigten keinen Erfolg, die Personalsituation blieb prekär. Vom Bundessozialministerium wurde deshalb 1969 eine Konzeption entwickelt, um den Personalmangel zu beheben:

- Anwerbung von ausländischen Krankenpflegekräften, besonders aus Thailand und Korea
- Einstellung von Teilzeitkräften (dazu Aufbau von Kindergärten und Kinderkrippen)
- Nochmalige Veränderung des Krankenpflegegesetzes mit dem Ziel, das Zulassungsalter auf 16 Jahre herabzusetzen, sowie durch Einführung eines ersten theoretisch orientierten Ausbildungsjahres die Attraktivität des Berufes zu erhöhen.

In den folgenden Jahren erschien eine große Zahl weiterer Entwürfe und Pläne. Umstritten war vor allem die Übernahme der sechzehnjährigen Schulabgänger in Beruf und Ausbildung wie sie auch vom Wissenschaftsrat und Bildungsrat sowie vom „Figgenplan“ (so genannt nach dem nordrhein-westfälischen Sozialminister) vorgesehen war.

Der daraus hervorgehende Vorschlag, daß die Krankenpflegeausbildung in das allgemeine Schulsystem eingegliedert werden sollte, erhitzte die Diskussion noch weiter.

Im folgenden wurde immer weniger von Mangelsituation oder Verbesserung der Ausbildung gesprochen; in den Vordergrund rückte die Finanzierung. Die Kosten im Krankenhausbereich sollten gesenkt werden. Dazu wurde mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972 die Vorschrift erlassen, daß die Kosten der Ausbildung nur noch bis 31. 12. 1981 über den Pflegesatz getragen werden. Wer sie danach bezahlt, ist bis heute nicht eindeutig geklärt, obwohl seit 1972 eine gesetzliche Neuregelung angestrebt wird.

Die Gesetzesvorlagen schlugen anfänglich eine schulische Berufsausbildung vor, die durch Bundesausbildungsförderungsmittel finanziert werden sollte.

Ferner war ein gemeinsames Grundbildungsjahr für Krankenschwestern, Krankenpfleger, Kinderkrankenschwestern und Hebammen vorgesehen, an das sich eine zweijährige praktische Berufsausbildung anschließen sollte.

Der 1978 vom Bundestag beschlossene Gesetzentwurf sieht hingegen für die Krankenpflege eine betriebliche Ausbildung vor. Damit findet das Berufsbildungsgesetz (BBiG) teilweise Anwendung.

Nur ans Geld gedacht

Auffällig in der gesamten Gesetzesentwicklung und Verfahrensweise ist, daß es nicht um qualitative Verbesserungen, also praxisrelevante, pädagogische

Fortsetzung auf Seite 38

Werbung & Wahrheit

Ergenyl zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms?

Die Firma Labaz empfiehlt mit Ergenyl einen „neuen Kurs“ zur Behandlung der Entzugssymptome bei Alkoholikern. In den letzten Monaten begann die Werbekampagne, und damit der Kampf um Marktanteile. Die schwedische Firma Astra beherrscht bisher mit ihrem Präparat „Distraneurin“ diesen Markt alleine – bei zwei Millionen Alkoholikern in der BRD ein profiträchtiges Geschäft!

Ergenyl – ein bewährtes Mittel zur Behandlung der Epilepsie – soll nun für Konkurrenz sorgen. Die Labaz-GmbH, Tochterfirma einer französischen Gesellschaft, wagte diesen Vorstoß bisher nur in der BRD. In keinem anderen Land ist Ergenyl zur Behandlung des Alkoholentzugssyndroms zugelassen. Wohl zu recht, denn es mehren sich die Hinweise, daß der Wirkstoff in Ergenyl leberschädigend sein kann; eine für einen Alkoholiker mit in der Regel vorgesägarter Leber vielleicht verhängnisvolle Nebenwirkung.

Die Firma läßt es sich einiges kosten, diesen Verdacht zu entkräften. Im September lud sie Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen in ein Düsseldorfer Luxushotel, wo Ihnen von einem ausgesuchten Wissenschaftler bei fürstlicher Bewirtung die Unbedenklichkeit des Präparates beschrieben wurde.

In seltenen Fällen – so der Referent – sei es zu Haarausfall gekommen. Es blieb der nachfolgenden Diskussion vorbehalten, auf die mögliche leberschädigende Wirkung einzugehen. Erst daraufhin wurde dann empfohlen, die Leberfunktion regelmäßig zu überprüfen. Diesen Hinweis sucht man vergebens im Anzeigentext. Die amerikanische Gesundheitsbehörde schreibt solche Kontrollen seit langem vor.

Im Mai dieses Jahres machte das „arznei-telegramm“ auf die mögliche leberschädigende Wirkung der Valproinsäure (= Wirkstoff in Ergenyl) aufmerksam (1). Hingewiesen wurde auf 6 Fälle aus Großbritannien. Fünf dieser Patienten starben an einem Leberversagen. Allerdings hatten vier dieser Patienten außer Ergenyl noch andere Medikamente erhalten (2, 3). Aus Cincinnati/USA kommen zwei weitere Fällschilde-

rungen eines 5 Jahre und eines 11 Jahre alten Jungen, die beide in kurzem zeitlichen Zusammenhang nach der Gabe von Valproinsäure an akutem Leberversagen starben (4). Auch eine Studie aus Minneapolis zeigte bei 27 von 42 Patienten einen verringerteren Fibronogenspiegel (Gerinnungsstoff, der in der Leber gebildet wird) in Abhängigkeit von der Valproinsäuredosis. Andere häufige Laborbefunde waren: Hypoalbuminämie (Eiweiß, das in der Leber gebildet wird) 33%, SGOT-(Leberenzym-) Anstieg 30%. Die Autoren fassen ihre Erfahrungen so zusammen, daß die Häufigkeit von Leberschädigungen größer ist als vorher berichtet (5), auch wenn es bei der Epilepsiebehandlung als relativ sicheres Arzneimittel angesehen wird.

Zu kritisieren bleibt, daß dem Allgemeinpraktiker ein Medikament mit einer neuen Indikation an die Hand gegeben



wird, bevor die Unbedenklichkeit in umfangreichen wissenschaftlichen Untersuchungen nachgewiesen ist. Im Kampf um Marktanteile bleibt die Arzneimittelsicherheit auf der Strecke.

Quellen

- (1) arznei-telegramm 5/79, 41.
- (2) Med. Lett. Drugs Ther. 19, 93–94, 1977.
- (3) Donat et al., Neurology 29, 273–274, 1979.
- (4) Suchy et al., New Engl. J. Med. 300, 962–966, 1979.
- (5) Sussman et al., Neurology 29, 601, 1979.



WENIGER BEREITSCHAFTSDIENSTE:

– mehr Sicherheit für den Patienten!

– mehr Freizeit für den Beschäftigten!

Interview mit Gerhard Limbrock

Kinderarzt im Allgemeinen Krankenhaus Heidberg in Hamburg

Mitten in die Presseberichte über eine angeblich bevorstehende „Ärzteschwemme“ platzten die Nachrichten von den Arbeitsgerichtsprozessen zweier Hamburger Ärzte gegen die Überbelastung durch Bereitschaftsdienste. Was für die Beschäftigten im Krankenhaus täglich Brot ist, kam für die breite Öffentlichkeit doch recht überraschend ans Tageslicht: daß nämlich im Krankenhaus die verschiedenen Berufsgruppen unter Arbeitsbedingungen zu leiden haben, die für viele unvorstellbar sind. Daß die 40-Stunden-Woche hier nur auf dem Papier steht.

DG will mit dem folgenden Interview mit Ziel und Inhalt des Prozesses bekanntmachen, den G. Limbrock in Hamburg mit Unterstützung der ÖTV führt.

Im erstinstanzlichen Urteil vom 31. 1. 1979 errang G. Limbrock einen ersten Erfolg, inzwischen fand am 3. Oktober 1979 die Revisionsverhandlung vor dem Landesarbeitsgericht statt.

Auf das Ergebnis dieser Verhandlung konnte das Interview nicht mehr eingehen.

DG: Kollege Limbrock, kannst Du unseren Lesern den augenblicklichen Stand Deiner Klage gegen die Gesundheitsbehörde der Hansestadt Hamburg darstellen?

Gerd Limbrock: Das erstinstanzliche Urteil vom 31. 1. 1979 hat uns in allen Punkten Recht gegeben. Das Gericht hat festgestellt, daß ein Arzt am nächsten Tag nach einem Tag- und Nacht-Dienst nach Hause gehen muß und nur 4mal im Monat Dienst zu machen braucht. Jetzt hat die Gesundheitsbehörde Berufung eingelegt. Der Termin vor dem Landesarbeitsgericht ist am 3. Oktober. (Siehe Kasten: Letzte Meldung)

DG: Verhältst Du Dich jetzt entsprechend dem Tenor des Urteils oder legt Dir der Arbeitgeber Steine in den Weg?

G. L.: Ich kann mich natürlich erst dann entsprechend dem Urteil verhalten, wenn es rechtskräftig ist und entsprechende Stellenvermehrung erfolgt ist. Das ist bisher nicht geschehen. Die Gesundheitsbehörde will das dazu notwendige Geld sparen und hat ja Berufung eingelegt, damit das Urteil keine Auswirkungen hat.

DG: Hat das Urteil des Arbeitsgerichts Hamburg vom 31. 1. 1979 über die Grenzen Hamburgs hinaus grundsätzliche Bedeutung?

G. L.: Ja, auf jeden Fall. Erstens hat es weiteren Widerstand gegen die Bereitschaftsdienste angespornt. Es bestand ja schon lange eine Unzufriedenheit mit dieser Dienstüberlastung. Zweitens hat es auch juristisch große Bedeutung, weil jetzt zum ersten Mal in der Geschichte der Krankenhausarbeit überhaupt die Arbeitszeitordnung (AZO) auch auf Ärzte angewandt wurde. Bis her galten Urteile des Bundesarbeitsgerichts von 1960 und 1961, wonach aus Gründen der Ethik die Ärzte nicht unter dieses Gesetz fallen, sondern dem Arzt eine Opferhaltung 24 Stunden rund um die Uhr zugemutet wird. Das Arbeitsgericht Hamburg hat diese Begründung gekippt, indem es feststellte, daß sowohl Schäden für den Patienten als auch für den Arzt die Folge sind, wenn solche langen Arbeitszeiten vorgeschrieben sind.

DG: Gibt es Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Deinem Verfahren und dem des Hamburger Kollegen Junghans in Ziel und Verfahrensstand?

G. L.: Ja, beides. Der Kollege Junghans hat die erste Klage im November 1976 eingereicht, als Einzelkämpfer. Vorausgegangen war allerdings ein Konflikt in der Heidberger Chirurgie. Hier war die Zahl der Ärzte halbiert worden, wodurch sich die Zahl der Dienste drastisch erhöhte. Dagegen hatten sich fast alle Kollegen gewehrt, nur den Schritt vors Gericht hat er allein getan. Er hat in der ersten Instanz Recht bekommen – so ge-

sehen ist er der Initiator der jüngsten Arbeitsgerichtsverfahren. Schon vorher gab es Bemühungen in der ÖTV Hamburg, sich gegen die „Bereitschaftsdienste“ und vor allem gegen die Herabstufung der Dienste durch die Gesundheitsbehörde zu wehren. In mehreren solcher Konflikte war auch die Rechtsabteilung der ÖTV eingeschaltet, alles bewegte sich jedoch noch im Rahmen der Sonderregelung 2 c BAT, da die AZO nun einmal nicht für Ärzte gälte. Wir informierten uns jedoch weiter und fanden – im Gegensatz zu Junghans – heraus, daß nur die Anwendung der AZO uns zu allgemeingültigen Beschränkungen der Höchstarbeitszeit verhelfen könnte. In diesem Arbeitskreis der ÖTV haben wir dann den Prozeß vorbereitet. Da sich zunächst nicht mehrere Kläger fanden, habe ich ihn dann im August 1978 begonnen, weil ich persönlich sehr unter diesen Diensten gelitten habe.

Der Unterschied im Prozeßziel besteht vor allem darin, daß Junghans nur die Diensthäufigkeit auf 4mal im Monat beschränken lassen will, nicht aber die 32-Stunden-Dienste unterbinden, also Freizeitausgleich am nächsten Tag durchsetzen will. Er hat seine Klage vor allem mit dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit begründet und weiteren sehr dehnbaren Rechtsvorschriften, denen die ersten beiden Arbeitsgerichtsinstanzen auch gefolgt sind, während sie die Anwendung der AZO erneut abgelehnt haben. Die AZO war – ebenso wie der Begriff Arbeitsbereitschaft – in seiner Klage nur nebenbei erwähnt, ja, von seinem Anwalt vor der Urteilsverkündung ausdrücklich verworfen worden. Also war kein allgemeingültiges Urteil zu erwarten.

Das zweitinstanzliche Urteil schreibt den Krankenhäusern eine Einzelfallprüfung bei der Ausschöpfung der maximal 8 Dienste – nach BAT SR 2 c – vor und stellt für die Abteilung von Koll. Junghans fest, daß nur 4 Dienste zumutbar sind. Mehr nicht. Die Behörde hat trotzdem Revision eingelegt. Das Bundesarbeitsgericht wird sich erst Ende 1981 damit beschäftigen. Es wird dann seit 1961 zum 1. Mal wieder über die Anwendung der AZO auf die Krankenhaus-

arbeit mitentschieden werden müssen. Aller Voraussicht nach negativ, weil wieder die Klagebegründung noch die Verhandlungen oder die vorinstanzlichen Urteile das BAG zu einer Änderung seiner früheren Urteile drängen.

Das läuft bei uns grundsätzlich anders. Wir bringen in die II. Instanz soviel Material über die Art der ärztlichen Arbeit ein wie nur möglich, um zu zeigen, daß die alte Begründung des BAG für die Herausnahme der Ärzte aus der AZO nicht mehr zutrifft.

DG: Wird der Kollege Junghans vom Marburger Bund unterstützt?

G. L.: Der Marburger Bund hat sich mit Unterstützung erst am Ende des zweitinstanzlichen Verfahrens eingeschaltet. Vorher war verbale Unterstützung – teils nicht einmal öffentlich – das einzige, was man sich abringen konnte. Der Hamburger Landesverband steht auch mit seiner Unterstützung relativ isoliert in der Bundesorganisation da, was man an der Jahreshauptversammlung mit ihren Beschlüssen und dem Protokoll ablesen kann. Man hat sich vor allem sehr halbherzig hinter die Forderung nach 4 Diensten gestellt.

DG: Kannst Du uns die Bedeutung der Arbeitszeitordnung und ihrer Anerkennung im Urteil erläutern?

G. L.: Die Arbeitszeitordnung wurde nach einigen kaum nennenswerten Vorfällen 1938 neu gefaßt. Damals wurden faschistische Bestimmungen und Begriffe wie „Gefolgschaftsmitglieder“ oder „Betriebsführer“ aufgenommen. Nach § 1 gilt die AZO für alle Arbeitnehmer mit einigen genau angegebenen Ausnahmen. Auch das Krankenpflegepersonal ist ausgenommen, weil dafür eine Verordnung aus dem Jahre 1924 gilt. Diese ist noch schlechter als die AZO. Es ist erklärt Ziel der ÖTV, diese Verordnung für ungültig erklären zu lassen: Kläger werden gesucht! Die Ärzte sind aber aus der AZO nicht ausgenommen und deshalb muß nach unserer Auffassung auch die gesetzliche Höchstarbeitszeit eingehalten werden. So werden z. B. Kraftfahrer gesetzlich gezwungen, nach 8 Stunden – verlängerbar auf 10 Stunden – eine Ruhezeit einzulegen. Diese Ruhezeit muß mindestens 11 Stunden betragen.

Die Arbeitszeit kann durch Tarifordnung über die 8 Stunden hinaus verlängert werden. Diese beiden Bestimmungen haben wir zur Grundlage unseres Verfahrens gemacht und sind der Meinung, daß die tägliche Arbeitszeit über 8 Stunden hinaus höchstens auf die 24 Stunden eines Tages verlängert werden kann, dann muß die vorgeschriebene Ruhepause von 11 Stunden eintreten. Die AZO hat leider mehr Lücken als wirksame Bestimmungen, deshalb gibt

es schon lange gewerkschaftliche Forderungen nach grundsätzlicher Novellierung der AZO. Bei Anwendung der jetzigen Bestimmungen der AZO gibt es mehrere Auslegungsmöglichkeiten: eine habe ich eben als unsere Prozeßgrundlage er erwähnt. Sie bedeutet, daß nach § 7,2 AZO die Verlängerung der täglichen Arbeitszeit durch Tarifordnung möglich ist, also höchstens auf einen 24-Stunden-Tag.

Nach § 10 AZO – Ruhezeit von 11 Stunden nach der täglichen Arbeit – könnte

eine Anspannung bedeuten. Außerdem eine Einschränkung der Freizügigkeit durch erzwungenen Aufenthalt im Krankenhaus und das Bewußtsein, du kannst jederzeit zu einer schlimmen Situation gerufen werden. Und nach dem Einsatz bist Du auch nicht entspannt wie in der Freizeit. Den Tatbestand der Anspannung zwischen den Einsätzen beschreibt das Wort „Arbeitsbereitschaft“. Dieser Begriff ist in der AZO enthalten. Das Reichsarbeitsgericht hat 1940 zwei Formen der Arbeitsbereit-



man auch der Auffassung sein, daß die 11 Stunden innerhalb der 24 Stunden eines Tages liegen müssen. Dann resultiert eine maximale tägliche Arbeitszeit von 24 weniger 11 = 13 Stunden. Diese Auffassung vertritt das Arbeitsgericht Hamburg im Januar-Urteil. Wir sind damit nicht ganz zufrieden, weil damit die Frage „Arbeitsbereitschaft“ umgangen wurde und nur die Einsatzzeiten im Bereitschaftsdienst als Arbeit gerechnet wurden, der Rest aber als Freizeit.

DG: Was bedeutet nach Deiner Auffassung „Arbeitsbereitschaft“ im Unterschied zum „Bereitschaftsdienst“?

G. L.: Bereitschaftsdienst ist nach der heutigen rechtlichen und praktischen Regelung „Nichtarbeit“, die ab und zu von Arbeitseinsätzen unterbrochen wird. Bereitschaftsdienst ist in der AZO nicht erwähnt und wird von den Krankenhausträgern als Freizeit angesehen, z. B. mit der Folge, daß die Personalräte nicht mitbestimmungsberechtigt sind. Das ist natürlich Unsinn! Jeder, der Bereitschaftsdienst im Krankenhaus macht, weiß, daß nicht nur die Einsätze, die man nach Minuten und Stunden auf- listen und zusammenrechnen kann, sondern auch die einsatzfreien Zeiten

schaft unterschieden: die Form der geistigen Anspannung z. B. bei der Überwachung von Geräten mit Einsätzen bei Störungen und die zweite Form der bloßen körperlichen Anwesenheit mit der Möglichkeit des jederzeitigen Einsatzes. Das Bundesarbeitsgericht hat 1960 diese – mindere – Form der Arbeitsbereitschaft mit „Bereitschaftsdienst“ definiert, und die Tarifvertragsparteien haben dann Sonderregelungen zum BAT gemacht, die nur die Einsatzzeiten werden. Allerdings werden bei genauerem Hinsehen nicht nur die Einsatzzeiten, z. B. in der Stufe D zwischen 40 und 49% bewertet, sondern man setzt für diese Stufe fiktiv 55% fest und entsprechend weniger in den Stufen A bis C. Also haben auch die Tarifvertragsparteien die Dienste nicht als bloße Summe der Einsatzzeiten angesehen. Dazu kam 1971 der Freizügigkeitsausgleich. Es war vor allem die Politik der DAG und des Marburger Bundes, möglichst viel Geld für Einsatzzeiten und als Freizügigkeitsausgleich herauszuholen; leider hat sich die ÖTV nie deutlich genug anders geäußert. Das wird sich jetzt hoffentlich ändern. Wir wollen erreichen, daß der Bereitschaftsdienst grundsätzlich neu bewertet wird und daß von der

Fiktion der „Nichtarbeit“ in den einsatzfreien Zeiten abgegangen wird.

DG: Siehst Du die Gefahr, daß Dein Prozeß vom Arbeitgeber als individuelles Problem angesehen wird und allgemeine Konsequenzen z. B. Stellenvermehrung ausbleiben?

G. L.: Diese Gefahr ist noch immer da. Zu Anfang des Verfahrens äußerte die Behörde öffentlich: hier handelt es sich um „Profilierungssucht“ und nicht um die Meinung aller Kollegen. Zwar ist diese Unterstellung längst widerlegt, jedoch handelt es sich eben juristisch um ein individuelles Verfahren. Wir wollen dem dadurch entgegenwirken, daß die AZO zur Begründung herangezogen wird, die für alle gilt und indem wir weitere Kollegen und Personalräte zu Klagen bewegen.

DG: Gibt es nach Deinen Informationen weitere Prozesse?

G. L.: Ja, der nächste Prozeß ist der von 8 Kinderärzten des Ceciliengymnasiums in Hannover, die bereits einen ersten Termin hinter sich haben. Diese Kollegen wollen statt des Bereitschaftsdienstes im Schichtdienst arbeiten mit einer maximalen Länge von 10 Stunden. In der ersten Instanz werden sie wahrscheinlich Erfolg haben. Der Arbeitgeber hat folgenden Schachzug gestartet: er hat statt eines Dienstes zwei pro Nacht angeordnet, damit die Belastung sinkt und kein Schichtdienst gerechtfertigt erscheint. Allerdings steigt damit die Zahl der Dienste auf das Doppelte.

Der nächste Prozeß wird von 5 Narkoseärzten aus dem Krankenhaus Wandsbek in Hamburg geführt, die ebenfalls auf Einrichtung eines Schichtdienstes klagen. Sie haben seit Ende 1976 nachgewiesen, daß ihre Belastung im Bereitschaftsdienst über 50% liegt, und haben bei der Behörde Schichtdienst beantragt. Obwohl bei dieser Belastung laut BAT Schichtdienst angeordnet werden muß, hat die Behörde nicht ausreichend reagiert, die Klage war also überfällig.

Die dritte Klage wurde in Berlin von einem Internisten der FU Berlin erhoben. Die Klage zielt auf Arbeitsbereitschaft statt Bereitschaftsdienst ab. Außerdem ist dort von allen Ärzten schriftlich die Verantwortung für diese Art Bereitschaftsdienst zurückgewiesen worden. Das Pflegepersonal hat ebenfalls in einem Solidaritätsschreiben auf die unzumutbare Verantwortung hingewiesen, die auf einem übernächtigten Arzt lastet.

DG: Im Gespräch mit Kollegen hört man immer wieder, auch sie würden gerne weniger Dienste pro Monat machen; gleichzeitig äußern sie die Befürchtung,

daß die Ausbildung zu kurz komme oder sie finanzielle Einbußen hinnehmen müßten. Sind diese Befürchtungen berechtigt?



G. L.: Zur Ausbildung muß man feststellen, daß diese vor allem am Tage in der normalen Arbeitszeit erfolgen sollte; die Behauptung, man könne überwiegend nachts ausgebildet werden, kann ich nur als zynisch bezeichnen. Natürlich sind Entscheidungssituationen während der Nachtdienste wichtig, aber sie müssen auf einer vernünftigen Ausbildung in der normalen Arbeitszeit basieren. Trotzdem muß man diesen Einwand, der vor allem von Kollegen aus operativen Fächern erhoben wird, ernst nehmen. Diese Kollegen haben Angst, daß der OP-Katalog nicht voll wird. Die Ursache dafür ist aber in erster Linie, daß z. Zt. die Operationen nicht nach dem Stand der Ausbildung verteilt wer-



den, sondern Gutdünken, Launen und willkürliche Einsätze durch Ober- oder Chefärzte eine große Rolle spielen. Wir haben am Beispiel einer Chirurg. Abteilung eines Hamburger Krankenhauses dieses Problem einmal durchgerechnet. Wir haben dabei festgestellt, daß die Gesamtzahl der Eingriffe bei gerechter und ausbildungsentsprechender Verteilung durchaus zur alleinigen Ausbildung im Tagdienst ausreicht.

Die interessierte Öffentlichkeit nimmt aber auch mit Schrecken zur Kenntnis, daß operativ tätige Ärzte ihren „Katalog“ nachts „füllen“ wollen. Dieses Argument kann niemand ernsthaft aufrechterhalten.

Die finanziellen Einbußen würden sich bei der Durchsetzung unserer Forderungen in geringen Grenzen halten,

wenn die Bereitschaftsdienste als Arbeitsbereitschaft betrachtet werden. Denn Arbeitsbereitschaft wird nach der AZO als Mehrarbeit vergütet, gilt als Arbeitszeit, auf die Nacht- und Feiertagszuschläge entfallen, die zu diesen Zeiten auch steuerfrei sind – im Gegensatz zum Bereitschaftsdienst. Man macht z. B. eine 16stündige Arbeitsbereitschaft nach einem Tagesdienst und geht danach nach Hause. Dann könnten neben diesen 8 Stunden Freizeitabgeltung die restlichen 8 Stunden bezahlt werden. Allerdings sollten bei besonders hohen Anforderungen (z. B. Intensivstationen) die Arbeitsbereitschaften kürzer sein, z. B. 10 oder 12 Stunden. Dann würde mehr in Freizeit und weniger in Geld abgegolten. Die „Einbuße“ wird sich nach unseren Berechnungen je nach Familienstand, Steuerklasse usw. bei einem Viertel bis einem Drittel der Bereitschaftsdienstbezahlung bewegen. Sie wird um so geringer sein, je häufiger die Dienste vorher waren, weil dann durch die Steuerprogression besonders viel wegfiel.

DG: Nun hat ja gerade der Patient einen Anspruch darauf, daß die Sicherheit der ärztlichen Arbeit nicht durch überlange und häufige Dienste beeinträchtigt wird. Welche Rolle spielt dieser Gesichtspunkt „Sicherheit für den Patienten“ in Deinem Verfahren?

G. L.: Das erhebliche öffentliche und auch gewerkschaftliche Interesse ist natürlich durch die Bekanntgabe der Arbeitsverhältnisse im Krankenhaus mit diesen Diensten entstanden. Nur wenige Patienten konnten sich bisher vorstellen, daß nach einem normalen Tagdienst und einem 16-Stunden-Nacht- dienst am nächsten Morgen immer noch der gleiche Doktor im Dienst war. Das große Interesse der Versicherten an diesem Problem wird z. B. daran deutlich, daß der Hamburger Landesverband der Ortskrankenkassen erklärt hat, er sei bereit, vor einer endgültigen Verurteilung des Krankenhausträgers neue Arztstellen in den Pflegesatz aufzunehmen und damit den Abbau der Dienstzahlen zu ermöglichen. Leider ist jedoch durch die Gesundheitsbehörde bis Mitte 1979 nichts realisiert worden. Die Gefährdung der Patienten ist auch durch das Urteil des Oberlandesgerichts München vom 20. Dezember 1978 (siehe unter Rubrik „Urteile“) unterstrichen worden. Dabei ging es um die Frage, ob ein Arzt nachts um 3 Uhr in seiner 19. Arbeitsstunde einen Herzinfarkt schuldhaft übersehen hatte. Das Gericht hat festgestellt, daß ein Teil der Schuld den Träger treffen würde, weil er solche überlangen Dienste angeordnet hat. Wir bringen in unserem Prozeß ebenfalls Beispiele für Patientengefährdung, die natürlich von der Gesundheitsbehörde vollständig abgestritten wird.

DG: Welche Initiativen gibt es auf dem gewerkschaftlichen Sektor zur Änderung der Bereitschaftsdienstsituation, speziell zur Änderung der BAT-Sonderregelungen?

G. L.: Die Sonderregelungen 1 a und 2 c können frühestens zum 30. September 1980 gekündigt werden. Das hat die ÖTV vor. Entsprechende Beschlüsse sind mit ziemlicher Sicherheit für die nächste Zeit zu erwarten. In der ÖTV wird in einem berufsgruppenübergreifenden Arbeitskreis auf Bundesebene ein Vorschlag für die Tarifverhandlungen ausgearbeitet, der hoffentlich zum Termin der Kündigung rechtzeitig vorliegen wird. Außerdem soll sich der Gewerkschaftstag 1980 damit beschäftigen.

DG: Zum Abschluß die Frage nach weiteren auch juristischen Möglichkeiten des Kampfes gegen die jetzige Form der Bereitschaftsdienste?

G. L.: Auch in meinem Prozeß besteht die Gefahr, daß durch gezielte Stellenvermehrungen der Arbeitsplatz so verändert wird, daß das Rechtsschutzbedürfnis nach Ansicht des Gerichts nicht mehr gegeben ist. Das Arbeitsgericht entscheidet eben immer nur für den oder die einzelnen Kläger und zum konkreten Fall. Der juristische Weg ist für uns bei weitem nicht der einzige, jedoch in der gegenwärtigen Situation ein sehr wichtiger. Eine weitere Möglichkeit ergibt sich über den Verwaltungsgerichtsweg für Personalräte: diese können sich dazu entschließen, die Bereitschaftsdienste ebenfalls als Arbeitsbereitschaft anzusehen und sie damit für mitbestimmungspflichtig zu erklären.

Im Verwaltungsgerichtsverfahren ist die Gefahr der Individualisierung ausgeschaltet, auch die Abhängigkeit des Verfahrens vom Bestehen des konkreten Arbeitsverhältnisses. Die zivil- und strafrechtliche Seite des Problems spiegelt sich in dem Urteil des OLG München wieder und veranlaßt z. B. die Berliner Kollegen zu ihrem Brief an den Krankenhausträger, in dem sie die Verantwortung für alle aus Übermüdung resultierenden Verletzungs- und Todesfolgen von sich weisen, so lange die Bereitschaftsdienste wie bisher angeordnet werden. Sonst würden sie ein „Übernahmeverschulden“ auf sich nehmen, das z. B. in einem Strafverfahren voll zu ihren Lasten ginge. Eng mit den juristischen Schritten hängt immer die gewerkschaftliche und Öffentlichkeitsarbeit zusammen; auch hier versuchen wir, durch Informationsaustausch ein Motor zu sein.

DG: Kollege Limrock, wir danken Dir für dieses Gespräch und wünschen Dir und Deiner Sache weiterhin viel Erfolg.

Letzte Meldung

Bei der Berufungsverhandlung vor dem Landesarbeitsgericht Hamburg wollte die Gesundheitsbehörde auf eine grundsätzliche juristische Klärung (Anwendung der AZO, Arbeitsbereitschaft oder Bereitschaftsdienst) ohne Würdigung der Tatsachenbehauptungen von G. Limrock verzichten. Diese ist jedoch nach dessen Ansicht unerlässlich. Er hat in der Berufungserwiderung ausführlich die Art der Tätigkeiten im Bereitschaftsdienst erläutert, die eine Entspannung in den arbeitsablaufbedingten Wartezeiten des Dienstes verhindert. Es wurde auf die psychische und physische Belastung der Einsätze und auf den hohen Anteil von vorhersehbaren Routinearbeiten neben unvorhersehbaren Arbeiten (Notfälle) hingewiesen. Auch typische Pflichtenkollisionen und die Gefahr von Regreßansprüchen durch drohende Behandlungsfehler bei Übermüdung wurden dargestellt.

Das Landesarbeitsgericht deutete an, daß es die Anwendung der AZO im Gegensatz zum BAG 190/61 für notwendig hält. Die Würdigung der Tatsachen soll Gegenstand der nächsten Verhandlung am 27. 2. 1980 sein.

Informationen für Klagewillige bei:

Gerhard Limrock, Grindelallee 34, 2000 Hamburg 13
RA Jürgen Ohlmann, Ballindamm 17, 2000 Hamburg 1
Ulrich Kütz, Georg-Gröning-Str. 148, 2800 Bremen 1
Constanze Jacobowski, Kaiserdamm 6, 1000 Berlin 19
Inge Zeller, Neuer Graben 73, 4600 Dortmund 1
Rüdiger Brand, Niebuhrstr. 77, 1000 Berlin 12
Heiner Becker, Günterstr. 81, 3000 Hannover 81

Angst vor dem Krankenhaus hat zugenommen

Heute hat jeder zweite Bundesbürger Angst vor einem Krankenhausaufenthalt. Das Ansehen unserer Krankenhäuser hat damit weiter abgenommen. 1970 waren es 43% aller Befragten, die sich gegenüber dem Institut für Demoskopie in Allensbach in dieser Form äußerten.

Jetzt wurde die zweite Umfrage des Instituts veröffentlicht. Besonders verstärkt hat sich danach das Gefühl der „Machtlosigkeit“ gegenüber dem Krankenhaus, was 45% der Befragten bejahten. Aber auch die Ansicht, daß die Ärzte immer weniger Zeit für den einzelnen Patienten haben, wird zunehmend geäußert, jetzt bereits von 68%. Wachsende Verärgerung löst das frühe Wecken der Patienten aus, zum Teil bereits schon um 3 Uhr morgens. 50% sind hiermit unzufrieden.

Nur 52% der Befragten bezeichneten das Essen als gut, und die Ansicht, unsere Krankenhäuser seien „meist überbelegt“, wird von 42(!)% geäußert.

Aufruf zum Gruppenpraxis-Treff

Im Januar oder Februar 1980 will der Arbeitskreis „Alternative Medizin“ in der Basisgruppe Ulm ein Treffen veranstalten, auf dem die bereits zahlreich bestehenden örtlichen Praxis-Initiativen zu einem Erfahrungsaustausch zusammengeführt werden sollen.

Als Themen für die Diskussion sind u. a. vorgeschlagen:

1. Alternative Medizin in der Gruppenpraxis/Gesundheitszentrum
2. Der politische Anspruch
3. Die praktische Planung, rechtliche Konstruktion, finanzielle Lösung
4. Die persönlichen Beziehungen untereinander

Es können weitere Vorschläge unterbreitet werden.

Kontaktadresse:

Benno Schwilk
Schleichtalweg 8 Tel.: 07344/68 74
7902 Erstetten oder: 0731/7 34 81

Nachrichten

Anhaltszahlen für Intensivstationen

Die Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI), ein Zusammenschluß verschiedener Fachgesellschaften, hat sich zu den Anhaltszahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) von 1969 und ihrer Bedeutung für die Intensivmedizin geäußert. Sie nahm dabei Bezug auf den Beschuß der Gesundheitsministerkonferenz vom 3. 11. 1978, die erklärt hatte, die Anhaltszahlen von 1969 seien nur „als Näherungswerte und Orientierungshilfen anzusehen und die durch die medizinische Entwicklung bedingten Änderungen des Personalbedarfs“ zu berücksichtigen. Die DKG sah in ihren „Richtlinien für die Organisation der Intensivmedizin in den Krankenhäusern“ vom 9. 4. 1974 für Intensivüberwachung ein Verhältnis von 1:1, für Intensivbehandlung von 2:1 und bei mehr als 20% Beatmungsfällen 3:1 vor. Die DIVI stellt fest, daß diese Werte vor dem Hintergrund der 40-Stunden-Woche und des verlängerten Urlaubs schon korrigiert werden müßten. Zweitens

wird die Mitternachtsstatistik kritisiert: „Für eine Intensiveinheit gilt nicht der Grundsatz, daß sie möglichst zu 100% belegt ist, sondern daß stets, d. h. zu jeder Tages- und Nachtzeit, aufnahmefähig sein muß. Aufnahmefähig bedeutet aber nicht nur das Vorhalten freier Betten, sondern auch das Vorhalten des hierfür erforderlichen Pflegepersonals.“ Ihre eigenen Forderungen und Vorschläge leitet die DIVI mit folgender Feststellung ein: „Für den unbedingt benötigten Bedarf an Intensivbetten muß die personelle Besetzung so ausgelegt sein, daß die Versorgung der vital gefährdeten Patienten nach dem Standard der heutigen medizinischen Erkenntnisse und Möglichkeiten zu jeder Tages- und Nachtzeit und auch bei Spitzenbelastungen unter allen Umständen gewährleistet werden kann.“

Dazu sollen die Anhaltszahlen auf die heutigen Arbeits- und Urlaubszeiten umgerechnet werden; nicht die durchschnittliche Belegung, sondern die Anzahl der aufnahmefähigen Betten soll zur Grundlage der Personalplanung gemacht werden. Hilfs- und Reinigungskräfte sollen zusätzlich in Ansatz gebracht werden. Unter Berücksichtigung der jahresdurchschnittlichen Beatmungsfälle soll folgender Schlüssel gelten:

über 10% Beatmungspatienten:	2,5:1
über 20% Beatmungspatienten:	3:1
über 40% Beatmungspatienten:	4:1
über 60% Beatmungspatienten:	5:1

Akute Hämodialysen und Hämoperfusionspatienten sollen bei dieser Berechnung den beatmeten Patienten gleichgesetzt werden.

DKG: Erheblicher Personalmangel im Krankenpflegebereich

Eine „Untersuchung über den gegenwärtigen und künftigen Bedarf an Krankenpflegepersonen in der Bundesrepublik Deutschland – Krankenpflegeenquete“ erarbeitete die Deutsche Krankenhausgesellschaft im Auftrag des Bundesjugend- und Familienministeriums. Im zusammenfassenden Bericht – der im Ministerium angefordert werden kann – kommt die DKG zu folgenden Ergebnissen: Im Basisjahr 1976 bestand ein Fehlbestand von 48 510 Pflegekräften, 1980 sollen es 25 000 sein, 1995 immer noch 12 500. Ob die DKG mit dieser Studie der Wirklichkeit gerecht wird, ist höchst zweifelhaft.

DG wird in der nächsten Nummer ausführlich über die „Krankenpflegeenquete“ berichten und sie dabei kritisch unter die Lupe nehmen.

Kostendämpfung auf französisch – und was die Franzosen dagegen tun

Die französische Regierung erhöht die Krankenversicherungsbeiträge und senkt die Qualität der medizinischen Versorgung – unbekannt kommt uns Bundesbürgern das nicht vor. So sieht's in unserem Nachbarland konkret aus: Die Etats der Krankenhäuser erhöhen sich dieses Jahr um nur 13% bei einer Inflationsrate von 25%. Es mangelt an allem, von den Thermometern bis zu den Medikamenten, ganz zu schweigen von einer ausreichenden apparativen Ausstattung, die dem medizinischen Fortschritt entspräche.

In Lille sollen Transfusionen eingeschränkt werden, in Paris bestimmte Leberuntersuchungen. Dem medizinischen Hilfspersonal stehen 3000 Entlassungen bevor. Den Patienten wird ein Fünftel der Krankheitskosten nicht zurückgestattet – das führt dazu, daß die Gesundheitsversorgung für den einzelnen zur Geldfrage wird. Ärzte in ärmeren Wohngegenden stellen fest, daß ihre Praxen sich zusehends leeren. Die öffentlichen Krankenhäuser leisten nur noch eine unzureichende Minimalversorgung, wer sich's leisten kann, geht in eine Privatklinik.

Von dieser Gesundheitspolitik sind viele betroffen: Patienten, zukünftige Patienten und die im Gesundheitswesen Beschäftigten. Dies bietet die Möglichkeit für eine gemeinsame Gegenwehr: die Gewerkschaften CGT und CFDT haben für Anfang Oktober zu einer Aktionswoche aufgerufen. Die Ärzte streiken am

23. Oktober. Ein erster Erfolg ist schon errungen: die Kosten für einen Krankenhausaufenthalt werden jetzt vollständig zurückerstattet. Die Beschäftigten des französischen Gesundheitswesens kämpfen nicht nur für dessen Erhalt, sondern auch für seinen Ausbau, der allen, unabhängig vom Geldbeutel, eine ausreichende Versorgung garantiert. So erklärt der demokratische Ärzteverband CSMF:

„Wenn die Versorgung teurer geworden ist, liegt das daran, daß der Fortschritt von Wissenschaft und Technik es gestattet, den Kranken komplizierte diagnostische und therapeutische Verfahren zukommen zu lassen, die man früher nicht kannte. Aufgrund welcher Kriterien kann ein Arzt diesen Fortschritt dem einen oder anderen Kranken verweigern?“

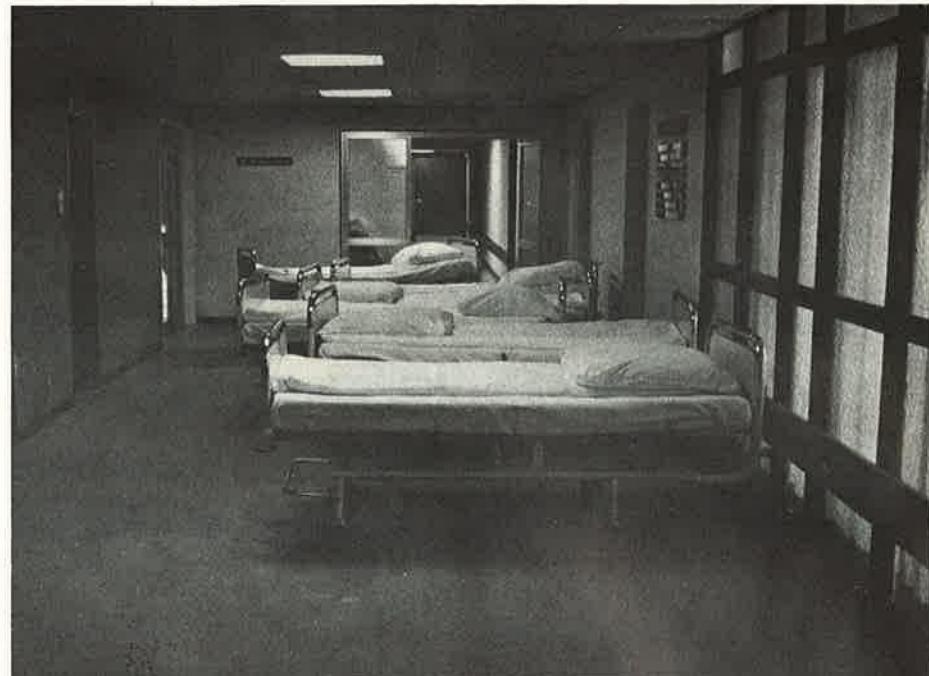
Quelle: *L'Humanité*, 25. Sept. 1979

Farthmann auf dem Flur? Bettenstreichungen in NRW

17 500 Betten in Akutkrankenhäusern gab es – einer Pressemitteilung von Arbeits- und Sozialminister Farthmann vom 24. 8. 1978 zufolge – zuviel, so daß ihre Stilllegung im Zuge der Krankenhausbedarfsplanung bis 1985 ins Auge gefaßt wurde. 3782 Betten wurden bereits in den Jahren 1976 bis 1978 stillgelegt; darauf hin wurden in einigen Städten bereits wieder die berühmt-berüchtigten Betten auf den Krankenhausfluren Wirklichkeit. Ob es in NRW tatsächlich einen „Bettenberg“ gibt oder demnächst – geht es nach den Farthmann'schen Planungen – einen Patientenberg auf den Fluren, dieser Frage ging DG in der folgenden Untersuchung nach.

Anfang der 70er Jahre: Reform euphorie und Ausbau der Krankenhäuser

Nach dem Landeskrankenhausplan für NRW von 1971 gab es am 1. 1. 1970 139 063 Akutbetten in 515 Krankenhäusern im Lande. Ein Ausbau auf 142 000 Betten in 440 Krankenhäusern wurde vorgesehen.¹⁾ Großzügige Krankenhausbau- und Modernisierungsprogramme in einem ersten Stufenplan bis 1974 mit 1,4 Mrd. DM und einem zweiten 1972–1976 mit 1,99 Mrd. DM liefen an. Auf Grund der allgemeinen Finanzsituation mit Einbruch der zyklischen Wirtschaftskrise 1974/75 wurden jedoch alle weiteren Planungen im Jahr 1975 für 2 Jahre gestoppt und im Haushaltsgesetz vom 11. 9. 1975 wurden erhebliche Kürzungen für die Krankenhausfinanzierung von seiten des Bundes vorgesehen.²⁾



Krise 1974/75: Sparprogramme, Bettenberg und Kostendämpfungspolitik

Wachsende Arbeitslosigkeit, Abbau von Sozialleistungen, stärker werdende Forderungen nach „Beschneidung des Wildwuchses“ und Beschränkung des Sozialstaates durch konservative Kräfte in Parteien, Wirtschaft und Verbänden schlügen sich in der Kostendämpfungspolitik mit dem Schwerpunkt Krankenhaus nieder. Zahlreiche Sparprogramme, Personaleinsparung, Stellensperren, Rationalisierungs- und Privatisierungsmaßnahmen waren die Folge. Die These vom „Bettenberg“ machte die Runde. Er geisterte jetzt wie das Ungeheuer von Loch Ness oder der Lehrerberg durch die Presse und die übrigen Medien. Zuletzt noch in der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen und bei der Beratung der Novelle zum Krankenhausfinanzierungsgesetz im Bundestag wurde ein „Bettenberg“ von

50 000 bis 60 000 für das Bundesgebiet von Minister Ehrenberg behauptet. Beweise für die Existenz des Fabelwesens wurden bis heute nicht gebracht.

Ablauf der Krankenhausbedarfsplanung in NRW

Von Anfang 1977 bis September 1978 wurden in den 16 Versorgungsgebieten des Landes NRW Zielplanbesprechungen auf der Grundlage der „Grundsätze für die Krankenhausbedarfsplanung“ durchgeführt.³⁾ Grundlage der Planung ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972, in dessen § 6,3 es heißt: „Bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne und der Programme zur Durchführung des Krankenhausbaus sind die Krankenhausgesellschaft und Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der sonstigen wesentlich Beteiligten im Lande anzuhören. Die Landesregierungen bestim-

men, wer als wesentlich Beteiligter im Sinne des Satzes 1 anzusehen ist.“ Bei der Bestimmung der „wesentlich Beteiligten“ wurden zwar von den Ortskrankenkassen über die Ersatzkassen bis hin zur Ärztekammer alles mit mehr oder weniger Bedeutung berücksichtigt. Die Gewerkschaften mit dem DGB als

Dachorganisation aber und der ÖTV als der „zuständigen“ Gewerkschaft der im Krankenhaus Beschäftigten blieben jedoch bis zum heutigen Tage von der Krankenhausbedarfsplanung ausgeschlossen. Das führte in NRW zum wiederholten Protest der Gewerkschaft ÖTV und der verstärkten Forderung nach Beteiligung an der Krankenhausbedarfsplanung.

Die Bettenbedarfsformel

Nach Durchführung der Zielplanbesprechungen gab es nach den Berechnungen der Landesregierung – unterstützt von den Krankenkassen, abgelehnt von der Krankenhausgesellschaft – in NRW 17 500 Betten zuviel in Akutkrankenhäusern. Auf diese Zahlen war man mit Hilfe der „analytischen Bettenbedarfsformel“ und von Trendberechnungsverfahren gekommen.

Bettenbedarf =

$$\frac{\text{Einwohnerzahl} \times \text{Krankenhaushäufigkeit} \times \text{Verweildauer}}{\text{Bettennutzung} \times 1000 \text{ Einwohner}}$$

In diese Formel wurden die entsprechenden Zahlen aus dem Jahre 1975 eingesetzt. So z. B. die Einwohnerzahl nach der 5. koordinierten Bevölkerungsprognose für 1985 nach dem Stand vom 31. 12. 1975.

Unsicherheit bei den Planungsdaten

Die Bevölkerungszahl ist zwar die noch am ehesten zutreffende Prognosezahl, trotzdem liegen auch hier Unsicherheiten vor: ging man 1970 zunächst für 1980 noch von 17,6 Mio Einwohnern für NRW aus, so werden 5 Jahre später nur noch 16,5 Mio für 1985 für möglich gehalten. Die Krankenhaushäufigkeit auf 1000 Einwohner war 1970 noch mit 136,6 angenommen worden; für 1980 wurde eine Steigerung auf 138,7 prognostiziert, doch lag die Krankenhaushäufigkeit 1975 tatsächlich schon bei 150,15/1000 Einwohner. Für 1985 rechnete man vor den Zielplankonferenzen mit einer Steigerung auf 158,6 im Landesdurchschnitt. Als 1978 dann mit neuen Zahlen – von 1977 – gerechnet wurde, waren bereits in 9 von 16 Versorgungsgebieten der für 1985 angenommene Wert erreicht. Im Landesdurchschnitt mußte der Wert von 158,6 auf 167,55, d. h. um ca. 9 Punkte nach oben korrigiert werden.

Bettennutzung – der schwarze Peter?

Bei der Bettennutzung werden in die Bedarfsformel als Vorgabe 310 Tage = 85% Belegung im Jahresdurchschnitt eingehen. Das Absinken der Bettennutzung von 82,5% (1969) auf 80,9% (1975) mußte im wesentlichen als Begründung des „Bettenberges“ herhalten. Ob veränderte Einweisungspraxis der niedergelassenen Ärzte auch eine Rolle spielte – wie die Krankenhausgesellschaft vermutet – oder ob die wirtschafts- und sozialpolitische Krisensituation eine Rolle spielten, wurde nicht untersucht. In den Jahren 1975–1977 stieg die Bettennutzung jedoch im Landesdurchschnitt wieder auf 82,38% an. Bedenkt man, daß 85%-Belegung heißt: an 310 Tagen 100%ige Belegung und daß hier Werte der sog. „Mitternachtsstatistik“ eingehen, d. h. die arbeitsintensiven Aufnah-

me-, Entlassungs- und Verlegungsarbeiten, daß Urlaub, Feiertage, Krankheit und Fortbildung von pflegerischem und ärztlichem Personal eingerechnet sind, erst dann kann man sich die wirkliche Bedeutung dieser Vorgabe klarmachen.

Verweildauer als Daumenschraube!

Die Verweildauer ist von 17,5 (1971) auf 16,7 Tage (1975) zurückgegangen, ihr weiteres Absinken auf 15,5 Tage, bei den korrigierten Werten von 1977 auf 14,8 Tage gar für 1985 wurde in Ansatz gebracht. Die Landesregierung unterstellt damit ein weiteres Absinken derjenigen Größe, in die die am meisten unerforschten Tatbestände eingehen: Art der Krankheit, Bauzustand des Krankenhauses, Alter der Patienten, Organisation des pflegerischen und ärztlichen Dienstes; vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung möglich oder nicht; Pflegeplätze für chronisch Kranke vorhanden oder nicht; weitere Entwicklung von Arbeits- und Verkehrsunfällen, Organisation der ambulanten und werksärztlichen Versorgung – um nur einige Beispiele zu nennen.

Daß die Verweildauer jedoch im gleichen Ausmaß wie bisher absinken kann, ist sehr unwahrscheinlich. Denn dieser Rückgang wurde trotz erheblichen Per-

sonalabbaus erzielt. Eine weitere Verkürzung würde nicht nur die generelle Einführung von vorstationärer Diagnostik und nachstationärer Behandlung im Krankenhaus erfordern, sondern auch eine erhebliche Personalvermehrung, um die Behandlung intensivieren zu können. Gerade das Gegenteil ist aber die erklärte Absicht der Landesregierung: nämlich der Abbau von Personal.

Wirklicher Bedarf spielt keine Rolle

Zwar jonglierte die Landesregierung in den Zielplanbesprechungen mit Größen wie Altersaufbau der Bevölkerung, Unfallhäufigkeiten, Verkehrsichte, doch spielte der tatsächliche Bedarf an Krankenhausleistungen keine Rolle. Da dieser in weiten Teilen unerforscht ist, wären erhebliche Forschungsarbeiten auf diesem Sektor notwendig, so auf den Gebieten Epidemiologie, Unfallforschung oder Ausarbeitung einer wissenschaftlichen Arbeitsorganisation im Krankenhaus und einer rational begründeten Arbeitsteilung von ambulanter und stationärer Versorgung. Aber auch ganz einfach die Anzahl wartender Patienten, die in einzelnen Disziplinen ganz beträchtlich ist (Herzchirurgie, Orthopädie, Gefäßchirurgie usw.) müßte eigentliche eine Rolle spielen. Nur in einer einzigen Zielplanbesprechung – für das Versorgungsgebiet 9 in Münster – wurden 1½ Jahre Wartezeit für orthopädische Operationen als Beispiel für nicht ausreichende Bettenzahlen genannt.



Arbeitsplätze in Gefahr

Abgesehen von der Verschlechterung der medizinischen Versorgung, die sich aus der Stilllegung von 17 500 Betten in NRW für die Bevölkerung ergeben hätte, sind die Folgen für Arbeits- wie Ausbildungsplätze sehr weitreichend: auf 1000 Betten kommen etwa 1000 Arbeitsplätze, die bei Schließung von Krankenhäusern verloren gehen. In einem Flugblatt an alle Beschäftigten im Krankenhaus schrieb dazu die ÖTV: „Auch aus arbeitsmarktpolitischen Gründen lehnen wir die vorgesehene Verminderung der Bettenkapazitäten ab... Eine Reduzierung um 17 500 Krankenhausbetten würde bedeuten, daß 17 000 Menschen arbeitslos werden und für Jugendliche Aus- und Weiterbildungsplätze verloren gehen. Das kann wohl niemand verantworten.“⁴⁾

Zwar versicherte Minister Farthmann gegenüber der ÖTV, daß die Ausbildungsplätze erhalten bleiben sollen, aber die Wirklichkeit sieht anders aus. Bei Stilllegung oder Zusammenlegung von Krankenhäusern werden auch die Schulkapazitäten der Pflegeschulen vermindert.

Große Koalition der Bettenabbauer?

Die ministeriellen Planungen wurden vor allem unterstützt von den im Düsseldorfer Landtag vertretenen Parteien, aber auch von den Krankenkassenverbänden, letztlich auch von den Vertretern der Ärztekammern und Standesorganisationen, die an den Planungen selten eine andere Kritik übten als die, es würden zu viele kleine und konfessionelle Häuser geschlossen. Alternativen wurden nicht aufgezeigt.

Abgesehen von lokalen Bürgerinitiativen und fortschrittlichen Ärztekammerlisten hat bisher lediglich die Gewerkschaft ÖTV eindeutige und scharfe Kritik an der Krankenhausbedarfsplanung geübt. Besonders in der Gesundheitspolitischen Aktionswoche im Juni 1979 wurde in vielen Städten die Bettenstilllegung zum Thema von Flugblättern und Info-Ständen gemacht. Die Politik der gesetzlichen Krankenkassen ist in diesem Punkt sehr kurzsichtig: Bettenabbau um jeden Preis auf der Basis höchst fragwürdiger Zahlen mag zwar kurzfristig die Gesamtausgaben der Kassen für Krankenhausbehandlung einschränken, eine verfehlte Krankenhausbedarfsplanung kann jedoch langfristig durch Verschlechterung des Gesundheitszustandes einerseits wie durch teure Neubauten zuvor geschlossener Häuser andererseits erhebliche Mehrkosten verursachen, die dann wieder von den Sozialversicherten und Steuerzahlern getragen werden müssen.



Abbau von 8600 statt 17 500 Betten ein behutsamer Kompromiß?

Nach zahlreichen Protesten sah die Landesregierung im Entwurf des Krankenhausbedarfsplanes vom März 1979 wesentlich weniger Betten als geplant zum Abbau vor; sie begründet dies wie folgt: „Der Übersicht ist zu entnehmen, daß zwischen den bis zum 1. 1. 1985 als bedarfsgerecht ausgewiesenen Betten und dem lt. Hochrechnung 1977 rechnerisch ermittelten Bedarf immer noch eine Differenz von 9573 Betten ergibt. Im Interesse eines möglichst behutsamen Vorgehens und um unerwarteten Entwicklungen der Bedarfsdeterminanten begegnen zu können, ist davon abgesehen worden, die als bedarfsgerecht anerkannte Bettenzahl noch mehr dem errechneten Bedarf anzugeleichen.“⁵⁾ Im Klartext: Da einerseits der Widerstand gegen die Bettenstreichung im ursprünglich geplanten Ausmaß zu stark war, man sich besonders mit den konfessionellen Trägern nicht anlegen wollte, andererseits man den eigenen Zahlengrundlagen nicht hundertprozentig traut, werden kurzerhand alle „wissenschaftlichen Bedarfsrechnungen“ nach der „analytischen Bedarfsformel“ zu wertlosen Papieren erklärt.

Übrig bleibt, daß mit den kritisierten Zahlen eine Scheinplanung betrieben wurde, bei der man die Frage stellen muß, ob diese möglichst hohe Vorgaben ergeben sollte, um möglichst viele Betten abbauen zu können. Mit dieser Art von Krankenhausbedarfsplanung wird der Gedanke einer rationalen gesell-

schaftspolitischen Planung, wie er in unserem Gesundheitswesen so dringend erforderlich wäre, gründlich in Mißkredit gebracht und damit Wasser auf die Mühlen jener konservativen Ideologen geleistet, die schon immer wußten, daß Planung = Dirigismus abzulehnen sei.

Krankenhausbedarfsplan NRW nicht vor 1980 fertig

Auf eine Anfrage von DG erklärte das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, daß eine endgültige Fassung des Krankenhausbedarfsplanes noch nicht vorliege. Dies sollte ursprünglich schon vor der Sommerpause 1979 der Fall sein. Die Prüfung von Änderungsvorschlägen „unter Berücksichtigung der fortgeschriebenen Determinanten“ sei noch nicht abgeschlossen. Deshalb könne mit einer Veröffentlichung nicht vor Anfang 1980 gerechnet werden. Allein die Drucklegung nehme 2 Monate in Anspruch.

Literaturangaben

- 1) Landeskrankenhausplan Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf Juni 1971.
- 2) Bericht der Bundesregierung über die Auswirkung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflege-Gesätze, BT-Drucks. 7/4530, S. 83.
- 3) Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW: Grundsätze für die Krankenhausbedarfsplanung, zuletzt ergänzt gemäß Erlaß v. 3. 5. 1977.
- 4) Informationsblatt der ÖTV Bezirke NRW I und II: ÖTV protestiert bei Minister Farthmann, Düsseldorf Oktober 1978.
- 5) Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW: Entwurf Krankenhausbedarfsplan für NRW bis 1985, Düsseldorf Februar 1979.

DOKUMENTE

Vorschläge und Forderungen der Gewerkschaft ÖTV zur Humanisierung der Patientenversorgung im Krankenhaus

I. Humanität im Krankenhaus

Die in den vergangenen Monaten verstärkt geführte Diskussion über Humanität im Krankenhaus hat deutlich gemacht, daß die menschliche Betreuung des Patienten eine zentrale Aufgabe des Krankenhauses ist. Wenn heute die Versorgung im Krankenhaus in zunehmendem Maße von betriebswirtschaftlicher Rationalität und diagnostisch-therapeutischen Zwängen geprägt ist, so hat dies vielfältige Ursachen, die einer sorgfältigen Untersuchung bedürfen.

Die Kostendämpfungspolitik von Bund, Ländern und Gemeinden und der Druck der Sozialleistungsträger auf die Pflegesätze haben die Krankenhäuser gezwungen, alle Möglichkeiten zur Rationalisierung zu nutzen. Die Auswirkungen auf Pflegequalität und menschliche Atmosphäre im Krankenhaus wurden dabei kaum beachtet.

Externe Wirtschaftsprüfungs- und Organisationsfirmen erhielten den Auftrag, Krankenhausstruktur und Arbeitsbedingungen zu untersuchen und Vorschläge für eine effektivere Arbeitsorganisation zu machen. Die Prüfungen erfolgten in der Regel ausschließlich unter Kostengesichtspunkten; Fragen nach den Leistungen und dem Leistungsniveau wurden ausgeklammert.

Weil krankenhauspezifische Kriterien für die Ermittlung des Personalbedarfs fehlen, wurden arbeitswissenschaftliche Methoden, die für die industrielle Produktion entwickelt worden sind, auf das Krankenhaus angewandt. Diese werden den besonderen Verhältnissen im Krankenhaus nicht gerecht und führten dazu, daß in fast allen Bereichen der Personalstand trotz wachsender Aufgaben nicht erhöht, zum Teil sogar reduziert wurde.

Eine patientengerechte Weiterentwicklung der Organisationsstruktur des Krankenhauses, die Schaffung humarer Arbeitsplätze und der Aufbau kommunikativer Beziehungen zwischen Patienten und Beschäftigten wurden dadurch erheblich erschwert, wenn nicht unmöglich gemacht.

Es ist deshalb kein Wunder, wenn heute überall der Vorwurf laut wird, daß im Krankenhaus mit erheblichem technischen und finanziellen Aufwand Krankheiten behandelt werden, der Mensch aber dabei vergessen wird.

Wer dafür ausschließlich das Krankenhauspersonal verantwortlich macht, übersieht, daß die Qualität der Dienstleistungen für den Patienten in besonderem Maße von den Arbeitsbedingungen des Personals abhängig ist.

Mangelnde Orientierung am Patienten und inhumane Behandlungsformen sind nicht nur für die Institution Krankenhaus typisch. Sie zeugen sich in ähnlicher Weise auch in der ärztlichen Praxis. Eine Änderung der Gebührenordnung soll hier zu einer humaneren Behandlung führen. Aber auch

im ambulanten Bereich kann durch eine bessere Honorierung der eigentlich ärztlichen Tätigkeit gegenüber den technischen Leistungen allein keine bessere Arzt-Patienten-Beziehung hergestellt werden. Genauso bedarf es im Krankenhaus umfassender Veränderungen, wenn sein menschlicher Auftrag wieder erfüllbar werden soll.

Dazu gehört, daß sich das Krankenhaus auch in seiner Dienstleistungsstruktur stärker auf Veränderungen im Krankheitsspektrum, vor allem im psychosomatischen Bereich, einstellt. Neben den herkömmlichen diagnostischen und therapeutischen Leistungen muß die Behandlung verstärkt auf psychosoziale Dienstleistungen ausgerichtet werden. Dabei sollen unter psychosozialer Betreuung im Krankenhaus nicht psychotherapeutische Maßnahmen durch entsprechend spezialisiertes Personal verstanden werden, sondern alle Maßnahmen zur Stellungnahme des individuellen Wohlbefindens und der sozialen Handlungsfähigkeit des Patienten. Diese psychosozialen Dienstleistungen müssen folglich integrierter Bestandteil der Aufgaben aller Berufsgruppen im Krankenhaus sein.

Dabei kann es nicht allein darum gehen, eine veränderte Einstellung der Beschäftigten zum Patienten zu fordern. Staatliche Krankenhauspolitik, Krankenhausträger und Krankenkassen müssen gemeinsam auf eine humane Definition des Versorgungsauftrags des Krankenhauses verpflichtet werden. Dies muß auch strukturelle Konsequenzen haben und Patienten wie Beschäftigte einbeziehen.

Das Krankenhaus wird in Zukunft daran gemessen werden, ob es in der Lage ist

- Individuelle Versorgung zu gewährleisten,
- verstärkt psychosoziale Aspekte von Krankheiten und Ihren Folgen zu beachten,
- psychosoziale Dienstleistungen in die betriebswirtschaftliche Kalkulation einzubeziehen,
- die Arbeitsbedingungen für das Krankenhauspersonal zu humanisieren.

II. Psychosoziale Betreuung der Patienten

1. Kommunikation

Krankheit bedeutet für den Patienten in der Regel Verunsicherung, Unterbrechung seiner normalen Aktivitäten und Bedrohung seiner Lebensgewohnheiten. Unsicherheit und Angst kennzeichnen daher das Verhalten der meisten Patienten. Im Krankenhaus gerät der Patient darüber hinaus in eine starke Abhängigkeit, nicht nur vom organisatorischen Ablauf, sondern ebenso von den Personen, die ihn betreuen. Die Notwendigkeit, Angst und Unsicherheit

der Patienten durch Kommunikation abzubauen und die Einschränkung ihrer sozialen Aktionsmöglichkeiten durch eine stärkere Einbeziehung in das Heilungsgeschehen auszugleichen, wird im Gesundheitswesen jedoch nur unzureichend berücksichtigt.

In der Ausbildung der Ärzte und der Medizinlafachberufe werden Erkenntnisse über die sozialen und psychischen Aspekte von Krankheitserstehung und -verlauf und über die Probleme der Entfremdung und Isolation des Patienten im Krankenhaus nicht in genügendem Umfang vermittelt. Außerdem läßt die aufgrund von Sparmaßnahmen angespannte Personalsituation Tätigkeiten, die nicht unmittelbar zur Akutversorgung zählen, kaum zu. Eine quantitative und qualitative Verbesserung der Personalsituation ist deshalb unabdingbare Voraussetzung für eine intensivere Kommunikation mit dem Patienten.

Darüber hinaus müssen die Arbeits- und Pflegebedingungen so gestaltet sein, daß die Herstellung kommunikativer Beziehungen zwischen Personal und Patient, Patient und Patient und innerhalb des Personals gefördert wird. Es muß sichergestellt werden, daß der Patient auch während seiner Krankheit den Kontakt zu seiner Lebensumwelt erhalten kann.

Die Behandlung sollte darauf ausgerichtet sein, den Patienten seinem jeweiligen Gesundheitszustand entsprechend an den Entscheidungen über Diagnose- und Therapie-Möglichkeiten zu beteiligen und seine Aktivitäten im Gesundungsprozeß zu stärken. Während der gesamten Behandlungszeit sind deshalb fortlaufend nicht nur der Zustand, sondern auch psychosoziale Bedürfnisse des Patienten zu ermitteln und in das Behandlungskonzept einzubeziehen.

Durch die Beteiligung des Patienten an der Behandlung entsteht ein Klima des Vertrauens, in dem Unsicherheit und Verwirrung, die durch die Krankheit wie durch die Institution Krankenhaus hervorgerufen werden, teils abgebaut, teils vermieden werden können.

Neben der Kommunikation mit dem Krankenhauspersonal gilt es aber auch, die Kommunikation mit der Außenwelt, mit Familie und Berufskollegen zu fördern, statt sie, wie bisher allzu häufig, mit administrativen Mitteln einzuzwingen. Dies erfordert vor allem patientenfreundliche Besuchsregelungen und die Schaffung von Unterbringungsmöglichkeiten für Angehörige im Krankenhaus. Besonders für Kinder wäre damit mehr Humanität im Krankenhaus erreicht.

Außerdem muß das Krankenhaus Einrichtungen schaffen, die der Patient zur Gestaltung seiner „Freizeit“ nutzen kann (Cafeteria, Musikzimmer, Hobby-, Sport- und Einkaufsmöglichkeiten).

2. Information

Ein wichtiges Mittel, den Kontakt mit dem Patienten herzustellen und die Kommunikation mit den Beschäftigten zu fördern, ist die Information über die

Struktur und die Organisationsabläufe im Krankenhaus, über Gründe und Risiken der Behandlung und über Konsequenzen verschiedener diagnostischer und therapeutischer Verfahren.

Damit der Patient sachgerecht entscheiden kann, sind ausreichende Informationen und häufig auch die Vorgabe von Entscheidungsmöglichkeiten erforderlich. Gegebenenfalls sind seine Angehörigen einzubeziehen.

3. Patientenorientierte Pflege

Der kranke Mensch mit seinen körperlichen, seelischen und sozialen Bedürfnissen bedarf einer ganzheitlichen Behandlung, Pflege und Versorgung. Psychosoziale Dienstleistungen sind deshalb in Verbindung und im Zusammenhang mit anderen Aktivitäten zu leisten. Dies gilt besonders für den Bereich der Pflege.

In der herkömmlichen, zur Zeit praktizierten Organisation der nach Funktionen gegliederten Pflege wird die komplexe Pflegeaufgabe für einen Patienten in einzelne Verrichtungen aufgespalten, die unabhängig voneinander verschiedenen Mitarbeitern übertragen werden. Dabei konzentriert sich das Interesse des Krankenhausträgers vornehmlich auf die korrekte, pünktliche und rationelle Ausführung der Einzelverrichtungen, um einen möglichst reibungslosen, zeitsparenden und zentral steuerbaren Arbeitsablauf zu gewährleisten.

In dieser Organisationsform müssen die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten als Störfaktor erscheinen, die mehr oder weniger zufällig und nur unter Zeitdruck berücksichtigt werden.

Eine Veränderung der Organisation im Sinne der Ganzheitspflege, die die Gesamtheit der pflegerischen Aufgaben für den Patienten auf bestimmte Pflegepersonen konzentriert, ist deshalb unerlässliche Voraussetzung für psychosoziale Dienstleistungen. Nur so kann der Patient eine zusammenhängende, an ihm selbst und seiner Krankheit orientierte ganzheitliche Betreuung erfahren.

Die Ganzheitspflege gibt dem Personal eine größere Selbstständigkeit und Verantwortung und läßt Pflegeerfolge für den einzelnen Beschäftigten sichtbar werden. Sie ist deshalb auch geeignet, die Arbeitszufriedenheit des Krankenpflegepersonals zu erhöhen.

4. Humane Arbeitsorganisation

Humane Arbeitsbedingungen sind eine wesentliche Voraussetzung für eine humane Behandlung der Patienten. Arbeitsablauf, Arbeitszeit und Dienstpläne sind deshalb so zu gestalten, daß sie den Bedürfnissen der Patienten wie der Beschäftigten gerecht werden. So darf zum Beispiel das Wecken und Waschen der Patienten nicht nur deshalb in die normale Schlafenszeit verlegt werden, weil es auf diese Weise vom Nachtdienst zusätzlich übernommen werden kann. Außerdem sind für Dienstbeginn und -ende Überlappungszeiten vorzusehen, damit eine ausreichende Kommunikation beim Schichtwechsel und eine kontinuierliche Betreuung gewährleistet ist.

Darüber hinaus müssen Teambesprechungen über den Zustand und die psychosoziale Situation des Patienten in den Arbeitsablauf eingepflanzt und bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt werden. Dann kann die Zeit für die Visite voll für das Gespräch mit dem Patienten genutzt werden und muß nicht gleichzeitig dem Informationsaustausch der Beschäftigten untereinander dienen.

Kommunikation zwischen den Beschäftigten erfordert eine auf Kooperation, gegenseitigen Informationsaustausch und gegenseitige Beratung ausgerichtete Aus-, Fort- und Weiterbildung und eine Ausweitung der Verantwortlichkeit für die an der Behandlung beteiligten Medizinalfachberufe.

- auf die psychosoziale Situation einwirken und sie gegebenenfalls verändern,
- die eigene psychosoziale Situation erkennen und sie in das eigene Tun einbeziehen,
- zur Kommunikation und Kooperation mit Patienten und Beschäftigten beitragen

zu können.

Die Berufsgruppen mit kurzfristigem oder gelegentlichem Kontakt zum Patienten, zum Beispiel

- Verwaltungsdienst (Aufnahme, Telefonzentrale),
- Betriebs- und Wirtschaftsdienst (Haus- und Reinigungspersonal)

sollten durch Fortbildung die notwendigen Kenntnisse erhalten und in ihrem Verhalten gegenüber dem Patienten berücksichtigen lernen.

Diese Qualifikationen können nicht allein im Rahmen eines Lehrfachs vermittelt werden, sondern müssen alle Aus- und Fortbildungmaßnahmen durchdringen.

III. Forderungen der Gewerkschaft ÖTV zur Humanisierung des Krankenhauses

Aus der komplexen Betreuungsaufgabe ergibt sich, daß ein Bündel von Maßnahmen erforderlich ist, um das Krankenhaus humorer zu gestalten. Dabei muß stets die Wechselwirkung beachtet werden, die zwischen der Qualität der psychosozialen Dienstleistungen und den Arbeitsbedingungen des Personals besteht. Die folgenden Forderungen sind teils kurz-, teils mittelfristig zu verwirklichen. Sie können jedoch nur dann zu einer dauerhaften Verbesserung der Situation führen, wenn bei jedem Realisierungsschritt die Interessen von Patient und Personal gleichermaßen berücksichtigt werden.

1. Veränderung des Pflegekonzepts im Sinne der Ganzheitspflege

Statt die Pflegetätigkeiten weiter in einzelne Funktionen zu zergliedern, muß die Gesamtheit der pflegerischen Aufgaben für den Patienten auf bestimmte Pflegepersonen oder eine Gruppe von Pflegepersonen konzentriert werden. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für eine bessere Berücksichtigung der psychosozialen Bedürfnisse der Patienten im Krankenhaus.

2. Verbesserung der Kommunikation und Information

Die Behandlung muß darauf ausgerichtet sein, den Patienten an den Entscheidungen über Diagnose- und Therapie-Möglichkeiten zu beteiligen und seine Kommunikation mit der Außenwelt zu fördern. Zur Verbesserung der Information sollten

- Patienteninfo, Krankenhausrundfunkprogramme (z.B. über Zielsetzung des Krankenhauses, Krankenhausorganisation, Rechte und Pflichten, Versorgungsstandard),
- Gespräche zwischen Patient und Stationsteam, Informationstausch über Behandlungsablauf, Zuständigkeit, Bezugspersonen,
- zusätzliche Sprechzeiten für Patienten und Angehörige mit den an der Behandlung beteiligten Krankenhaus-Beschäftigten

genutzt werden.

3. Vermittlung psychosozialer Inhalte in der Aus- und Fortbildung aller im Krankenhaus Beschäftigten

Alle Berufsgruppen mit ständigem Kontakt zum Patienten sollten in der Grundausbildung wie in der Fortbildung Qualifikationen erwerben, um

- die psychosoziale Lage des Patienten erkennen und beurteilen,
- die psychosoziale Lage des Patienten im eigenen Handeln berücksichtigen,

4. Kooperation aller Berufsgruppen im Krankenhaus und Verwirklichung der Teamarbeit

Eine humane, patientenorientierte Krankenhausmedizin ist eine Gemeinschaftsaufgabe aller Berufsgruppen im Krankenhaus. Eine speziell qualifizierte Kraft zur psychosozialen Betreuung auf der Station wird nicht befürwortet, weil sie eine ganzheitliche Pflege beeinträchtigen würde.

Voraussetzungen für Teamarbeit sind

- die Aufhebung der Trennung von Planung, Ausführung und Kontrolle in der Behandlung,
- die Verbesserung der Kommunikation und Kooperation auf allen Ebenen,
- die Verwirklichung der Mitbestimmung im Krankenhaus.

5. Einbeziehung psychosozialer Dienstleistungen in die Personalbedarfsberechnungen für alle Beschäftigtengruppen

Dies gilt für alle Bereiche, für Verwaltungs- und Wirtschaftspersonal, für Ärzte und für Krankenpflegepersonal. Die Stellenstruktur ist entsprechend anzupassen und in den Pflegesätzen zu berücksichtigen. Arbeitsablauf, Arbeitszeit und Dienstpläne müssen den Bedürfnissen der Patienten und der Beschäftigten mehr als bisher gerecht werden.

6. Verbesserung der Bewertung von Pflegeleistungen für den Patienten

Die umfassende pflegerische Betreuung des Patienten muß ihrem Stellenwert für ein ganzheitliches Behandlungskonzept entsprechend gewertet werden. Die zunehmende Spezialisierung und die Überbewertung des technischen Anteiles in der Krankenpflege haben in der Vergangenheit die eigentliche pflegerische Tätigkeit für den Patienten beeinträchtigt. Es ist deshalb sicherzustellen, daß die Pflegeleistungen unter Einbeziehung der psychosozialen Betreuung des Patienten von qualifiziertem Personal erbracht werden und diese Tätigkeiten speziellisierten medizinisch-technischen Leistungen gleichgestellt werden.

Kommentierte gesundheits- und sozialpolitische Daten

I. Zur Situation der Krankenhäuser

Das Statistische Bundesamt hat im Mai 1979 Zahlen zur Situation der Krankenhäuser für das Jahr 1977 veröffentlicht. Danach ging die Zahl der Krankenhäuser im Bundesgebiet um $20 = 0,6\%$ auf 3416 zurück; dieser Rückgang ging ausschließlich zu Lasten der öffentlichen und frei-gemeinnützigen Krankenhäuser, während die Anzahl der privaten Kliniken sich leicht erhöhte. (Tab. 1)

Tab. 1: Krankenhäuser

31. 12.	Insgesamt	Öffentliche	Freie gemeinnützige	Private	darunter: für Akutkrank
1965	3 619	1 354	1 288	977	2 540
1970	3 587	1 337	1 270	980	2 441
1975	3 481	1 297	1 187	997	2 260
1976	3 436	1 271	1 159	1 006	2 216
1977	3 416	1 258	1 141	1 017	2 185

Die Zahl der insgesamt vorgehaltenen Krankenhausbetten verringerte sich wie schon 1976 auch 1977 weiter, jetzt um $3893 = 0,5\%$; die Bettendichte im Verhältnis zur Einwohnerzahl war ebenfalls weiter rückläufig. Leider geben die Zahlen keine Auskunft, ob die Verringerung vor allem im Bereich der Akutkrankenhäuser oder der übrigen erfolgte. (Tab. 2)

Tab. 2: Betten, Bettendichte, Bettenausnutzung

31.12	Planmäßige Betten		Durchschnittliche Bettenausnutzung v.H.
	Anzahl	je 10 000 Einwohner	
1965	631 447	106,3	91,3
1970	683 254	112,0	88,5
1975	729 791	118,4	83,3
1976	726 846	118,3	82,6
1977	722 953	117,8	82,9

Eine weitere Übersicht schlüsselt die Krankenhäuser und Betten nach Ländern auf, wobei vor allem die erheblichen Unterschiede in der Bettendichte pro Einwohnerzahl auffallen:

Schleswig-Holstein und Niedersachsen liegen da-

nach an der unteren Grenze, Berlin – wahrscheinlich durch die ungünstige Altersstruktur – deutlich an der oberen Grenze. Die Zahlen zeigen zugleich, daß es bisher noch nicht gelungen ist, bundeseinheitliche Kriterien für die Krankenhausbedarfsplanung in den Ländern umzusetzen.²⁾ (Tab. 3)

Die Zahl der stationär behandelten Patienten hat 1977 weiter zugenommen, als Ausdruck einer sinkenden Verweildauer ging jedoch die Zahl der Pflegetage leicht zurück. (Tab. 4)

Tab. 4: Stationär behandelte Kranken, Pflegetage

Jahr	Stationär behandelte Kranken	Pflegetage
	1 000	Mio.
1965	8 121,2	210,5
1970	9 337,7	220,8
1975	10 426,8	221,8
1976	10 657,9	219,6
1977	10 931,3	218,8

Die durchschnittliche Verweildauer ging auch 1977 weiter zurück, in den Akutkrankenhäusern auf 15,8 Tage, in den Sonderkrankenhäusern (Chronisch Kranke, Psychiatrie) auf 58,7 Tage. Auch bei der Verweildauer gibt es starke regionale Unterschiede: So liegen die Werte in Schleswig-Holstein mit 14,0 Tagen, in Hamburg mit 14,6 Tagen niedriger als in Saarland mit 17,4 und in Berlin mit 22,8 Tagen – gegen recht hoch¹⁾. (Tab. 5)

Tab. 5: Durchschnittliche Verweildauer in Tagen

Jahr	Krankenhäuser insgesamt	Akut- Krankenhäuser	Sonder- Krankenhäuser
	v.H.		
1965	27,4	20,0	–
1970	24,9	18,3	77,8
1975	22,2	16,7	80,8
1976	21,5	16,3	61,2
1977	20,8	15,8	58,7

1976 war die Zahl der im Krankenhaus Beschäftigten zurückgegangen, 1977 nahm sie wieder deutlich zu, wobei der Zuwachs sowohl im Bereich der Pflegekräfte wie der Ärzte stattfand. (Tab. 6) Neuere Zahlen zum Bereich der Ärzte zeigen einen weiteren Anstieg. (Tab. 7) Mit dem Zuwachs an Personal im Krankenhaus ist natürlich noch nichts über die Qualität der Versorgung in den Krankenhäusern gesagt. Und natürlich sagen diese Zahlen auch nichts darüber aus, inwieweit der Bedarf an ärztlichem und pflegerischem Personal im Krankenhaus gedeckt ist. Eine Untersuchung der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Auftrag des Ministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit kommt jedenfalls zu einem erheblichen Fehlbedarf an pflegerischem Personal für die kommenden Jahre.³⁾ (Tab. 8)

Tab. 3: Krankenhäuser und planmäßige Betten nach Ländern (Stichtag 31. 12. 1977)

Land	Krankenhäuser		Planmäßige Betten		Planmäßige Betten
	1977	Veränderung gegenüber 1976	1977	Veränderung gegenüber 1976	je 10 000 Einwohner
Schleswig-Holstein	119	– 1	27 293	+ 207	105,5
Hamburg	58	+ 1	19 526	– 195	116,2
Niedersachsen	367	– 5	75 300	– 560	104,2
Bremen	21	0	9 035	– 37	128,5
Nordrhein-Westfalen	676	– 13	195 116	– 2572	114,6
Hessen	351	0	68 395	– 583	123,4
Rheinland-Pfalz	220	– 5	43 710	– 1150	120,1
Baden-Württemberg	676	+ 7	108 825	+ 1839	119,3
Bayern	763	– 1	127 899	– 661	118,2
Saarland	48	+ 1	13 814	+ 321	125,9
Berlin	117	– 4	34 240	– 502	177,7

Tab. 6: Krankenhaus-Personal

31. 12.	Insgesamt	darunter			
		Ärzte insgesamt	Hauptamtl. Krankenhausärzte	Pflegepersonen	Verwaltungs- u. Wirtschaftspersonal
1965	436 056	34 785	27 040	133 211	189 018
1970	547 283	46 550	38 683	175 183	215 491
1975	706 041	60 636	53 041	245 278	244 071
1976	702 242	62 301	54 648	247 642	236 971
1977	709 387	63 808	56 202	251 860	235 395

Tab. 7: Die Entwicklung der Ärztezahlen nach Tätigkeitsmerkmalen in den Jahren 1970 bis 1979⁴⁾

Jahr	Einwohner in Mio.	Niedergelassene Ärzte	Fachärzte	Krankenhausärzte	Medizinal-Assistenten	Ärzte in sonstiger Stellung	berufstätige Ärzte	Ärzte ohne ärztliche Berufsausübung	Gesamtzahl der Ärzte	Relation Einwohner zu berufstätigem Arzt
1970	61,2	26 354	19 997	35 066	9 476	8 877	102 249	11 208	113 457	598
1971	61,0	26 304	21 024	40 712	6 316	8 901	105 756	12 098	117 854	582
1972	61,5	25 898	21 572	44 140	5 506	9 463	108 976	12 507	121 483	564
1973	61,8	25 961	22 488	46 747	5 017	8 968	111 721	13 579	125 300	553
1974	62,1	26 072	22 926	48 800	4 680	9 518	114 725	14 154	128 879	541
1975	61,7	25 902	24 196	51 981	4 346	9 730	118 970	15 559	134 529	520
1976	61,3	25 699	25 346	54 895	5 074	9 809	123 111	16 361	139 472	498
1977	61,2	25 934	26 756	56 616	5 441	9 910	126 941	17 395	144 336	482
1978	61,2	25 722	28 128	58 385	4 341	10 263	129 146	18 724	147 870	474
1979	61,3	26 729	30 837	62 474	1 880	9 948	131 811	20 754	152 565	465

Tab. 8: Personalbedarfsprognose der Deutschen Krankenhausgesellschaft – Krankenpflegeenquete –³⁾

Prognosejahr	Personalangebot	Personalbedarf	Mangel (-) / Überhang (+) absolut	in %
1976 ¹⁾	287 540	336 050	- 48 510	- 16,9%
1980 ¹⁾	325 370	350 780	- 25 410	- 7,8%
1985	356 150	369 190	- 13 040	- 3,7%

Im Zusammenhang mit der Diskussion um die „Humanität im Krankenhaus“ wird in letzter Zeit ein Zusammenhang zwischen Personalzuwachs einerseits und dem Eindruck abnehmender Humanität – wie in der Allensbach-Umfrage – hergestellt. Einen Eindruck vom Verhältnis der Personalvermehrung zu Betten, Pflegetagen und Patientenzahlen gibt die folgende Tabelle:

Tab. 9: Personalvermehrung im Verhältnis zu Betten, Pflegetagen und Patientenzahl⁵⁾

Planmäßige Betten je		Pflegetage je		Patienten je	
Arzt	Pflegeperson	Arzt	Pflegeperson	Arzt	Pflegeperson
1960	18,9	5,3	6 428	1 796	238
1965	18,2	4,7	6 051	1 599	233
1970	14,7	3,9	4 743	1 260	201
1971	13,8	3,6	4 447	1 169	193
1972	13,3	3,4	4 244	1 097	186
1973	12,7	3,2	4 009	1 025	180
1974	12,3	3,0	3 835	938	176
1975	12,0	2,9	3 658	915	172
1976	11,7	2,9	3 525	887	171
1977	11,3	2,9	3 429	869	171

Inwieweit aus diesen Zahlen die Argumentation „mehr Schwestern, mehr Ärzte = weniger Humanität“ gestützt werden kann⁵⁾, soll in diesem Zusammenhang nicht weiter untersucht werden.

II. Aktuelle Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen

In den letzten Wochen berichteten zahlreiche Pressemeldungen von erneuten starken Kostensteigerungen im Gesundheitswesen. Hat die Kostendämpfungspolitik ihr Ziel verfehlt? Diese Frage stellt sich jetzt mehr und mehr. Wir dokumentieren die neuere Kostenentwicklung von Zahlen des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen (Presseseminar Oktober 1979).

In den Jahren 1970 bis 1975 betrug die Steigerung der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung im Durchschnitt 18% (Tab. 1). 1976 betrug schon im Zeichen der Kostendämpfungspolitik – die Steigerung noch 8,5% und überstieg somit noch immer die Einnahmen – abhängig von der Grundlohnentwicklung (-6,9%) erheblich. In dieser Zeit wurde der Begriff der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ entwickelt, was bedeutet, daß die Gesamtausgaben der GKV an die Grundlohnentwicklung und damit an die Einnahmen gebunden werden soll. 1977 betrug die Ausgabensteigerung 4%, der Grundlohn stieg um 6,8% an. Dies und die hohen Beitragsfestsetzungen Anfang 1978 führten dazu, daß die Beitragssätze der Ortskrankenkassen von April 1976 – 11,33% bis August 1979 = 11,49% relativ stabil blieben. Und dies obwohl die Beiträge der Rentenversicherung zur GKV gekürzt worden waren und daraus eine zusätzliche Belastung von 1,1 Beitragspunkten resultierte. 1978 wuchsen die Ausgaben mit 6,1% schon wieder schneller als die Einnahmen und die bisherigen Daten aus dem 1. Halbjahr 1979 deuten den gleichen Trend an.

Tab. 1: Ausgaben- und Grundlohnentwicklung im Bereich der Ortskrankenkassen¹⁾

	Ausgaben	Grundlohn
1970	+18%/Jahr	
1975		
1976	+8,5%	+6,9%
1977	-4,0%	-6,8%
1978	+6,1%	+4,8%
1979 1. Hj.	+7,6%	+5,9%

Nach Auffassung des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen werden Beitragssatzserhöhungen die Folge sein müssen, wenn auch am Ende des Jahres 1979 es nicht gelungen ist, die Ausgabenentwicklung am Grundlohn zu orientieren. Einer genauen Analyse muß es vorbehalten bleiben, zu untersuchen, inwieweit damit die Kostendämpfungspolitik in der Form der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ gescheitert ist oder ob nur die Instrumente unzureichend waren, um sie durchzusetzen. Sie müßte natürlich auch darstellen, ob eine „einnahmeorientierte Ausgabenpolitik“ unter unseren gesellschaftlichen Bedingungen überhaupt sinnvoll für die Sozialversicherten sein kann.

Die Ausgaben der Ortskrankenkassen nach Bereichen aufgeschlüsselt enthält Tabelle 2:

Für den Bereich der Ärzte erfolgte vom 1. Juli 1978 bis 30. Juni 1979 die Vergütung nach einer „Kopfpauschale-System“ mit einer Steigerungsrate-System von 5,5%, nach dem 1. Juli 1979 gab es auf Bundesebene keine Vereinbarung von Kassen und Ärzten zur Begrenzung der Gesamtvergütung. Zahnbehandlung und Zahnersatz weisen besonders hohe Zuwachsraten auf, was nach Ansicht der Kassen auf die Politik der Zahnärzte- und Zahntechnikerverbände zurückzuführen ist. Bei den Arzneimitteln wird der von der Konzertierten Aktion für das Jahr 1979 festgelegte Arzneimittelhöchstbetrag in Höhe von 5,7% sicher überschritten werden. Die Steigerung von wahrscheinlich +7,5% setzt sich aus einer Preissteigerungsrate von 3% sowie Mengen- und Strukturveränderungen von 4,5 bis 5% zusammen. Vor allem der Wechsel von kleineren zu größeren Packungen spielt hier eine Rolle. Die Krankenkassen beklagen auf diesem Sektor, daß bisher weder die Transparenzlisten, noch die Preisvergleichsliste noch die sog. Bagatell-Arzneimittel-Liste fertiggestellt worden sind.

Unter den Heil- und Hilfsmitteln finden sich eine Vielzahl von Leistungen aus dem Bereich Orthopädie, Optik, Massagen, Bäder, aber auch Geräte wie Dialyse- oder Inhalationsgeräte.

Tab. 2: Leistungsausgaben der Ortskrankenkassen – Veränderungsraten gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum in v.H.-Werte je Mitglied

	1. Hj. 1978	2. Hj. 1978	1978	1. Hj. 1979	1979 (Schätz.)
Leistungsausgaben					
insgesamt	+4,2	+ 7,7	+ 6,0	+ 7,5	+7,5
davon für:					
– Ärzte	+3,4	+ 5,5	+ 4,7	+ 6,1	+ 6,0
– Zahnärzte	+5,1	+10,3	+ 7,3	+ 8,6	+ 8,5–10,5
– Zahnersatz	-7,1	+ 8,2	+ 0,1	+10,9	+ 8,5–10,5
– Arzneimittel	+3,3	+10,7	+ 7,0	+ 8,4	+ 7,5
– Heil-/Hilfsmittel	+9,9	+13,6	+13,1	+12,6	
– Krankenhaus	+5,8	+ 6,8	+ 6,3	+ 5,6	+6,0

Obwohl die Krankenhausausgaben nicht in die Vereinbarungen der Konzertierten Aktion einbezogen sind, halten sich diese noch am ehesten im Rahmen. Nach wie vor ist bei der Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes umstritten, ob auch die Krankenhausausgaben – zu ca. 75% Personalausgaben – in die Empfehlungen der Konzertierten Aktion einbezogen werden sollen oder nicht. Die Krankenkassenverbände machen sich dafür stark, die Standesorganisationen ebenso; die ÖTV hat sich wegen der drohenden Beeinträchtigung der Tarifautonomie entschieden dagegen ausgesprochen.

Quellen zu II:

1) *Krankenhäuser 1977. Die Ortskrankenkasse, Heft 13/79, S. 512 ff.* (die Tab. 1–6 sind dieser Darstellung entnommen).

2) *Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG), BT-Drucks. 7/4530, S. 11.*

3) *Deutsche Krankenhausgesellschaft: Untersuchung über den gegenwärtigen und künftigen Bedarf an Krankenpflegepersonen in der Bundesrepublik Deutschland – Krankenpflegeenquete – Zusammenfassender Bericht; Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn Februar 1979.*

4) *Gehb, Klaus: Ein Jahrzehnt des stürmischen Zuwachses an Ärzten, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 41/79, S. 2667–2670.*

5) *Humanität im Krankenhaus, ein quantitatives Problem? Die Ortskrankenkasse, Heft 13/79, S. 510–512.*

Quellen zu I:

1) *Ruegenberg, H.: Finanzielle Entwicklung im Jahre 1979, Referat auf dem Presseseminar des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, 4./5. Oktober 1979.*

2) *Soziale Sicherheit April 1979, S. 105.*

Gesetzesvorlagen

Werden Krankenversicherungen in Konkurs geschickt?

Die Bundesregierung legte im Sommer dieses Jahres den Gesetzentwurf zur Verwaltung der Mittel der Träger der Krankenversicherung dem Parlament vor.

Im Kern verfolgt sie damit das Ziel, die Höhe der Rücklagen sämtlicher gesetzlichen Krankenkassen drastisch zu senken. Das Rücklagesoll betrug bisher mindestens zwei Monatsausgaben und soll auf die Höhe einer halben bis einfachen Monatausgabe heruntergedrückt werden. Falls dieses Gesetz, wie vorgesehen, am 1. 1. 1980 in Kraft tritt, werden

die Kassen gezwungen sein, einen erheblichen Teil ihrer Rücklagen zur Dekkung der laufenden Ausgaben zu verwenden. Berechnet auf das Jahr 1977 hätte das die Freisetzung von 1,5 Mrd. DM bedeutet, die den Rücklagen entzogen worden wären. 1980 könnte die Summe noch höher liegen.

Die Bundesregierung scheint alarmiert über die wieder zunehmenden Kostensteigerungen im Gesundheitsbereich, vor allem da sich die Presse in den letzten Wochen diesem Thema vermehrt angenommen hat.

Mit dem Abbau der Rücklagen will sie kurzfristig, besonders schon im Wahljahr 1980, Beitragssteigerungen vermeiden, denn nach den jahrelangen Beitragserhöhungen durch die Kassen

wäre dies politisch schwer zu verkraften. „Die Neuregelung wird sich aber insgesamt noch dämpfend auf die Beitragsgestaltung der gesamten Krankenversicherung im Jahre 1980 auswirken.“ (Zitat aus der Begründung zum Gesetzentwurf.)

Mit dieser Politik wird der Hebel an der falschen Stelle angesetzt. Niemand bestreit angesichts der gewaltigen Beitragssteigerungen in der Sozialversicherung in den letzten 10 Jahren die Notwendigkeit wirksamer Gegenmaßnahmen. Aber die finanzielle Solidität der Sozialversicherungen aufs Spiel zu setzen, ist eine Politik, die nur zu Lasten der Versicherten geht. Sie könnte einmal Krankenkassen, vor allem Betriebskrankenkassen dazu zwingen, in Konkurs zu gehen.

§ urteile §

Urteil

Im Namen des Volkes!

In dem Rechtsstreit
des Assistenzarztes
Dr. G. Limbrock
Grindelallee 34
2000 Hamburg

Geschäftszeichen: 11 Ca 421/78

Es wird festgestellt, daß die Beklagte nicht berechtigt ist, von dem Kläger im Allgemeinen Krankenhaus Heidberg zu verlangen, nach einem geleisteten Bereitschaftsdienst, der sich an eine normale Arbeitszeit anschließt, die Arbeit im Krankenhaus fortzusetzen.

Es wird festgestellt, daß die Beklagte – von Notfällen abgesehen – nicht berechtigt ist, von dem Kläger im Allgemeinen Krankenhaus Heidberg zu verlangen, mehr als einmal in der Woche über die reguläre Arbeitszeit hinaus Bereitschaftsdienst im Krankenhaus Heidberg zu leisten.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Tatbestand

Der Kläger ist bei der Beklagten als Assistenzarzt in der Kinderabteilung (Intensivstation) im Allgemeinen Krankenhaus Heidberg beschäftigt gemäß dem infolge beiderseitiger Tarifbindung anzuwendenden Bundesangestelltentarifvertrag und einem Arbeitsvertrag vom 1. Juni 1977, wonach die vom Kläger geleisteten Bereitschaftsdienste gemäß der Sonderregelung 2 c) Nr. 8 der Stufe A oder C zugeordnet werden.

Der Kläger begeht die Feststellung, daß die Beklagte zum Fordern bestimmter Arbeit und Bereitschaftsdienste nicht berechtigt sei, und trägt vor:

Während der von ihm seit dem 1. April 1978 durchgeführten Bereitschaftsdienste sei effektive Arbeitszeit in dem in der Klageschrift, Seite 4 bis 7, Blatt 4 bis 7 d.A. und dem Schriftsatz vom 18. August 1978, Seite 1 und 2, Blatt 40 f. d.A. angegebenen Umfang angefallen, wobei bezüglich der Einzeltätigkeiten auf die zur Akte gereichten Aufstellungen (Blatt 43 bis 47 d.A.), die vom Chefarzt auf ihre unaufschließbare Notwendigkeit und die Zeitdauer hin überprüft und für zutreffend erachtet worden seien, Bezug genommen werde. Außerdem werde Bezug genommen auf die entsprechende Erklärung des Chefarztes vom 4. August 1978, Blatt 42 d.A.

Der Bereitschaftsdienst entspreche zumindest der Stufe D. Auf ihn sei die Arbeitszeitordnung anzuwenden. Die Voraussetzung für eine Verlängerung der Arbeitszeit über 10 Stunden gemäß § 7 AZO liege vor und sei auch aufgrund der Regelung (Sonderregelung) SR 2 c) zum BAT als zulässig anzusehen. Die Höchstarbeitszeit dürfe jedoch die Dauer von 13 Stunden nicht übersteigen. Sofern sich an dem Bereitschaftsdienst die normale Arbeitszeit anschließe, sei bereits während des Bereitschaftsdienstes die Zeit von 13 Stunden überschritten.

Aufgrund der Ermüdungserscheinungen könnten eher Behandlungsfehler unterlaufen, die Gefährdung der Patienten liege auf der Hand. Gemäß § 3 Arbeitszeitordnung dürfe die regelmäßige Arbeitszeit wöchentlich 58 Stunden nicht überschreiten.

Der Kläger beantragt,

1. festzustellen, daß die Beklagte nicht berechtigt ist, von dem Kläger im Allgemeinen Krankenhaus Heidberg zu verlangen, nach einem geleisteten Bereitschaftsdienst die Arbeit im Krankenhaus fortzusetzen,

2. festzustellen, daß die Beklagte – von Notfällen abgesehen – nicht berechtigt ist, von dem Kläger im Allgemeinen Krankenhaus Heidberg zu verlangen, mehr als einmal in der Woche über die reguläre Arbeitszeit hinaus Bereitschaftsdienst im Krankenhaus Heidberg zu leisten.

Die Beklagte beantragt,
Klageabweisung.

Die Beklagte trägt vor:

Der Einsatz des Klägers sei von der Sonderregelung 2 c) Nr. 8 gedeckt und der Bereitschaftsdienst zu Recht den Stufen A oder C zugeordnet, wobei auf eine Anlage zum Schriftsatz vom 12. Oktober 1978, Blatt 73 d.A., Bezug genommen wird. Die Arbeitszeitordnung sei nicht anwendbar. Darüber hinaus handele es sich jedoch auch nicht um Arbeitsbereitschaft. Hinsichtlich der Belastung während der Bereitschaft würden von den betroffenen Ärzten in der betroffenen Abteilung zur Zeit Aufzeichnungen gemacht.

Ergänzend wird auf die Schriftsätze der Parteien, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, und den Inhalt der Sitzungsprotokolle Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist mit dem auf dem Entscheidungstenor ersichtlichen klagstellenden Zusatz begründet:

Die Beklagte ist nicht berechtigt, von dem Kläger an seinem Arbeitsplatz zu verlangen, nach einem geleisteten Bereitschaftsdienst, der sich an eine normale Arbeitszeit anschließe, die Arbeit im Krankenhaus fortzusetzen, da dies gegen das den §§ 3, 7 und 12 Arbeitszeitordnung in Verbindung mit § 134 BGB zu entnehmende gesetzliche Verbot verstößen würde, wonach die tägliche Höchstarbeitszeit von 13 Stunden nicht überschritten werden darf.

1. Die Arbeitszeitordnung ist nach dem von ihr selbst in § 1 bestimmten Geltungsbereich auf das Arbeitsverhältnis der Parteien anwendbar. Sie gilt nämlich für Arbeitnehmer in Betrieben und Verwaltungen aller Art und der Beruf des Klägers wird in dem in Absatz 1 Satz 2 genannten Ausnahmen nicht erwähnt. Die Kammer vermag sich nicht der ständigen Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes (zum Beispiel in AP Nr. 17 und 19 zu § 611 BGB – Ärzte, Gehaltsansprüche) anzuschließen, wonach die Arbeitszeitordnung für angestellte Ärzte in den öffentlichen Krankenanstalten nicht gelten soll. Läßt man trotz des abschließend erscheinenden Ausnahmekatalogs des § 1 Abs. 1 AZO mit dem BAG wegen eines erkennbaren und zu billigenden Prinzip (siehe BAG aaO AP Nr. 17 Blatt 5) weitere Ausnahmen vom Geltungsbereich der AZO zu, so vermögen jedenfalls die dafür vom Bundesarbeitsgericht genannten Gründe diese Kammer nicht zu überzeugen. Das Gericht schließt sich insoweit u.a. den kritischen Anmerkungen von Böhml und Wittig zu AP Nr. 17 zu § 611 BGB – Ärzte, Gehaltsansprüche – an, wonach die Pflicht zur Versorgung und Betreuung der Allgemeinheit auch für eine große Anzahl anderer Tätigkeiten charakteristisch ist, ohne daß sie der Geltung der Arbeitszeitordnung entzogen werden und wonach darüber hinaus selbst bei Anerkennung einer derartigen Besonderheit des Arztberufes diese Pflicht auch bei Geltung der AZO erfüllt werden könnte, weil es weder erforderlich, noch üblich sei, einen Patienten ununterbrochen nur von demselben Arzt betreuen zu lassen. Der ethische Wertgehalt des Arztberufes, der gerade auch in der Verantwortung gegenüber den betreuten Patienten zum Ausdruck kommt, verlangt gerade die Anwendung der AZO. Die Ausführungen des Landesarbeitsgerichts Hamburg im Urteil vom 16. Oktober 1978 in dem Rechtsstreit 4 Ca 230/76 (2 Sa 34/77), auf die beide Seiten Bezug nehmen, zeigen in dem Teil, der sich mit der Begrenzung der Bereitschaftsdienste aufgrund der Fürsorgepflicht befaßt (Blatt 18 bis 23 des zitierten Urteils), gerade, daß im Falle eines angestellten Krankenhausarztes eine starke Notwendigkeit der Geltung der arbeitszeitbegrenzenden Vorschriften der AZO besteht: Die Gefahr von gesundheitlichen Störungen beim Arzt und Kunstfehlern sind gerade diejenigen Umstände, die zum Erlaß von arbeitszeitbegrenzenden Vorschriften wie der Arbeitszeitordnung führen, die Arbeitszeit soll nämlich unter anderem im Interesse der Gesundheit des Arbeitnehmers oder zwecks Vermeidung anderer schwerwiegender Folgen wie Kunstfehler die Arbeitszeit so begrenzen, daß gesundheitliche Störungen und weitere Folgen möglichst nicht auftreten. Da die Arbeitszeitordnung angesichts ihres abschließend erscheinenden Ausnahmekatalogs die Ausklammerung weiterer Berufe wie den des Arztes aus ihrem Geltungsbereich keineswegs zwingend vorschreibt, sondern nur über eine durchaus hinsichtlich der Methode anfechtbare Auslegung zuläßt, erscheint es der Kammer nach den Allgemeinen Grundsätzen der Auslegung richtiger, die AZO auf den Kläger anzuwenden, anstatt ihre Anwendbarkeit zu verneinen und im Ergebnis über die Fürsorgepflicht die Arbeitszeit doch wiederum so zu begrenzen, als würde die Arbeitszeitordnung gelten.

2. Die sich aus den §§ 3, 7 im Verbindung mit § 12 Abs. 1 AZO ergebende Höchstarbeitszeit von täglich 13 Stunden wird bei der Heranziehung des Klägers zum Bereitschaftsdienst überschritten auf der Grundlage des insoweit übereinstimmenden tatsächlichen Vorbringens beider Parteien.

Da gemäß § 7 AZO die regelmäßige tägliche Arbeitszeit über 8 Stunden hinaus verlängert werden darf und auf der anderen Seite gemäß § 12 AZO nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit eine ununterbrochene Ruhepause von mindestens 11 Stunden zu gewähren ist, folgt daraus eine Höchstarbeitszeit von 13 Stunden (vgl. zum Beispiel Dinecke-Neumann, Arbeitszeitordnung, 9. Auflage § 12 Rdnr. 6 mit weiteren Nachweisen). Ob die Tarifvorschrift der Sonderregelung 2 c) Nr. 8 und der zwischen den Parteien geschlossene Arbeitsvertrag den in § 7 Arbeitszeitordnung hinsichtlich der Vereinbarung gestellten Anforderung genügt, kann in diesem Zusammenhang dahingestellt bleiben, weil insoweit zu Gunsten der Beklagten eine wirksame Arbeitszeitverlängerung unterstellt werden kann.

Nach dem übereinstimmenden tatsächlichen Vorbringen der Parteien wird die tägliche Höchstarbeitszeit von 13 Stunden während des sich an die regelmäßige 8stündige Arbeitszeit anschließenden Bereitschaftsdienste jeweils erreicht und überschritten. Der Urteilstext ist bezüglich des Antrags zu 1) entsprechend geändert worden zur Vermeidung von Mißverständnissen, da sich die vom Kläger genannten Bereitschaftsdienste stets an eine normale 8stündige Arbeitszeit anschließen. Das Gericht hat insoweit den Vortrag des Klägers so interpretiert, daß er sich beispielsweise nicht gegen die Fortsetzung der Arbeit im Rahmen des normalen Tagesdienstes an einem Montag wehrt, nachdem er vom Sonnabend 9.00 Uhr bis Sonntag 9.00 Uhr Bereitschaftsdienst abgeleistet hat. In diesem Fall würde nämlich die 11stündige Pause des § 12 AZO eingehalten sein.

Der Kläger hat in seiner Aufstellung für die sich an eine normale Arbeitszeit anschließenden Bereitschaftsdienste effektive Arbeitszeiten angegeben, zu denen die Beklagte im einzelnen nichts ausgeführt hat. Aus dem Vorbringen der Beklagten in ihrem Schriftsatz vom 12. Oktober 1978, Seite 2, Blatt 69 d.A., wonach Aufzeichnungen von betroffenen Ärzten in den betroffenen Abteilungen gemacht würden, ist jedoch zu entnehmen, daß das Vörbringen des Klägers nicht bestritten werden soll. Vielmehr geht aus der eigenen Darlegung der Beklagten, die tatsächliche Inanspruchnahme entspreche der Stufe c), hervor, daß sie selbst von den hierfür im Tarifvertrag zugrunde gelegten Bewertungszeiten als Arbeitszeit ausgeht. Die Stufe c) geht von einem erfahrungsgemäß durchschnittlich anfallenden Arbeitsleistungsanteils von mehr als 25 bis 40% aus und bewertet dies als Arbeitszeit „mit 40%“. In dem die Beklagte vertragsgemäß die Stufe c) zugrundelegt, und das tatsächliche mit Einzelangaben untermauerte Vörbringen des Klägers über seine tatsächliche Inanspruchnahme während der Bereitschaftsdienste nicht bestreitet, hat sie dies gemäß § 138 ZPO zugestanden. Auch aus den übrigen Erklärungen der Beklagten geht nicht hervor, daß sie die Absicht hatte, die Angaben des Klägers zu bestreiten. Die vom Kläger als effektive Arbeitszeit im Bereitschaftsdienst genannten Zeiten bewegen sich jeweils in dem Bereich um 40% herum. Letzten Endes kommt es jedoch auf eine genaue Prozentzahl und genaue Anzahl effektiver Arbeitsstunden nicht an, da der Kläger die Höchstarbeitszeit jeweils bereits nach Ablauf von 5 Stunden effektiver Arbeitszeit während des Bereitschaftsdienstes erreicht. Bei einer Dauer von 15½ oder 16½ Stunden Bereitschaftsdienst handelt es sich somit um einen Prozentsatz von etwa ¼. Eine Entscheidung darüber, ob der „Bereitschaftsdienst“ gemäß der Interpretation des Klägers als Arbeitsbereitschaft oder als Bereitschaft (Bereitschaftsdienst, reine Bereitschaft) anzusehen ist, bedürfte es nicht, da auch bei Bewertung des „Bereitschaftsdienstes“ als einer nicht zur Arbeitszeit zu rechnenden Bereit-

schaft auf jeden Fall gemäß den zugrundeliegenden Zeiten der tatsächlichen Arbeit jeweils die entsprechenden, über 13 Stunden hinausgehenden Arbeitszeiten erreicht werden. Beurteilt man nämlich den Bereitschaftsdienst mit der Beklagten nicht als Arbeitsbereitschaft, sondern Bereitschaft (Bereitschaftsdienst, reine Bereitschaft), so nimmt der Kläger jeweils mit Beginn der effektiven Arbeitszeit während dieser Bereitschaft die sogenannte Vollarbeit auf jeweils bis zum Ende der Einzeltätigkeit. Die Zeit der effektiven Arbeit während eines als Bereitschaft zu klassifizierenden Bereitschaftsdienstes ist auf jeden Fall als Arbeitszeit bei der Berechnung der Höchstarbeitszeit zu berücksichtigen (vgl. insoweit Dinecke-Neumann, AZO, 9. Auflage, § 7 Rdnr. 27). Die tägliche Höchstarbeitszeit von 13 Stunden wird also auch bei Bewertung des Bereitschaftsdienstes als nicht zur Arbeitszeit gehörigen Bereitschaft überschritten, da zumindest die Zeiten tatsächliche Arbeit als Arbeitszeit zu bewerten sind.

Sollte entgegen der vom Gericht vorgenommenen Interpretation des klägerischen Vorbrings und entsprechenden Auslegung zumindest bezüglich eines am Sonntag geleisteten Bereit-

schaftsdienstes festgestellt werden, daß hier nach nicht die Fortsetzung der Arbeit verlangt werden könnte, so gelten die bisherigen Ausführungen hier entsprechend. Der Kläger hat nämlich nach seinen Aufzeichnungen an den jeweiligen Sonntagsbereitschaftsdiensten, die von Sonntag 9.00 Uhr bis Montag 8.00 Uhr dauern, über 13 Stunden tatsächlich gearbeitet. Daher kann in diesen Fällen die Beklagte eine Weiterarbeit nicht verlangen, obwohl den Bereitschaftsdiensten eine normale Arbeitszeit nicht vorangegangen ist.

II.

Die Beklagte ist – von Notfällen abgesehen – nicht berechtigt, von dem Kläger an seinem Arbeitsplatz zu verlangen, mehr als einmal in der Woche über die reguläre Arbeitszeit hinaus Bereitschaftsdienst zu leisten. Dies ergibt sich aus § 3 der Arbeitszeitordnung, wonach die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit 48 Stunden nicht übersteigen darf. Die Einschränkung bezüglich der Notfälle ergibt sich aus § 14 der Arbeitszeitordnung.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 91 ZPO; die über den Streitwert folgt aus § 61 Abs. 2 ArbGG.

Haftung des Krankenhausträgers für eine von einer Krankenpflegehelferin fehlerhaft gesetzte intramuskuläre Injektion

**Bundesgerichtshof v. 8. Mai 1979
(AZ: VI/ZR 58/78)**

Ein griechischer Arbeiter erhielt nach einer Bruchoperation täglich Megacillin-Injektionen in die Gesäßmuskulatur. Durch eine fehlerhaft gesetzte Spritze zog er sich eine „Spritzenlähmung“ im Bereich des linken Beines zu. Die entsprechende Spritze war nicht durch eine ausgebildete Krankenschwester, sondern eine nach einjähriger Ausbildung examinierte Schwesternhelferin gesetzt worden. Der Kläger forderte wegen anhaltender Arbeitsunfähigkeit Ersatz des Verdienstausfalls und Schmerzensfeld. Das Landgericht Frankenthal hat lediglich Verdienstausfall für 18 Monate, das OLG Zweibrücken zusätzlichen Schadensersatzanspruch anerkannt, soweit „dieser nicht auf der Renneneurose des Klägers beruht“. Der Bundesgerichtshof gab der Revisionsklage gegen die genannten Urteile statt.

Kernsatz des Urteils: „Demnach spricht vieles dafür, daß auch heute noch die Verabreichung von intramuskulären Injektionen durch Krankenpflegehelferinnen grundsätzlich nicht geduldet werden darf, weil deren fehlerhafte Ausführung bekanntermaßen zu typischen schwerwiegenden Schäden führen

kann.“ Konsequenz: Auszubildende in der Krankenpflege können intramuskuläre Injektionen ablehnen. Werden Auszubildende von Vorgesetzten zu intramuskulären Injektionen verpflichtet, haftet der Krankenhausträger für mögliche Schäden.

Gewährung von Bildungsurlaub für Lernschwester/-pfleger zur Teilnahme an ÖTV-Seminaren

Arbeitsgericht Lahn-Gießen, AZ: 3 Ga 9/79

Einem Krankenpflegeschüler wurde die Teilnahme an einem ÖTV-Seminar verweigert, das die Kriterien des Hessischen Gesetzes über den Bildungsurlaub vom 24. Juni 1974 erfüllte. Der Krankenpflegeschüler beantragte eine einstweilige Verfügung beim Arbeitsgericht. Das Arbeitsgericht gab dem Antrag ohne mündliche Verhandlung statt, da der Arbeitgeber keine dringenden betrieblichen Erfordernisse als Hindernisgrund vortragen konnte. Die einstweilige Verfügung hielt das Gericht für gerechtfertigt, da der Kläger seinen Anspruch im Klagewege nicht mehr rechtzeitig hätte durchsetzen können. Das Gericht stützte auch die Auffassung des Klägers, daß die Teilnahme an einer Bildungsveranstaltung nicht als Fehlzeit im Sinne des § 10 des Krankenpflegegesetzes anzusehen ist.

Vorwurf der fahrlässigen Tötung im Bereitschaftsdienst

Verantwortung des Arbeitgebers für Diensteinteilung (OLG München, 20. Dezember 1978 AZ: 1 WS 376/77)

Das Oberlandesgericht München hat in einem Beschuß vom 20. 12. 1978 die Anklageerhebung gegen einen Assistenzarzt wegen des Verdachts der fahrlässigen Tötung abgelehnt. Der Patient war gegen 3.45 Uhr als Notfall in das Krankenhaus Erding eingeliefert worden. Der Arzt soll einen Herzinfarkt übersehen haben, an dessen Folgen der Patient beim Weitertransport in ein anderes Krankenhaus verstorben sein soll. Die Anklageerhebung wurde u. a. deshalb abgelehnt, weil nicht auszuschließen sei, daß dem Arzt ein Versäumnis infolge Übermüdung nach überlanger Arbeitszeit (19. Dienststunde) unterlaufen sei.

Zu diesem Zusammenhang macht das Gericht folgende allgemeine Ausführungen: „Das inkriminierte Verhalten des Beschuldigten gibt Anlaß zu der Vermutung, es könne seine Ursache nicht zuletzt in der physischen Überlastung dieses Arztes gehabt haben. Nach 19stündiger ununterbrochener Arbeitsleistung sind selbst bei einem überdurchschnittlich leistungsfähigen Menschen erhebliche Ermüdungserscheinungen zu erwarten, die sich sowohl in einem Nachlassen der Konzentration und der Verfügbarkeit des an sich vorhandenen fachlichen und sonstigen Könnens als auch in unterschwelligen Abwehrreaktionen äußern können. Daß dies auch für Ärzte gilt, bedarf keiner weiteren Erörterung. Folglich kann es – von Notfällen infolge krankheitsbedingten Personalausfalls u. ä. einmal abge-

sehen – mit Rücksicht auf die betroffenen Patienten nur als unverantwortlich bezeichnet werden, wenn zum Bereitschaftsdienst in den Krankenhäusern immer noch Ärzte eingeteilt werden, die vor der Nacht, in der sie den Bereitschaftsdienst zu leisten haben, den ganzen Tag über im Krankenhaus tätig sind, ohne eine längere Erholungs- oder Ruhepause, die auch einen Schlaf ermöglicht, einschalten zu können. Von jedem Kraftfahrer wird heute als selbstverständlich erwartet, daß er die Fahrt mit dem PKW oder LKW bei eintretender Übermüdung unterbricht, um sich zu regenerieren und andere Verkehrsteilnehmer nicht der Gefahr von Fehlreaktionen auszusetzen. Fährt er gleichwohl weiter, so handelt er nach einhelliger Rechtsauffassung pflichtwidrig und hat demgemäß, wenn es zu einem Ver-

kehrsunfall kommt, die entsprechenden strafrechtlichen und zivilrechtlichen Konsequenzen zu tragen. Es liegt aber auf der Hand, daß sich der Arzt gegenüber seinen Patienten, insbesondere lebensbedrohend erkrankten Patienten in einer Situation befindet, die derjenigen des Kraftfahrers gegenüber den anderen Verkehrsteilnehmern in dem Punkt, um den es sich hier handelt, durchaus vergleichbar ist. Auch der Arzt muß über sein gesamtes Konzentrationsvermögen, seine gesamten sachbezogenen Fähigkeiten und seine gesamte innere Einsatzbereitschaft voll verfügen können, um Fehler zu vermeiden, die unter Umständen außerordentlich schwerwiegende Folgen haben. Deshalb kann ihm bei verantwortungsbewußter Betrachtungsweise nicht zugemutet werden, in übermüdetem Zustand den Bereitschaftsdienst zu versehen.“

Aus diesen Gründen ist der Senat der Auffassung, daß – sofern nicht ein Notfall vorliegt – die Einteilung eines am selben Tag bereits tagsüber voll tätigen Krankenhausarztes zum nächtlichen Bereitschaftsdienst seitens des für diese Einteilung Verantwortlichen eine Sorgfaltspflichtverletzung gegenüber den betroffenen Patienten darstellt, die im Falle eines Übermüdungsbedingten Versagens des Bereitschaftsarztes und einer sich hieraus bei einem Patienten ergebenden Todes- oder Verletzungsfolge durchaus die Annahme rechtfertigt, **der für Einteilung Verantwortliche habe sich des entsprechenden Fahrlässigkeitsdeliktes schuldig gemacht.**“

PRO FAMILIA Presseerklärung

Hiermit nimmt das Präsidium der PRO FAMILIA zu einer Kontroverse zwischen dem Präsidenten der Bundesärztekammer Dr. med. Karsten Vilmar und dem Vorstand des Landesverbandes Bremen der PRO FAMILIA Stellung. Gegenstand der Kontroverse ist die gegenwärtige Praxis des Schwangerschaftsabbruchs, drei Jahre nach der Änderung des § 218 StGB.

Vorausgegangen ist ein Interview von Dr. Vilmar für Radio Bremen, in dem er sich in Übereinstimmung mit zwei Ärztetagsbeschlüssen besorgt über eine angebliche Ausweitung des Schwangerschaftsabbruchs geäußert hat. Eine scharfe Reaktion des Landesverbandes Bremen der PRO FAMILIA ist vor dem Hintergrund von vereinzelten Versuchen zu verstehen, den Schwangerschaftsabbruch als Tötung oder Mord zu qualifizieren oder gar mit nationalsozialistischem Massenmord gleichzusetzen. Angesichts von unabsehbaren Versorgungsgängen in der Bundesrepublik (immer noch gehen tausende deutscher Frauen ins Ausland) hat der Landesverband Bremen entschieden, den Schwangerschaftsabbruch in eigener Verantwortung ambulant durchzuführen; dieses völlig legale Modellprojekt wird derzeitig vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit gefördert und auf seine Praktikabilität hin überprüft.

Das Deutsche Ärzteblatt hat diese Kontroverse aufgegriffen und dazu Stellung genommen. Damit ist eine Eskalation erreicht, die für alle Beteiligten wenig förderlich ist. Vor allem wird den betroffenen Frauen geschadet, und Institutionen, die in diesem Bereich arbeiten, werden in Mißkredit gebracht.

Das Präsidium der PRO FAMILIA stellt deshalb richtig:

1. Die offizielle Statistik der Schwangerschaftsabbrüche weist einen scheinbaren Anstieg der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche aus. In Wirklichkeit handelt es sich um eine Verbesserung der statistischen Erfassung, während es nicht ausgeschlossen ist, daß die Zahl der tatsächlichen durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche zurückgeht. Auch in vergleichbaren europäischen Ländern geht nach einer Phase des scheinbaren Anstiegs der Schwangerschaftsabbrüche in Folge der Liberalisierung die Zahl der tatsächlichen Schwangerschaftsabbrüche zurück. Ganz ähnlich verhält es sich mit der scheinbaren Zunahme des Anteils der sogenannten Indikation aus sozialer Notlage, die allein deshalb häufiger wird, weil sie im Gesetz vorgesehen ist und nicht mehr wie früher unter anderen, weniger zutreffenden Indikationen legitimiert werden muß.
2. Während der Gesetzestext die Indikation einer „schwerwiegenden Notlage“ vorsieht, wird in der Öffentlichkeit von „sozialer Indikation“ geredet und diese meistens auch noch auf finanzielle Notlagen verkürzt. Angesichts dieser Einengung der Perspektiven ist die Häufigkeit dieser Indikation unverständlich und wird, in Verkennung der tatsächlichen Problemlagen, egoistischem Verhalten und Gesetzesmißbrauch zugeschrieben.
3. Nach aller Erfahrung führen Frauen ihren Entschluß zum Schwangerschaftsabbruch auch durch. Es geht demnach einerseits darum, die möglichen körperlichen und seelischen Schädigungen so klein wie möglich zu halten, andererseits besonders darum, durch präventive Maßnahmen die Zahl der ungewollten und dann abgebrochenen Schwangerschaften zu vermindern. Hierzu ist eine Ausschöpfung sowohl der präventiven Möglichkeiten der Empfängnisregelung als auch der gesetzlichen Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs erforderlich.
4. Die präventive Versorgung der Bevölkerung ist auch deshalb noch unzureichend, weil die Aus- und Weiterbildung der Ärzte den Bereich der Familienplanung zu wenig berücksichtigt und weil in der gängigen Praxis eine angemessene Beratung zu kurz kommt. Erfreulicherweise sind mehr und mehr Ärzte dazu bereit, mit PRO FAMILIA, die selbst maßgeblich von Ärzten getragen wird, zusammenzuarbeiten.
5. Eine der Schwierigkeiten bei der zuverlässigen Empfängnisregelung liegt in der Unzulänglichkeit der Methoden zur Schwangerschaftsverhütung. Neben der notwendigen Intensivierung der Forschung muß daher gewährleistet sein, daß die gesamte Palette der Methoden angeboten und in der Beratung unter Berücksichtigung der gesamten Lebenssituation kompetent vermittelt wird.
6. Die Verantwortung für die Schwangerschaftsverhütung liegt noch fast ausschließlich bei den Frauen, obwohl die Wirksamkeit praktisch aller Methoden durch die aktive Mitwirkung der Männer entscheidend verbessert werden kann.
7. All diese Defizite verlangen nach einer verstärkten Beratung über Familienplanung, die nicht nur von Beratungsstellen, sondern vermehrt von der übrigen Ärzteschaft geleistet werden sollte. PRO FAMILIA hat durch ihre Beratungstätigkeit seit mehr als 25 Jahren zur Verringerung der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche beigetragen. PRO FAMILIA wird das auch weiterhin tun und setzt sich deshalb entschieden gegen Versuche zur Wehr, ihre Arbeit zu diskreditieren.

Frankfurt am Main, am 4. August 1979

En Memoriam

Werner Forssmann, ein unbequemer Wissenschaftler!



Sein Tod im Frühsommer soll ein Anlaß sein, sich des Mannes zu erinnern, der Bahnbrechendes leistete und dennoch immer wieder vergessen wurde.

Forssmann wurde im Jahre 1904 geboren, absolvierte sein Medizinstudium als Werkstudent und bestand als 24jähriger sein Staatsexamen in Berlin. In den Jahren nach dem Studium arbeitete er als Assistenzarzt am Auguste-Viktoria-Hospitium in Eberswalde (DDR). Der Grundstein seines Ruhmes, sollte die von ihm 1929 im Selbstversuch erstmalig durchgeführte Einführung eines 65 cm langen Herzkatetheters von der Ellenbeuge ins rechte Herz werden. In weiteren Selbstversuchen demonstrierte er die relativ ungefährliche Anwendung von jodhaltigen Kontrastmitteln in der rechten Herzhöhle und wurde damit zum Pionier der modernen Herz- und Gefäßdarstellung.

Er führte seine Versuche gegen den Widerstand seiner Vorgesetzten durch, verkannt von der etablierten Mediziner-generation seiner Zeit, die an der alten hippokratischen Auffassung festhielten, daß jede Verletzung des Herzens mit dem Leben unvereinbar sei. 1931 stellte er seine Ergebnisse auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vor. Er nahm in Kauf, verspottet zu werden, und seine Versuche als „Verücktheiten eines abwegigen Sonderlings“ einordnen zu lassen. Sauerbruch gab ihm zu verstehen, daß man sich mit solchen Methoden in einem Zirkus habilitieren könne, aber nicht in einer Klinik. Aus Mangel an Unterstützung stellte er schließlich seine Forschungen ein. Während des zweiten Weltkrieges arbeitete er als Lazarettsarzt in Pommern. Der Krieg brachte ihn nach Westdeutschland, wo er, Vater von sechs Kindern, als praktischer Arzt und später als Urologe in Bad Kreuznach arbeitete. 25 Jahre waren vergangen, bis ihm 1954 mit der Verleihung der Leibniz-Medaille durch die Akademie der Wissenschaften der DDR eine erste Auszeichnung seiner Forschungen zuteil wurde.

Die Technik der Herzkatheteruntersuchung wurde durch die amerikanischen Forscher Cournand und Richards weiterentwickelt. Gemeinsam mit seinen beiden Kollegen wurde Werner Forssmann 1956 der Nobelpreis für Medizin und Physiologie verliehen.

Werner Forssmann galt als unbequem! Es war jedoch die Art, in der seine Forschungen und sein Engagement gegen Unterdrückung und Ungerechtigkeit aufgenommen wurde, die ihn zu einem

unbequemen Zeitgenossen werden ließ. Als er 1959 die Verhältnisse an den deutschen Krankenhäusern und speziell an seiner Düsseldorfer Klinik kritisierte, wurde ihm wegen angeblich mangelnder fachlicher Eignung gekündigt. Der „Zufall“ wollte es, daß im gleichen Jahr, in dem Forssmann durch seine energische Haltung gegen eine atomare Bewaffnung der Bundeswehr von sich Reden machte, die Frau des ehemaligen Bundesaußenminister G. Schröder, als einflußreiches Mitglied des Kuratoriums des evangelischen Krankenhauses Düsseldorf, die Kündigung Forssmanns forderte. Unterstützt durch den breiten Druck der Öffentlichkeit blieb Forssmann schließlich Chefchirurg in Düsseldorf.

Werner Forssmann war Antifaschist: Er setzte sich unter anderem dafür ein, daß in Düsseldorf eine Großveranstaltung der NPD verhindert werden konnte.

Aus Angst vor einer hemmungslosen Jagd nach Organspendern wandte er sich gegen die Durchführung von Herztransplantationen.

Mit der Unterzeichnung des Aufrufes zur Demonstration für „Frieden, Abrüstung und Zusammenarbeit“ am 21. Mai 1977 gab der Demokrat Werner Forssmann zum letzten Mal seinem größten Wunsch, dem Wunsch nach Frieden, Ausdruck.

Prof. Dr. W. Forssmann, der Wegbereiter der modernen Kardiologie, starb im Alter von 74 Jahren an den Folgen zweier Herzinfarkte.

H. H. Wetz

„Abtreibung ist Massenmord“ (Kardinal Höffner)

Die gegenwärtige Praktizierung des § 218 ist immer schärferen Angriffen ausgesetzt.

Es fing damit an, daß nach Inkrafttreten des reformierten Gesetzes Kreisparlamente, Chefärzte und Stadtparlamente die Schwangerschaftsunterbrechungen für ihre Einrichtungen verboten; so geschehen u. a. in Bayern und Baden-Württemberg.

Es wurden Hungerstreiks und Schweigemärsche der katholischen Kirchenverbände (so im April 1979) organisiert, die Standsvertretungen der Ärzteschaft heizten das Klima weiter mit emotionsgeladenen Stellungnahmen an. Den vorläufigen Höhepunkt stellt der Ausspruch des Vorsitzenden des bayerischen Ärztekammer, Holzgartner, dar, die „Abtreibung“ sei mit den Morden an Juden im Hitlerfaschismus zu vergleichen.

Die katholische Bischofskonferenz ließ durch ihren Vorsitzenden Kardinal Höffner verkünden, daß Abtreibung Massenmord sei.

Hier geht es nicht mehr um Stilfragen der politischen Auseinandersetzung. Hier wird eine Kampagne systematisch vorangetrieben, die diejenigen außer acht läßt, die sie vorgibt zu schützen.

Es trifft die Frauen, die vor der konkreten Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch stehen. Sie müssen die emotionsgeladene Atmosphäre verkraften, ohne daran psychisch zu zerbrechen.

**Nach Abbruch
viele Konflikte
Frauen suchen kürzeren Weg
zum Schwangerschaftsabbruch**
Neuartige Hilfe für schwangere Frauen in Not
Abtreibung: Statt nach Holland an die Küste
Frauen in Not: AWo hilft
Hilfe in Konfliktfälle
Ute Huber gegen spezielle Kliniken für Abtreibungen
500 Fragebögen ausgegeben
Abtreibung – Konflikt ohne Ende
In 1 Jahr: 54309 Abbrüche
96 Prozent für Modellversuch
Konflikt um Abtreibungskliniken
Hilfe für Frauen in Not
Abtreihinosis-Kliniken

Diese Art des Umgangs stellt eine Verleugnung der menschlichen Persönlichkeit dar, der das Recht abgesprochen wird, frei, selbstständig und unbeeinflußt über das eigene Leben zu entscheiden. Unter dem Vorwand Leben schützen zu wollen, wird den Frauen und ihren Familien das Recht genommen, die eigenen Verhältnisse lebenswert zu gestalten, wird das Recht auf soziale Sicherheit, auf psychisches Wohlbefinden und persönliches Glück ignoriert. Kritik an diesem Vorgehen hat nichts mit Kinderfeindlichkeit zu tun, es hat allerdings etwas zu tun mit den Verhältnissen, unter denen die Mehrzahl der Frauen hier leben.

Zur sozialen Sicherheit gehören auch die bezahlbaren Wohnungen, in denen ein Kind sein eigenes Zimmer hat. Persönliches Glück und psychisches Wohlbefinden kann sich nur entwickeln, wenn die materiellen Lebensumstände gesichert sind. Von diesen Voraussetzungen hängen auch Glück und Wohlbefinden derjenigen ab, um die es geht, der Kinder.

Wir wollen also keine kinderfeindliche oder kinderlose Gesellschaft, sondern das Recht für uns und unsere Kinder, in gesicherten Verhältnissen aufzuwachsen und zu leben!

„Demokratisches Gesundheitswesen“ stellt zwei große, beispielhafte Einrichtungen vor und zeigt deren Schwierigkeiten auf: Pro Familia in Bremen und das geplante Institut für Schwangerschaftskonflikte der Arbeiterwohlfahrt in Essen.

Um die Notwendigkeit für Schwangerschaftsberatungsstellen hervorzuheben, zuvor einige allgemeine Ausführungen zur heutigen Situation.

Immer noch 100 000 illegale Abbrüche in der BRD

Seit dem 21. 6. 1976 ist der neue § 218 Strafgesetzbuch in Kraft. Die Einen sprechen von Reform, die Andern vom Abtreibungsparagraphen, die Dritten



vom Entmündigungsparagraphen. Tatsache ist, daß immer noch eine große Zahl von Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch ins Ausland fährt. Nach einer 1975 vom Bundesfamilienministerium in Auftrag gegebenen Studie (von H. W. Jürgens und U. Pieper) lassen in der Bundesrepublik jährlich 250 000 bis 350 000 Frauen einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen. Das deckt sich auch mit einer früheren Schätzung von „Infra-Test“, die ermittelte, daß auf acht Lebendgeburten drei Schwangerschaftsabbrüche entfallen. 1977, nach der „Reform“, wurden in der Bundesrepublik nur 54 309 legale Abbrüche gemeldet. „Stimezo Nederland“, eine Trägerorganisation von Abbruchkliniken in Holland, gibt weitere 60 000 Frauen aus der BRD an. Rund 45 000 wurden in anderen Ländern wie England, Österreich und Jugoslawien registriert. Rechnet man diese Zahlen zusammen, so bleibt günstigstenfalls immer noch eine Dunkelziffer von rund 100 000 Abbrüchen, die weder in deutschen noch in ausländischen Statistiken vorkommen.

Wir wollen nicht mehr nach Holland fahren

Dafür müssen wir uns mit Instanzen plagen

Langwierig und erniedrigend stellt sich der gesetzlich verordnete Instanzenweg dar:

Die Frau muß sich ihre Schwangerschaft vom Arzt oder in einer Apotheke bestätigen lassen; danach muß sie zu einer staatlich anerkannten Beratungsstelle, wo sie – nach dem Willen des Gesetzes – von den Beratern dazu motiviert werden soll, ihre Schwangerschaft weiter auszutragen. Ist die Frau auch nach der Beratung noch nicht dazu bereit, muß sie zu einem weiteren Arzt, um sich bescheinigen zu lassen, daß dies aus gesundheitlichen Gründen oder aus einer sozialen Notlage heraus für sie nicht möglich ist. Mit diesen Bescheinigungen ausgerüstet, muß sie dann erst den Arzt oder die Klinik finden, die den Eingriff vornimmt.

Beratungszentrum Pro Familia Bremen

Die Bremer Pro Familia hat seit Februar diesen Jahres verwirklicht, daß unter einem Dach nicht nur theoretisch beraten, sondern auch praktisch geholfen werden kann. Hier können ambulant Schwangerschaftsabbrüche bis zur achten Schwangerschaftswoche vorgenommen werden. „Demokratisches Gesundheitswesen“ hat Pro Familia Bremen besucht und dort ein Gespräch mit den beiden Mitarbeitern Ilse Scheinhardt und Hanna Staudt geführt. Dabei wurde besonders das Problem der „Zwangseratung“ erörtert.

Zwang – Beratung ... Beratung – Zwang

Im § 218 b Absatz 1 heißt es, daß die schwangere Frau „über die zur Verfügung stehenden öffentlichen und privaten Hilfen für schwangere Mütter und Kinder beraten“ werden soll, „insbesondere über solche Hilfen, die die Fortsetzung der Schwangerschaft und die Lage von Mutter und Kind erleichtern“. Hier wird juristisch – strafgesetzlich – festgelegt, daß – und mit welchem Ziel – eine Frau beraten werden muß. Ob die Frau die

Beratung braucht oder will, ist hier nicht gefragt. Diese „Zwangseratung“ wird somit oft zu einer zusätzlichen Last für die betroffene Frau, die meistens den langwierigen Entscheidungsprozeß, ob Schwangerschaftsabbruch oder nicht, hinter sich hat, bevor sie die Schwelle der Beratungsstelle betritt. Die Berater ihrerseits leiden darunter, das Gesetz ausführen zu müssen. Ein Berater, der nicht individuell beraten darf, sondern an den Gesetzentext gebunden ist, kommt sich überflüssig vor, wenn eine Frau fest entschlossen ist, diese Schwangerschaft nicht auszutragen.

„Geburtsprämie“ oder Veränderung der menschenfeindlichen Gesellschaft?

„Die Hilfen, die die Lage für Mutter und Kind erleichtern“ sind auch nicht gerade im Überfluß vorhanden. Wohl ist die Einführung des Mutterschaftsgeldes und des Mutterschaftsurlaubes ein guter Anfang; dem muß aber noch viel folgen. Was nützt es einer Mutter, ein halbes Jahr unterstützt zu werden oder gar eine einmalige „Geburtsprämie“ in Höhe von 2000 DM zu bekommen, wenn sie ihre eigene Existenz und die des Kindes für die nächsten 20 Jahre gesichert wissen müßte?

Man kann sich nicht dagegen wehren, daß es soziale Notlagen gibt. Die Bedingungen müssen geändert werden! An dem Tag, an dem ausreichend Krippen und Kindertagesstätten zur Verfügung stehen, wo Frauen und Kinder sich gleichzeitig weiterentwickeln können, an dem die gesellschaftliche Haltung gegenüber der Frau – und vor allem der alleinstehenden Frau und Mutter – sich geändert hat, an dem es natürlich und selbstverständlich ist, schon mit Kindern über Sexualität und Verhütungsmittel zu sprechen, an dem Kinder und Erwachsene gleich viel zählen – an dem Tag wird das Problem der Beratung und des Beraters ganz anders aussehen.

Konzept der Arbeiterwohlfahrt

„Die zweifelhafte Zuflucht ungewollt schwangerer Frauen zu Seifenlauge, Stricknadel und Küchentisch des Kurfürstlers gehört noch längst nicht der Vergangenheit an. Das ist auch nach der Änderung des § 218 noch so, obwohl seit Mitte 1976 legale, von der Krankenkasse bezahlte Abbrüche möglich sind.“

Dies schreibt die Arbeiterwohlfahrt Niederrhein in ihrer Broschüre „Hilfe für Frauen“, in der sie uns mit der Errichtung ihrer Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen bekannt macht. „Demokratisches Gesundheitswesen“ besuchte Erwin Knebel, einen Verantwortlichen für dieses Konzept bei der Arbeiterwohlfahrt (AWo) in Düsseldorf und erörterte mit ihm die Arbeitsgrundlagen und Zielsetzungen des Instituts.

Das Hilfsangebot muß so beschaffen sein, daß es alle im Gesetz vorgeschriebenen Möglichkeiten für die Frauen voll ausschöpft und im Interesse der Frau organisiert. Konkret bedeutet dies:

- Verkürzung der Instanzenwege durch räumliche Zusammenlegung von Indikationsstellung, Beratung und Abbruch.
- Verlagerung des Beratungsangebots in den Bereich der Vorsorge.



Hilfe für Frauen

Institut für Schwangerschaftskonflikte
Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Niederrhein

- Entwicklung langfristig wirksamer Maßnahmen zur Senkung der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche insgesamt.

Diesen Ansatz verfolgt die AWo Niederrhein mit der geplanten Errichtung eines „Instituts für Schwangerschaftskonflikte“ in Essen, dessen Konzeption 1978 von einer außerordentlichen Bezirkskonferenz angenommen wurde. Vorbereitend hat sie in fünf Kreisverbänden acht Konfliktberatungsstellen eingerichtet, denen weitere folgen sollen. (In der BRD sind es jetzt 46.) Sie sollen später mit dem Institut zusammenarbeiten.

Freie Entscheidung für die Frau

Grundlegend für diese Planung ist die Haltung der AWo, die Frau darüber entscheiden zu lassen, ob sie ein Kind austragen will oder nicht. Damit verbunden ist auch die Pflicht, der Frau überhaupt erst die Möglichkeit zu einer freien Entscheidung zu verschaffen. Denn: Frauen, die sich in einer „schweren Notlage“ befinden, dürfen nach dem neuen § 218 eine Schwangerschaft abbrechen lassen. Was aber ist eine Notlage, die zur Bescheinigung einer „sozialen Indikation“ berechtigt? Eigentlich kann nur die Betroffene selbst wissen, was für sie erträglich ist. Die Entscheidung trifft jedoch der beratende Arzt. Daß in seiner Bewertung Not nicht gleich Not ist, liegt auf der Hand!

Institut für Schwangerschaftskonflikte

Der größte Teil der Arbeit soll allerdings auf dem Gebiet der Vorsorge liegen, denn „Schwangerschaftsabbruch kann für die Frau kein geeignetes Mittel sein, eine ungewollte Schwangerschaft zu verhindern; er kann nur der letzte Ausweg aus einer für die Frau nicht anders zu lösenden Konfliktsituation sein.“

Das Institut soll also vier Aufgabengebiete umfassen:

- Vorsorge
- Schwangerschaftskonfliktberatung
- Schwangerschaftskonfliktberatung und Schwangerschaftsabbruch
- Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildung und wissenschaftliche Begleitung

Darüber hinaus will das Institut Ursachen deutlich machen und Lösungsmöglichkeiten entwickeln helfen. Es will aber vor allen Dingen auch verändernd wirken, denn es gilt, gesellschaftliche Widerstände und Vorurteile abzubauen und zu überwinden.

Dieses Konzept soll nur als Ganzes durchgesetzt werden, ohne irgendwelchen Abstrich an den finanziellen und materiellen Forderungen. Nur so sieht die Arbeiterwohlfahrt ihre Zielsetzung durchführbar.

„§ 218 – Holocaust im Untergrund“

Doch stehen der Realisation verschiedene Gruppen entgegen, die ihr Steine in den Weg legen:

- viele niedergelassene Ärzte fürchten den Verlust ihrer Patientinnen, sehen aber nicht die Möglichkeit und Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit diesem Institut.

Institut für Schwangerschaftskonflikte

1. Vorsorge	2. Schwangerschaftskonfliktberatung	3. Schwangerschaftskonfliktberatung und Schwangerschaftsabbruch	4. Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildung und wissenschaftliche Begleitung
A	Vorsorge: Aufkl. u. Sexualerziehung Beratung mediz. Hilfangebote	Vorsorge: Aufkl. u. Sexualerziehung Beratung Familienplanung	Öffentlichkeitsarbeit: Abbau von Vorurteilen Veröffentlichung der Arbeit des Instituts
B	- Psychosoziale Begleitung während Schwangerschaft - Unterstützung beim aktiven Umgang mit Schw. - Mediz. Betreuung - Vorsorge - Geburthilfe	Konfliktberatung: Inform. und Vermittlung von Hilfleinrichtungen Vermittl. u. Sicherst. der Indikation Mithilfe bei der Suche nach berechtigter Stelle für Abbruch Begleit. Hilfe bei Erhaltung der Schw.	Fortbildung: - Ausbildung von Ärzten in der Abseugmethode - Supervision der Institutsmitarbeiter - Fortbildung der Mitarbeiter in Beratungsstellen
C	- Psychosoziale Begleitung nach der Geburt - Vermittlung von Kontaktgruppen - Hilfen für Eltern und Kind	Nachsorge: Gesprächsgruppen Psychosoz. Beratung Vermittl. v. Kontaktgr.	wissenschaftl. Begleitung: - interdiszipl. Beobachtung und Auswertung durch Hochschule

– die Zusammenarbeit wird dadurch erschwert, daß den Ärzten in manchen Bundesländern die Zulassung zur Indikationsstellung aus sozialer Notlage und die Zulassung zum Abbruch von der jeweiligen Landesregierung verwehrt wird. So sind z. B. 73 der 93 zugelassenen Praxen, die ambulante Abbrüche bis zur 8. Schwangerschaftswoche vornehmen können, in Nordrhein-Westfalen!

– die katholische Kirche spricht von „§ 218 – Holocaust im Untergrund“, „Abtreibung ist Mord“, ... „moralischen Niedergang eines Volkes“, bei dem das „ungehemmte Streben nach Emanzipation“ dazu geführt habe, daß das „sittliche Wertbewußtsein und Wertempfinden vieler verändert und abgestumpft sei“. Die Verleumdung des AWO-Instituts ging sogar so weit, daß der Bezirksverband gerichtlich gegen die Behauptung „Massentötung der Abtreibungsklinik in Essen“ vorgehen mußte und diese Behauptung verboten wurde.



– die Politiker fahren auf dem gleichen Dampfer: Ministerialrat Conrad vom Bundesfamilienministerium betonte, daß die vom Bund geförderten Beratungsstellen ihre Beratung in Richtung Erhaltung des ungeborenen Lebens durchführen sollten. Das Bremer Modell (Beratungszentrum Pro Familia) werde jetzt genau überprüft, gegebenenfalls wolle man „Konsequenzen“ ziehen. Weiter sagte er: „es gibt keinen Rechtsanspruch auf Schwangerschaftsabbruch“ und „ob die geplante Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte der Arbeiterwohlfahrt in Essen gefördert werde, sei noch völlig offen (NRZ vom 27. 8. 1979). Mit diesen Argumenten wird die Finanzierung hinausgezögert. Die Konzeption ist so weit, daß das Institut schon gestern mit seiner Arbeit hätte beginnen können.“

„Wir wollen aber auch kein zweites Holland werden!“

Ilse Scheinhardt (Pro Familie Bremen)

Die Bremer Pro Familie hat eine umfangreiche Dokumentation über die Realität in der BRD nach der Reform des § 218 veröffentlicht. Betroffene Frauen ziehen hier eine erschütternde Bilanz.

„Nach wie vor werden die Frauen, die Hilfe suchen, durch die umständliche Prozedur und das Unverständnis von Beratern und Ärzten in der Wahrnehmung ihrer Rechte behindert, eingeschüchtert und gedemütigt. Nach wie vor suchen alljährlich ca. 70 000 deutsche Frauen ihre Zuflucht in den holländischen Abtreibungskliniken, die in der medizinischen und menschlichen Behandlung als vorbildlich gelten“, heißt es im Vorwort.

In den Einzelberichten der Frauen kommt immer wieder zum Ausdruck, wie groß die Anstrengungen sind, den Frauen fremde Maßstäbe für ihre zukünftige Lebensgestaltung aufzuzwingen.

Die äußerst demütigende Behandlung von Frauen in einigen Krankenhäusern und von Ärzten wundert nicht, wenn man weiß, daß 90% aller Kliniken und jeder zweite Gynäkologe gegen die soziale Indikation sind. Viele Krankenhäuser haben es sich zur lieben Gewohnheit gemacht, im Falle der sozialen Indikation gleichzeitig mit dem Eingriff die Sterilisation oder die Einlage einer Spirelle zu verlangen, andernfalls wird der Abbruch nicht vorgenommen.

Was heißt: „Soziale Indikation“

§ 218 a, 2 StGB:

„Der Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt ist nicht nach § 218 strafbar, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnissen der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.“

Die Handhabung und Auslegung des § 218, insbesondere oder ganz herausragend gerade die soziale Indikation, wird von Bundesland zu Bun-



(„Wir wollen nicht mehr nach Holland fahren“, Pro Familia Bremen, rororo aktuell, 1978, 4,80 DM)

desland (Nord-Süd-Gefälle), in verschiedenen Krankenhäusern, von Arzt zu Arzt, ja selbst von den Mitarbeitern einer Beratungsstelle unterschiedlich praktiziert.

Pro Familie bezieht sehr eindeutig Stellung zur Frage der sozialen Indikation in der Kontroverse mit dem Bundesärztekammerpräsidenten Dr. K. Vilmar, der die Richtigkeit dieser Indikationsstellung bestreitet. Hierzu zwei Zitate aus dem offenen Brief. (Die Presseerklärung vom 4. 8. 1979 dazu ist im Dokumentarteil vollständig wiedergegeben.)

„Die soziale Notlage im Sinne des § 218 allein auf ein zu geringes Einkommen zu reduzieren, ist selbst wieder realitäts- und problemblind. Als soziale Notlage muß alles gelten, was gegen die Bedürfnisse und Lebensperspektive der Frauen gerichtet ist und sie gefährdet. Dieser Freiraum wurde durch die Neufassung des § 218 StGB ausdrücklich geschaffen. Als soziale Notlage muß weiterhin alles gelten, was einer gesicherten Zukunft und emotional schützenden Erziehung von Kindern entgegensteht.“

„Wer den Schutz des werdenden Lebens, ohne die Zukunft des geborenen Lebens propagiert, setzt sich dem historisch begründeten Verdacht aus, nicht am Leben des einzelnen interessiert zu sein, sondern allein am Wachsen der Bevölkerungszahlen. Diese Moral, ohne soziale Verbindlichkeit, ging in der Vergangenheit auch immer zu Lasten der Arbeiterklasse und sozialer Randgruppen.“

Liste Demokratischer Ärzte

In der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

Ärzte fordern Einlösung des § 218

Presseerklärung vom 29. 9. 1979

In den vergangenen Monaten wurde von der Bundesärztekammer und konservativen katholischen Bischöfen mehrfach der § 218 angegriffen und die daraus hervorgegangene Praxis pharisäerhaft als „massenhafter Mord“ diffamiert. Über diese Entwicklung ist die „Liste Demokratischer Ärzte“ in der Landesärztekammer Hessen sehr besorgt. Eine solch provokative Argumentation verkennt und mißachtet die psychische und soziale Situation von Frauen, die sich in schwerer Not befinden.

Wir als Ärzte wissen, wie sehr die Gesundheit der Frau von der Möglichkeit einer freien Entscheidung für oder gegen ein Kind abhängt. Wir begrüßen deshalb, daß Aborte nicht mehr unter kriminellen Bedingungen durchgeführt werden müssen, sondern mehr und mehr legal und unter fachärztlicher Betreuung versorgt werden können.

Wir als Ärzte wissen, welche Auswirkungen es für die Gesundheit eines Kindes hat, ob es gewollt und geliebt oder notgedrungener Weise akzeptiert, wenn nicht gar abgelehnt wird. So läßt sich

nachweisen, daß gewollte eheliche Kinder eine geringere Sterblichkeit und weniger schwere Krankheiten haben als ungewollte nichteheliche.

Wir bedauern deshalb, daß immer noch illegale Aborte stattfinden und eine große Zahl deutscher Frauen zu „Abtreibungen“ ins Ausland fahren muß. Es ist bekannt, daß letzteres insbesondere das Privileg finanziell begüterter Kreise ist.

Schließlich ist es an der Zeit, daß mehr psychosoziale Beratungsstellen (z. B. pro familia) und medizinische Einrichtungen personell und apparativ so ausgestattet werden, damit der § 218 voll eingelöst werden kann. Eine weitere Voraussetzung dafür ist die Verbesserung und Ausweitung von Krippen, Kindergärten und Horten.

Die Liste Demokratischer Ärzte wird bei den Vorbereitungen zu den Landesärztekammerwahlen im Frühjahr 1980 auf eine Lösung dieser Probleme drängen. Gerade jetzt muß der Verunsicherung der Ärzteschaft begegnet werden, um für alle Frauen eine gesetzeskonforme und fachgerechte Behandlung zu ermöglichen.



Im Rahmen der Auseinandersetzungen fand am 22. 9. 1979 in Essen eine Demonstration mit über 2000 Demonstranten statt, zu der Frauengruppen und Frauenzentren aus Nordrhein-Westfalen, Jungsozialisten und Jungdemokraten aufgerufen hatten. Sie forderten ein Ende der Diffamierungskampagne von klerikalkonservativer und standesärztlicher Seite. Konkret für Essen forderten sie die Errichtung des Instituts für Schwangerschaftskonflikte der Arbeiterwohlfahrt und dessen materielle Absicherung durch Landes- und Bundesmittel.



Abtreibung soll in Frankreich Dauerrecht werden

Die französische Regierung will das 1975 in Kraft getreten und auf fünf „Versuchs“-Jahre befristete Gesetz über die Schwangerschaftsunterbrechung zum Dauerrecht machen und damit die gesetzliche Möglichkeit zur Abtreibung ohne ernste medizinische Gründe in den ersten zehn Wochen der Schwangerschaft fest verankern. Das Kabinett befand, die Bilanz des Gesetzes sei positiv, wenn auch noch Verbesserungen notwendig seien. Bei der Beratung des Gesetzes in der Nationalversammlung in der zweiten Novemberhälfte könnte es erneut zu Rissen in den Regierungsparteien kommen. Schwangerschaftsabbrüche werden in Frankreich zu staatlich kontrollierten Preisen in zugelassenen Kliniken vorgenommen. In der Praxis hat sich jedoch gezeigt, daß in einigen Teilen Frankreichs – wo sich meist katholische Krankenhäuser weigern, Schwangerschaftsunterbrechungen vorzunehmen – nach wie vor erhebliche Schwierigkeiten bestehen, ein Hospital zu finden. Das Abtreibungsgesetz war Ende 1974 von der damaligen Gesundheitsministerin und jetzigen Präsidentin des Europaparlaments, Simone Veil, eingebracht worden.

Aus: Süddeutsche Zeitung vom 4. 10. 1979



Studieneingangstest zum Medizinstudium

„Wir wissen nicht, was der Test mißt“

Dieser Satz stammt aus der Kultusministerkonferenz, jenem Gremium aus den Kultusministern des Bundes und der Länder, das am 30. 3. 1979 beschlossen hat, ab Wintersemester 1980/81 ein Testverfahren zur Zulassung zum Medizinstudium einzuführen. Für drei Jahre zur Probe sollen 1200 von ca. 7000 Medizinstudenten pro Semester nach dem Ergebnis eines Eignungstests die Zulassung zum Studium erhalten, die anderen Studienplätze werden wie bisher nach Notendurchschnitt (Numerus clausus), Losverfahren und Härtefalliste vergeben.

DG veröffentlicht hiermit zum ersten Mal einen Testbericht über einen Spezialteil des Studieneingangstests, der Geschicklichkeit und manuelle Fertigkeiten messen soll.

Testurteil: Ungeeignet

von Martin Walger

Ein Testbericht

Im Sommer vergangenen Jahres erhielt ich von der „Studienstiftung des deutschen Volkes“ in Bonn-Bad Godesberg ein freundliches Schreiben, in dem ich gefragt wurde, ob ich Interesse hätte, an einem Test teilzunehmen, der die Eignung eines Bewerbers zum Medizinstudium feststellen sollte. Dies völlig unverbindlich für ein Entgelt von 50 DM.

Die Auswahl erfolgte rein zufällig unter Bonner Abiturienten, die sich bei der ZVS (Zentralen Registrierstelle für Studienbewerber) für ein Medizinstudium beworben hatten. So fanden sich ca. 150 Testpersonen zusammen, die in etwa 20 Gruppen eingeteilt wurden. 5 Trainingstermine innerhalb 14 Tagen wurden vereinbart, bevor der große Schlußtest stattfinden sollte.

Es stellte sich heraus, daß bei diesem Test die Fingerfertigkeit und Geschicklichkeit eines Bewerbers durch spezielle Aufgaben ermittelt werden sollte, die angeblich in irgendeinem Zusammenhang zum späteren Medizinberuf stehen sollten.

So setzte sich jeder an seinen Arbeitsplatz, und unter Anleitung wurde das Testprogramm absolviert, wobei die Teilnehmer an jedem Trainingstag etwa 10 Aufgaben zu bewältigen hatten.

Einige Beispiele solcher Testaufgaben: Die „Handruhe“ sollte gemessen werden, indem der Bewerber eine Art Griffel aus Metall eine halbe Minute in ein kleines Loch, das auf einer Arbeitsplatte

eingestanzt war, halten mußte, ohne dabei an den Rand oder auf den Boden der Platte zu stoßen. Weiterhin sollte man mit diesem Griffel eine vorgestanzte Figur aus Kreisen und Linien nachfahren, ohne dabei anzustoßen. In einer halben Minute sollten wir möglichst oft auf eine kleine Metallplatte klopfen oder auch kleine Messingstifte möglichst schnell in kleine Löcher stopfen.

(Weitere Tests: so schnell wie möglich mit dem Griffel 25 Kontaktpunkte exakt berühren. Bei einem Test waren diese Punkte auf der Arbeitsplatte, beim zweiten in die Platte eingesenkt (Zahn plombieren). Oder man sollte mit einer Art Kugelschreiber, in dem sich vorne eine Fotozelle befand, einen Lichtpunkt nachfahren, der sich im Achteck unterschiedlich schnell fortbewegte.)

Jedesmal konnte der Versuchsleiter die Ergebnisse direkt an einem zentralen Registriergerät ablesen. Schnelligkeit und Anzahl der Fehler wurden dann nach einem bestimmten Punktsystem ausgewertet. Vor zwei Trainingsterminen sowie vor dem Schlußtest wurde jeweils ein Fragebogen ausgefüllt, in dem der Bewerber über seinen momentanen körperlichen und seelischen Zustand Auskunft geben sollte. Der Schlußtest verlief dann wie ein gewöhnliches Training: jede Aufgabe wurde einmal absolviert und registriert. Die 5 Besten sollten als kleinen Anreiz 20 DM Prämie zusätzlich erhalten.

Ich persönlich halte so eine Art von Eignungstest für wenig sinnvoll, ja sogar für ungerecht. Erstens konnte ich eine Beziehung der einzelnen Testaufgaben zur späteren beruflichen Tätigkeit als Arzt nur sehr schwer feststellen.

NEUE METHODE BEI DER „ZENTRALE FÜR DIE VERGABE VON STUDIENPLÄTZEN“

UND NUN ÜBERTRAGEN
WIR DIE ZIEHUNG
DER STUDIENPLÄTZE
FÜR PHARMAZIE,
MEDIZIN UND
PSYCHOLOGIE



TOPP/KÜHN /pardon

Zweitens bin ich der Ansicht, daß jede Fingerfertigkeit mehr oder weniger erlernt werden kann, daß dieser Test also kaum Aufschluß darüber geben kann, wie gut man als späterer Arzt mit seinen Händen umgehen kann.

Drittens glaube ich, daß trotz Training und Fragebogen die Chancen des einzelnen Bewerbers nicht gleich sind. So passierte es mir, daß ich an einem Trainingstermin um ca. 30% schlechter abschnitt, da ich vorher 8 Stunden körperlich gearbeitet hatte. Da nutzt dann auch kein Fragebogen, in dem ohnehin jeder angibt, daß es ihm bei dem Test nicht gerade gut gehe.

Es kann sich zudem nicht jeder Bewerber für das Medizinstudium aussuchen, was er in der Wartezeit bis zum Studienbeginn anfängt, ob er für seinen Lebensunterhalt arbeiten muß, oder aber so gut abgesichert ist, daß er sich intensiver auf solch einen Test vorbereiten kann.

Ich kann abschließend nur hoffen, daß so etwas, auch nicht als Probe eines umfassenden Tests, eingeführt wird.

Welche Maßstäbe die Kultusminister sonst noch an zukünftige Mediziner anzulegen gedenken, ist zum Teil schon durch Veröffentlichungen des „Spiegel“ und der „Frankfurter Rundschau“ bekanntgeworden. Außer Tests, die gängiges Material in Intelligenztests darstellen, werden Aufgaben mit folgendem Niveau vorkommen:

Aufgabe 14:
Die folgende Tabelle zeigt die Häufigkeit des Auftretens (In Prozent) von fünf Symptomen bei den Krankheiten 1 bis 5.

Symptom	Krankheit				
	1	2	3	4	5
Schlafstörung	80	90	75	90	95
Kopfschmerz	50	40	65	30	60
Zittern der Hand	60	20	50	80	10
häufiges Hinfallen	70	30	30	60	60
Ausschlag	10	50	0	50	30

Herr Meyer kommt in die Praxis, klagt über Schlafstörungen, häufiges Hinfallen und ein Zittern der Hand. Er leidet wahrscheinlich unter Krankheit
 (A) 1
 (B) 2
 (C) 3
 (D) 4
 (E) 5



Aufgabe 4:

Die Einsicht, daß zwei Symptome in der Regel zusammen auftreten, ist kein Hindernis, sie in der medizinischen Wissenschaft ...
 (A) unterschiedlich zu gewichten
 (B) gesondert zu behandeln
 (C) gemeinsam zu untersuchen
 (D) als voneinander unabhängig zu behandeln
 (E) voneinander getrennt zu erheben

Mit solchen Aufgaben soll gemessen werden:

„Gutes Gedächtnis, räumliches Vorstellungsvermögen, eine differenzierte visuelle Wahrnehmung, die Fähigkeit zu sorgfältigem und konzentriertem Arbeiten, ein Gefühl für sprachliche Bedeutungsunterschiede, ein Grundverständnis für physikalische, biologische, chemische und mathematische Fragestellungen.“ Außerdem:

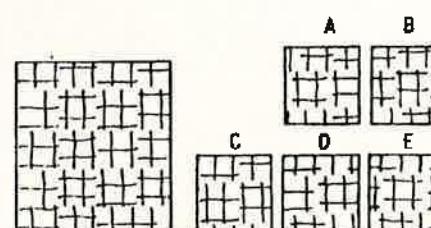
„... Informationen, die in längeren Texten oder in formalisierter Form – Tabellen, Graphiken, Statistiken – vorgegeben sind, zu erfassen und zu beurteilen.“

„Satzergänzung“

Soll-Ziel: 26 Aufgaben in 16 Minuten. Erläuterungstext: „Die folgenden Aufgaben prüfen Ihr sprachliches Differenzierungsvermögen: das Erkennen feiner sprachlicher Unterschlede und die genaue Ausdrucksweise. Es werden Sätze vorgegeben, in denen jeweils ein oder mehrere Wörter durch einen Strich ersetzt sind. Suchen Sie unter den fünf Ergänzungsvorschlägen (A) bis (E) denjenigen heraus, der sich vom gedanklichen, vor allem aber vom sprachlichen Zusammenhang am besten in den Satz einfügt.“

„Muster zuordnen“

Erläuterungen: „In den folgenden Aufgaben wird Ihre Fähigkeit geprüft, Ausschnitte in einem komplexen Bild wiederzuerkennen.“



Soziale Auslese?

War es bisher schon möglich, sich mittels Nachhilfe und Privatunterricht gute Abiturnoten zu beschaffen, sofern man dafür genügend Geld besaß, so wird es demnächst wohl sehr bald Vorbereitungskurse zur Bewältigung des Studieneingangstests geben, die gegen entsprechende Gebühr besondere Fähigkeiten im Lösen von Testaufgaben vermitteln werden.

Damit erhält die Zulassung zum Studium noch mehr den Charakter einer sozialen Auslese. Die Kultusminister verstößen mit der Einführung dieses Tests außerdem eindeutig gegen ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts, daß im Jahre 1978 die Verpflichtung aussprach, den grundgesetzwidrigen Numerus Clausus in absehbarer Zeit abzuschaffen.

Niemand darf wegen . . .

Zur Einstellungspraxis an bundesdeutschen Krankenhäusern (Teil 1)

Der Fall Renate Paul

Renate Paul studierte Medizin in Erlangen und Düsseldorf, wo sie sich engagiert für studentische Belange einsetzte. Hier lernte sie auch, sich kritisch mit sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen auseinanderzusetzen. Sie begann ihre Weiterbildung zum Nervenarzt an der Rheinischen Landesklinik in Mönchengladbach – also im öffentlichen Dienst –, wo sie 4 Jahre unbeanstandet, von Kollegen und Patienten sehr geschätzt, arbeitete. Anfang des Jahres bewarb sie sich um eine Assistenzarztstelle an der Neurologischen Universitätsklinik Göttingen, um ihre Facharztweiterbildung fortzusetzen. Sie erhielt die Zusage, zunächst eine bis Oktober 1979 befristete Stelle zu bekommen mit der Möglichkeit der späteren Übernahme. Am 5. 3. 1979 schickte die Verwaltung Einstellungsunterlagen einschließlich des berühmten Bogens, auf dem die Wohnsitze der letzten 5 Jahre einzutragen sind. R. Paul schickte diese Unterlagen umgehend ausgefüllt zurück: die „politische Überprüfung“ lief . . .



Zunächst geschah nichts, kein Bescheid, kein Einstellungstermin, die Zeit verstrich. Bei Rückfragen hieß es lediglich, die „politische Überprüfung“ sei noch nicht abgeschlossen. Es wurde schließlich Ende Mai R. Paul war immer noch nicht eingestellt, obwohl die Stelle bereits im Februar frei war. Am 12. 6. 1979 beantragte sie, nachdem die ÖTV Rechtsschutz zugesagt hatte, eine einstweilige Verfügung zur Einstellung beim Arbeitsgericht Göttingen. Das Gericht entschied am 22. 6. 1979 positiv mit Hinweis auf Art. 33,2 GG. Darüber hinaus verwies es darauf, daß bei einem befristeten Vertrag von insgesamt 8 Monaten eine Überprüfungszeit von 3½ Monaten nicht mehr als angemessen zu betrachten sei. R. Paul konnte ab 25. 6. 1979 arbeiten.

CDU-Regierung geht in Berufung

Doch das Land Niedersachsen war keineswegs bereit, die richterliche Entscheidung zu akzeptieren. Es legte Berufung ein, ohne diese inhaltlich zu begründen, lediglich mit dem Hinweis darauf, es werden noch „gerichtsverwertbare Erkenntnisse“ über R. Paul aus NRW erwartet. Das Landesarbeitsgericht Hannover verlängerte am 12. 7. 1979 auf Antrag die Berufungsfrist bis zum 12. 8. 1979, hob am 19. 7. 1979 ohne Verhandlung die Zwangsvollstreckung aus dem Urteil der 1. Instanz auf. Dies nahm die Verwaltung zum Anlaß, der Kollegin Paul am 31. 7. 1979 mitteilen zu lassen, sie könne ab 1. 8. 1979 nicht weiterarbeiten.

Das Verfahren ging weiter:

R. Paul hatte inzwischen Klage in der Hauptsache eingereicht, da eine einstweilige Verfügung, ja nur ein vorläufiger Rechtsschutz ist. Am 26. 7. 1979 kam eine Einladung zur „Anhörung“. Die Vorwürfe lauteten: Mitgliedschaft und Aktivitäten in der DKP, z. B. Unterschriften unter Wahlausrufen.

„Freundliche“ Anhörung im Innenministerium

23. 8. 1979: „Anhörung“ im Innenministerium in Hannover: Die Herren der Kommission geben sich zunächst recht freundlich, fragen nach Lebenslauf und Tätigkeit, einer der Herren läßt sich sogar den Unterschied zwischen Neurologie und Psychiatrie erklären. Dann kommen sie zum Kernpunkt, wollen eine Stellungnahme zu den schriftlich mitgeteilten Vorwürfen, verspüren sogar Lust, über Ziele und Programmatik der DKP zu diskutieren. Die jahrelange Erfahrung mit Anhörungsverfahren lehrt, welches Ziel die Herren verfolgen: sie suchen etwas, mit dem sie ihren Verdacht, Frau Paul sei eine „Verfassungsfeindin“ erhärten können. (Man muß dazu übrigens wissen, daß in Niedersachsen seit der Regierungsübernahme durch Herrn Albrecht niemand mehr auf Grund einer Anhörung eingestellt worden ist.)

Berufung wird zurückgewiesen

In der Berufungsverhandlung am 6. 9. 1979 vor dem LAG in Hannover ließ der

Vertreter des Landes N. die Katze aus dem Sack: Leider könne er einem vom Richter vorgeschlagenen Vergleich nicht zustimmen, da das Land eine **grundsätzliche Entscheidung** wünsche; denn schließlich gehe es nicht an, daß in zukünftige Überprüfungsverfahren mittels einstweiliger Verfügungen eingegriffen werde. Das Land bekam, was es verdiente. Die Berufung wurde kostenpflichtig zurückgewiesen. Renate Paul konnte ab 7. 9. 1979 wieder arbeiten.

Breite Solidarität

Doch das arbeitsrechtliche Verfahren ist nur die eine Seite: Sofort, nachdem R. Paul die Weiterarbeit untersagt wurde, entwickelte sich eine breite Solidaritätsbewegung. Die Assistentenschaften der Neurologie, der Psychiatrie, der Personalrat, ehemalige Kollegen und Organisationen wie Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP), Bund demokratischer Wissenschaftler (BdWi) und Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) solidarisierten sich mit R. Paul. Die ÖTV führte eine Unterschriftenaktion durch, der sich in kurzer Zeit fast 2000 Kollegen und Bürger Göttingens anschlossen. Die Göttinger Initiative gegen Berufsverbote unterstützte Frau Paul. Die örtliche und überörtliche Presse berichtete ausführlich. Die Empörung war besonders groß, da sich die Landesregierung im Frühjahr bereits einen ähnlichen „Fall“ geleistet hatte – ebenfalls an der Göttinger Uniklinik. Der Krankenschwester Barbara Wille sollte nach über 3½jähriger Tätigkeit als DRK-Schwester am Klinikum Göttingen die Übernahme in den öffentlichen Dienst aus politischen Gründen verwehrt werden. Dank der Solidaritätsbewegung konnte sie, nach-

Niemand darf wegen . . .

dem das AG Göttingen das Land zur Einstellung verpflichtete, ihre Arbeit wieder aufzunehmen. Die Regierung verzichtete auf Berufung.

Deutlich wird an beiden „Fällen“: in Niedersachsen wird die Berufsverbote-praxis verschärft betrieben, wird versucht, sie auf den Bereich Gesundheitswesen auszudehnen. Dagegen hilft nur, sich zu wehren, diese Praxis in die Öffentlichkeit zu bringen; denn das fürchten die Herren Berufsverbote wie der Teufel das Weihwasser. Offiziell sagen sie ja immer noch, es gebe keine Berufsverbote. Wichtig ist es also, Öffentlichkeit zu entwickeln, z. B. über die örtlichen Initiativen gegen Berufsverbote, Solidarität zu üben mit den Betroffenen, wobei auch die Solidarität durch Spenden nicht vergessen werden sollte; denn viele Betroffene sind in ihrer Existenz bedroht.



Von bekannten Persönlichkeiten der BRD ist zu diesem Zweck der Heinrich-Heine-Fond ins Leben gerufen worden, der sich zum Ziel gesetzt hat, den Betroffenen zunächst einmal aus der schlimmsten Not zu helfen.

Konten:

Rechtsanwalt Heinz Reichwaldt (Heinrich-Heine-Fond)
Bank für Gemeinwirtschaft Hannover
Konto-Nr. 141 806 (BLZ 25010111)

Rechtsanwalt Heinz Reichwaldt Sonderkonto
Postscheck Hannover Nr. 339291-304

KONGRESSBERICHTE

4. Internationaler Kongreß für Gruppenmedizin

In Berlin fand im Juni 1979 der 4. Internationale Kongreß für Gruppenmedizin statt, nach vorherigen Treffen in Winnipeg (Kanda), Rio de Janeiro und Paris. Viel konnte man voneinander bisher nicht lernen, zu unterschiedlich sind in den einzelnen Ländern die Strukturen des Gesundheitswesens, und Länder mit nationalisierten Gesundheitsdiensten (in den sozialistischen Ländern, aber auch in England und Schweden) hatten bislang kaum Interesse an einer Teilnahme gezeigt.

Ich hatte den Eindruck, daß Gruppenmedizin mehr eine Antwort ist auf die enger gewordenen Einkommensmöglichkeiten des individuell arbeitenden Arztes, als daß sie diskutiert wird im Rahmen notwendig gewordener integrierter medizinischer Versorgung. „Wirtschaftliche Aspekte partnerschaftlicher Zusammenarbeit“ oder ein Streit um Arzt oder Nicht-Arzt für das „Management in Gruppenpraxen“ waren in Berlin beherrschendere Themen als die „Erweiterung des ärztlichen Teams um andere Berufe des Gesundheitswesens“. Im Gegensatz zu anderen beteiligten Ländern (Kanada, USA, Frankreich, Niederlande) hat das Veranstalterland Bundesrepublik keine nennenswerte Zahl weitgehend integrierter

ärztlicher Einrichtungen vorzuweisen. So hatte man Mühe für die Schlußdiskussion zu dem Thema: „Verändern Gruppenpraxen die Struktur ärztlicher Versorgung?“ einen deutschen Gruppenpraktiker als Podiumsteilnehmer zu finden. Im Sinne internationaler Kriterien für die Anerkennung als Gruppenpraxis gibt es in der Bundesrepublik wohl nur zwei Gruppen, die Gesundheitszentren in Berlin-Gropiusstadt und Riedstadt bei Darmstadt. So fällt für die BRD die Beantwortung der Podiumsfrage auch sehr kurz aus: Nein. Da ist es schon ein Hohn, wenn im Grußworten von Präsidenten ärztlicher Standesorganisationen „das Thema Gruppenmedizin in die Zukunft weist“ (Prof. Heim, Berlin). Immerhin kritisierte Dr. Metzner,

KV-Vorsitzender in Rheinland-Pfalz, deutlich die offiziellen Verlautbarungen gegenüber Gruppenpraxen, in denen, wie z. B. im Niederlassungsservice für kassenärztliche Versorgung in der BRD die kooperative Praxisausübung mit so vielen negativen Auswirkungen beschrieben wird, daß interessierte Ärzte besser die Finger davon lassen sollten. Nach wie vor wird in der kooperativen Praxisausübung in der BRD die Gefahr gesehen, daß „die Freiheit des Berufstandes durch den kleinen Schritt von der Gruppenpraxis oder dem Apparatezentrum zum Ambulatorium droht“ (G. von Lojewski). Überall plagen sich Gruppenpraxen mit der an sie gestellten Frage herum, ob die Gruppenmedizin

ein Kostensenkungsfaktor im Gesundheitswesen ist. Aber bereits Untersuchungen in Frankreich haben ergeben, daß es sehr schwierig ist, die wirtschaftliche Bedeutung der Gruppenpraxis unter dem Aspekt der Kostensenkung wissenschaftlich nachzuweisen.

Ich halte diese Frage auch nur für beantwortbar, wenn zuvor die Maßstäbe für die Qualität medizinischer Versorgung diskutiert und gefunden wurden. Diese Diskussion kann aber nicht, wie bisher, ohne die Patienten geführt werden. Auch die Gruppenpraxis als therapeutisches Team verschiedener Gesundheitsberufe wird nicht deswegen wichtig für zu verändernde Struktur im Gesundheitswesen, wenn Rentabilitäts-

Überlegungen volkswirtschaftliche Vorteile belegen sollten. Organisationsformen im Gesundheitswesen ohne Mitbestimmungsrechte der Patienten über Inhalte, Schwerpunkte und Ziele der Gesundheitsversorgung sind für Gesundheitsarbeiter mit einer progressiven Gesellschaftsauffassung uninteressant. Es konnte nicht verwundern, daß diese Thematik auf dem Kongreß in Berlin völlig fehlte. In Zukunft müssen die ersten Erfahrungen in Gesundheitszentren in den Niederlanden und in Großbritannien mit dem Einfluß von Patientenkomitees auf die Gesundheitseinrichtungen allgemein bekannt, diskutiert und praktiziert werden.

Harald Skrobliés, Riedstadt

Reichsbund: Sozialpolitik für die nächsten Jahre sichern!

Der Reichsbund der Kriegsopfer, Behinderten, Sozialrentner und Hinterbliebenen führte Ende September in Hannover seine 9. Bundestagung durch. 228 Delegierte (49 Frauen und 179 Männer) der seit mehr als 60 Jahren bestehenden Organisation waren in der Stadthalle anwesend, um entschieden den Abbau sozialer Leistungen zu verhindern, und durch die Verabschiedung mehrerer Programme den Willen der rund 800 000 Mitglieder zu dokumentieren.

Die Organisation, die durch ein dichtes Netz haupt- und nebenamtlicher Helfer versucht, behinderten Bürgern bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche zu helfen und die gleichzeitig durch zahlreiche Gespräche mit den gesellschaftlich relevanten Kräften der Bundesrepublik immer wieder entscheidende Anstöße zur Verbesserung der Lage der sozial Schwachen gibt, konnte zunächst eine insgesamt positive Bilanz der vergangenen Jahre im Hinblick auf die Stärkung des Verbandes ziehen. Insbesondere ist es gelungen, neben den Kriegsopfern auch verstärkt Behinderte als Mitglieder zu gewinnen.

Die Bilanz der Sozialpolitik der vergangenen Jahre gab aber Anlaß zur Kritik. Die Abkehr vom Prinzip der bruttolohnbezogenen Rente und die steigende Zahl arbeitsloser Schwerbehinderter wurden besonders kritisiert. Auch die zur Eröffnung der Tagung anwesenden Ehrengäste (Bundesarbeitsminister Ehrenberg, Niedersachsens Ministerpräsident Albrecht und Sprecher der Bundestagsparteien) kritisierten in ihren Reden die letztgenannte Tatsache stark. Abzuwarten bleibt, ob den detaillierten Forderungen des Reichsbundes jetzt Taten durch die Vertreter der Bonner Sozial- und Arbeitsmarktpolitik folgen.

Der Reichsbund wird sich in der Zukunft auch deutlicher als bislang für eine entschiedene Entspannungs- und Abrü-

stungspolitik einsetzen. Der neu gewählte 1. Bundesvorsitzende Hermann Meyer (Bad Bevensen) betonte gerade diese Aspekte in seiner schriftlich vorgelegten Eröffnungsansprache deutlich, die er allerdings wegen einer plötzlichen Erkrankung nicht verlesen konnte. Die Organisation, die bereits frühzeitig Kontakte zu entsprechenden Verbänden der sozialistischen Länder hatte und die sich aktiv an den Treffen der ehemaligen Kriegsteilnehmer zu Fragen der Entspannung in Europa beteiligt, wird hier sicher noch ein reiches Betätigungsfeld finden.

Die Arbeit des Reichsbundes fand auch Anerkennung durch Gäste aus dem In- und Ausland. Der Weltverband der Behinderten (FIMITIC) und der Weltfrontkämpferbund waren ebenso vertreten wie das ständige Sekretariat der Vereinten Nationen zur Durchführung des Weltjahres der Behinderten 1981.

Für die nächsten vier Jahre hat der Verband ein aktualisiertes Sozialpolitisches Programm als Arbeitsgrundlage beschlossen. Mehr als 200 Anträge dazu, gestellt und verabschiedet auf vorausgegangenen Landeskongressen, machen die Sorgfalt deutlich, mit der hier gearbeitet wurde. Der Reichsbund fordert entschieden die sofortige Rückkehr zur bruttolohnbezogenen Rente und wird sich mit Nachdruck gegen „jetzt und in Zukunft ... geplante Ver-

schlechterung sozialer Rechte und Leistungen“ zur Wehr setzen.

In gleichzeitig verabschiedeten Frauen- und Jugendpolitischen Programmen macht der Verband deutlich, wo er in den nächsten Jahren weitere Schwerpunkte setzen will. Auch durch die Wahl einer Frau zur 2. Bundesvorsitzenden (Sophie Götzke, Duisburg), wird das Bestreben sichtbar, verstärkt Frauen in die Arbeit einzubeziehen.

Im Bereich der Jugendarbeit will der Reichsbund die integrative Arbeit junger Behindter und Nichtbehinderter durch die Einrichtung einer eigenen Jugendorganisation verbessern. In ca. 30 Städten existieren bereits INTEG-Jugendclubs; jetzt soll vermehrt zur Gründung derartiger Gruppen angeregt werden.

Der Reichsbund will damit den Bestand der Organisation sichern und gleichzeitig auch neue Gruppen für eine Mitgliedschaft gewinnen. Außerdem will er durch eine ausführliche Öffentlichkeitsarbeit erreichen, daß Vorurteile behinderten Bürgern gegenüber abgebaut werden. Zu diesem Zweck gibt er u. a. einen „Sozialpolitischen Presse- und Informationsdienst“ heraus, der sich besonders an Personen wendet, die im sozialen Bereich arbeiten (Redaktionsanschrift: SPID, Beethovenallee 56–58, 5300 Bonn 2).

Mit einer gewissen Zuversicht gingen die Delegierten nach dreitägigen Beratungen nach Hause. Es gilt jetzt, die beschlossenen Programme in konkretes Handeln umzusetzen. Die sozial Schwachen werden auch in Zukunft einen starken Rückhalt im Reichsbund finden.

Wolfgang Scherer (Münster)

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)

Rund 800 Personen aus unterschiedlichen psycho-sozialen Berufsgruppen kamen zum 1. Workshop-Treffen der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie vom 8. bis zum 10. 6. 1979 in die Universität Münster. In den zweitägigen Workshops wurden die Teilnehmer mit therapeutischen Verfahren bei Depressionen, Sexualstörungen, Ängsten und anderen psychischen Störungen vertraut gemacht. Nicht nur theoretisches Wissen, sondern auch praktische Fähigkeiten wurden in Arbeitskreisen von maximal 20 Personen vermittelt.

logen (BDP), kostete die Teilnahme an einem zweitägigen Workshop 30 DM für Berufstätige.

Es wurden bei diesem Workshop-Treffen noch weitere Ziele der DGVT deutlich: So waren – nach einer Einschätzung der meisten Teilnehmer (Fragebogenauswertung siehe DGVT-Mitteilungen 3/79) – die Leiter der Arbeitskreise keine „Gurus“, sondern Personen, die einen Wissensvorsprung in einem bestimmten Gebiet haben. Sie haben den Teilnehmern dieses Wissen angeboten und waren gleichzeitig bereit, auch von

Vormerken!

Vom 18. bis 23. Februar 1980 findet in Berlin der erste Kongreß für „Klinische Psychologie und Psychotherapie“ statt. Veranstalter sind die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie und die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie. Durch Referate, Seminare und Workshops sollen die „Möglichkeiten und Grenzen einer Integration psychotherapeutischer Methoden“ ausgelotet werden. Programm und Anmeldeformulare sind ab Anfang Dezember über die DGVT-Geschäftsstelle, Postfach 1343, 7400 Tübingen, erhältlich.

Dieses Ausbildungskonzept wird unter den Mitgliedern ständig diskutiert, so auch in der nachfolgenden Mitgliederversammlung am 9. und 10. Juni 1979. Es ist für viele Personen ungewohnt, ohne Anleitung selbstständig und eigenverantwortlich zu arbeiten. In manchen Arbeitskreisen gibt es Augenblicke, in denen niemand weiß, wie es nun eigentlich weitergehen soll. Aber auch die Aufarbeitung dieser Probleme ist nach Meinung der DGVT lehrreich. Dieses „Lernen in der Gruppe und durch die Gruppe“ fördert langfristig auch die Bereitschaft für eine ständige Supervision und Kontrolle, die auch im Alltag eines psychotherapeutisch Tätigen unabdingbar ist. Letztlich ist dies auch – so die DGVT – die einzige sinnvolle Alternative zu einer privatwirtschaftlich organisierten „Psychotherapie“-Ausbildung, die nur wenigen Privilegierten offen steht.



Ein zweites Ziel war es, auch andere Berufsgruppen als nur Psychologen mit therapeutischen Verfahren und Erfahrungen vertraut zu machen. Dies ist eine Maxime der mit 6500 Mitgliedern in diesem Bereich großen bundesdeutschen Fachverbänden: Kein Monopol der Psychologen auf „Psychotherapie“; vielmehr soll psychotherapeutisches Grundwissen und Verhalten für alle Berufsgruppen angeboten werden, die mit Patienten und Klienten umgehen. Dies zeigt sich auch in sogenannten „Kleinigkeiten“: im Gegensatz zu anderen psychotherapeutischen Werkstatt-Treffen, zum Beispiel die Therapiewoche des Berufsverbandes Deutsche Psycho-

den Teilnehmern zu lernen. Durch die Vermittlung ihres Wissens wurden sie von den Teilnehmern auch zu dessen Überprüfung gezwungen.

Nach dieser Methode baut die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie die Aus- und Weiterbildung in Verhaltenstherapie auf. Die „Auszubildenden“ organisieren sich selbstständig in Arbeitskreisen zu maximal 20 Personen. Diese Arbeitskreise formen dann kurzzeitig themenspezifische Kleingruppen. Es gibt weder „Lehrtherapeuten“ noch „Leiter“. Die Teilnehmer helfen sich durch gegenseitige Supervision, Kritik und Austausch von Wissen.

B. Scholten

DG 1/79

Humanität ja – doch ohne Kosten

Gedanken nach dem 10. Krankenhaustag in Düsseldorf

„Es geht um das Defizit an Humanität im Krankenhaus“, so drückte Prof. H. Hoffmann, Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Krankenhäuser die Thematik des 10. Deutschen Krankenhaustages aus, der im Mai 1979 in Düsseldorf stattfand.

Wurde das Krankenhaus in den letzten Jahren fast nur noch in der Verbindung mit Begriffen wie „Personalkosten“, „Kostenexplosion“, „Bettenberg“ und „Wirtschaftlichkeit“ genannt, so taucht in letzter Zeit immer häufiger der Begriff der „Humanität im Krankenhaus“ auf.

Deutsche Patienten haben am Krankenhauseingang ihre Individualität abzulegen. Von da an zählt der Patient Karl Müller nicht mehr in seiner Rolle als Arbeiter und Familienvater, sondern als der „Magen von Zimmer 7“. Auf seine Sorgen und Ängste, die durch die ungewohnte Umgebung und durch seine Krankheit entstehen, geht in der Regel niemand vom Personal ein. Im Gegenteil: Untersuchungen ergaben, daß nur der Patient beliebt ist, der nie fragt, wie es um ihn steht, was mit ihm geplant sei oder warum diese oder jene Behandlung gewählt würde.

Um Verbesserung dieser Situation geht es, wenn von Humanität im Krankenhaus oder ihrem Fehlen die Rede ist. Es beginnt bereits an der Pförtnerloge: Der gepäckbeladene Patient wird angewiesen, zunächst in der Verwaltung seine Personalien zwecks Anlage einer Krankenakte zu Protokoll zu geben, sodann sich auf Station XY im Trakt Z zu begeben. Dort nach etlichen Irrwegen angekommen, steht er erst einmal verloren auf dem Flur, bis ihm endlich ein Bett zugewiesen wird. Hier sollen nun nach den Vorstellungen des Krankenhaustages „Hostessen“ einspringen. Mit diesem unglücklich gewählten Begriff sind Frauen gemeint, die in der Aufnahmehalle eintreffende Patienten oder Angehörige erwarten und sie persönlich zur Station begleiten. Solche Dienste gibt es bereits am Dortmunder St.-Johannes-Hospital oder an der Med. Hochschule Hannover. Einen entscheidenden Beitrag zur Humanisierungsdebatte hat der Krankenhaustag mit diesem Modell allerdings nicht leisten können, auch wenn es nicht zu leugnende positive Züge trägt.

Solange in der Öffentlichkeit nicht klar gesagt wird, daß verstärktes betriebswirtschaftlich ausgerichtetes Sparsamkeitsdenken im Krankenhaus notwen-

dig zu Lasten von mehr Humanität geht, wird man weder den Problemen der Patienten noch denen der Beschäftigten gerecht. Denn durch Personaleinsparung erzwungene Arbeitsetze ist es in erster Linie, neben noch mangelnder Information und Ausbildung über Patientenprobleme, die es dem Krankenhauspersonal gegenwärtig unmöglich machen, dem Patienten mehr Zeit, Information und Anteilnahme zukommen zu lassen.

Daneben verschärft die aus Rationalisierungsgründen immer stärker um sich greifende Arbeitsteilung die Unpersönlichkeit. Ist die Pflege für jede einzelne Funktion (wie Bettenmachen, Urine einsammeln, Krankenakten führen, Blutdruckmessen) auf jeweils andere Pflegepersonen verteilt – wie bei der gegenwärtigen Funktionspflege –, so erlebt das Personal nicht mehr den Patienten als Ganzes in seiner Krankheit und kann ihm daher auch nicht als Individuum gerecht werden.

Eine Zuordnung einer Pflegekraft für jeweils ein Zimmer, in dem diese dann

einen Patienten ganzheitlich betreut, könnte dem entscheidende Abhilfe verschaffen. Dies wird in letzter Zeit verstärkt von der Gewerkschaft ÖTV gefordert*. Gleichzeitig ist eine solche Versorgung aber auch kostenintensiver.

Da ist es eben billiger, wie es die Med. Hochschule Hannover machen will: Da der Bedarf an psychischer Betreuung nicht mehr übersehen werden kann, sollten speziell für die Tätigkeit Gesprächsführung und Erledigung kleiner persönlicher Wünsche Frauen ohne entsprechende Ausbildung über Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen des Arbeitsamtes eingestellt werden. Die Personalversammlung widersprach diesem Ahsinnen und stellte fest: die psychische Betreuung des Patienten gehört zur ganzheitlichen Pflege. Für sie ist nur aufgrund der Personalsituation derzeit keine Zeit.

Das vom Krankenhaustag vorgestellte „Hostessen“-Modell trägt ähnliche Züge. Hausfrauen sollen diese Tätigkeit ehrenamtlich ausführen: Humanität ja – doch ohne Kosten, ist die derzeitige Devise.

Die Humanitätsdebatte ist notwendig und noch lange nicht abgeschlossen. Aber der Widerspruch zum Rentabilitätsdenken muß auch benannt werden.

Denn Humanität im Krankenhaus kostet mehr; mehr Personal und mehr Fortbildung.

Thomas Elkeles

* siehe Dokumentationsteil



Härtere Prüfungen statt besserer Ausbildung!

Erste Ergebnisse der schriftlichen Prüfungen im Medizinstudium Sommer 1979

Bei diesen Ergebnissen ist noch zu berücksichtigen, daß sehr viele Medizinstudenten nicht zur Prüfung angetreten sind, im Frühjahr 80 also rund $1\frac{1}{2}$ Semester vor dem Praktischen Jahr stehen werden.

Katastrophal dürfte sich die Prüfungsverschärfung für die ausländischen Kommilitonen ausgewirkt haben, die bisher schon zu etwa 50% die schriftlichen Prüfungen nicht bestanden, weil sie mit den z. T. sehr kompliziert formulierten Fragen erhebliche Verständnis Schwierigkeiten hatten.

Schlechtere Ausbildung – Härtere Prüfungen!

Damit bestätigt sich drastisch die Befürchtung von Fachschaften und VDS-Fachtagung Medizin, die diese schon bei Einführung der AO (Approbationsordnung für Ärzte) mit ihren schriftlichen Prüfungen geäußert hatten:

Während die Ausbildung immer schlechter wird, immer mehr praktische Übungen umgewandelt werden in Massenvorlesungen alten Stils, werden die Prüfungen immer härter, um die Studenten daran zu hindern, gegen die Verschlechterungen zu protestieren! Nach leider gewohnter Manier soll wieder einmal die Angst vor den Prüfungen die Lernmotivation durch Interesse am Fach ersetzen, die bei der derzeit miserablen Ausbildung kaum noch entstehen kann.

Prüfungen zur Steuerung der „Ärzteschwemme“?

Zufrieden sein werden mit diesen Ergebnissen viele Professoren und ärztli-

In diesem Sommer fanden die schriftlichen Prüfungen im Medizinstudium zum ersten Mal unter veränderten Bedingungen statt. Jetzt mußten 60% der gestellten multiple-choice-Fragen richtig beantwortet werden, während vorher 50% richtige Kreuzchen zum Bestehen ausreichten.

Bisher liegen uns erst wenige Ergebnisse vor, die aber alle Befürchtungen von Fachschaften und VDS-Fachtagung Medizin bestätigen: die Zahl der durchgefallenen Teilnehmer hat sich in allen Prüfungen mindestens verdoppelt, z. T. sogar verdreifacht!



che Standesvertreter, die schon länger härtere Prüfungen fordern. Sie hoffen auf diesem Wege, die von ihnen immer wieder herbeigeredete „Ärzteschwemme“ einzudämmen zu können, indem viele Abiturienten sich erst gar nicht mehr ans Medizinstudium herantrauen, andere, geschockt vom Physikum, ihr Studium abbrechen. Außerdem läßt es sie

hoffen, die Studenten würden wieder mehr büffeln und weniger Kritik an der total praxisfernen, miserablen Ausbildung üben. Damit würden endlich die unangenehmen Forderungen nach mehr und besserer Ausbildung verstummen und sie hätten wieder ihre Ruhe in ihren teuren professoralen Elfenbeintürmen!

Wir werden nach Vorliegen der Gesamtergebnisse der Prüfungen eine vollständige Analyse der Entwicklung liefern. Bis dahin werden auch die neuesten Änderungsvorschläge zur Ausbildung der Medizinstudenten vorliegen und eingeschätzt werden können. Unsere im Weltmaßstab jetzt schon miserable Medizinausbildung wird sich noch weiter verschlechtern, wenn es nicht bald gelingt, dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten.

Nichtbestandene Prüfungsteilnehmer in %:

Sommer 1979	Bonn	NRW	München	BRD (März 79)	(Aug. 78)
Physikum	33,5	24,6	26	(15,3)	(12,2)
1. Examen	23,1	17,5	22	(9,2)	(6,0)
2. Examen	18,4	17,0	20	(2,2)	(2,6)

Es bedurfte nicht erst des „Bayernvertrages“, um die Stoßrichtung der gegenwärtigen Kostendiskussion im Gesundheitswesen aufzuzeigen. Aber spätestens seit seinem Bekanntwerden wurde wieder einmal schlaglichtartig klar: Kostendämpfung wird hierzulande in erster Linie auf dem Rücken und gegen die Interessen der Patienten ausgetragen.

Der Inhalt des „Bayernvertrages“, d. h. des Honorarvertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) und den bayrischen Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen (Orts-, Betriebs- und landwirtschaftlichen Krankenkassen) für die Zeit vom 1. Juli 1979 rückwirkend bis zum 30. Juni 1980 ist kurz zusammengefaßt folgender:

1. Die Gesamtvergütung der bayrischen RVO-Krankenkassen je Mitglied soll um nicht mehr als 6% im Vergleich zum Vorjahr steigen.
2. Wird dieser vereinbarte Prozentsatz um mehr als 10% überschritten, erreicht er also insgesamt 6,6%, wird nach einem noch festzulegenden Verfahren von den Vertragspartnern geprüft, ob diese Erhöhung Folge der im weiteren Vertrag festgelegten Sparmaßnahmen ist. Trifft dies nicht zu, führen die Vertragspartner (ebenfalls noch nicht näher definierte) Maßnahmen zur Kostendämpfung ein.

Vereinbart wurden folgende Sparmaßnahmen:

- Einschränkung bei den Krankenhausleitungen
- Einschränkung bei Arzneimittelverordnungen

(In einer zusätzlich erstellten Patienteninformation wurden die Versicherten aufgefordert, auf „Sonderwünsche“ bei der Versorgung von Arzneimitteln zu verzichten.)

- Einschränkung bei Krankschreibungen
- Einschränkung bei der Verordnung von Massagen und Bädern und ähnlichen physikalischen Therapien.

Diese unmißverständlichen Spargebote sind zwar geschickt in kosmetischer Wortwahl verpackt – so nannte die deutsche Ausgabe von Medical Tribune den Vertrag „das Meisterwerk der Formulierkunst und dialektischen Verschleierung“ –, aber um so deutlicher sind seine Konsequenzen abzusehen. Weniger Krankenhausleitungen, weniger Arzneiverordnungen, Ver-

Der „Bayernvertrag“ – sparen auf Kosten der Gesundheit?

schreibungen von Massagen, Bädern und anderen physikalischen Maßnahmen und weniger Krankschreibungen, das heißt zu allererst einmal Verschlechterung des aktuellen Gesundheitszustandes der Kassenpatienten.

Gespant wird beim „Kostenfaktor Patient“. Gelingt es dagegen, mit Hilfe der Einschränkung der Krankenhausleitungen beim „Kostenfaktor Krankenhaus“ zu sparen, so ist die Kassenärzteschaft von der Sparpflicht befreit, sie darf sich sogar eine Extraprämie einstreichen. Der ohnehin bereits genehmigte und weit über dem Satz der Empfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung liegende Zuwachs von 6,6% darf dann nämlich überschritten werden.

Völlig unverständlich erscheint die Tatsache, daß dieses patientenfeindliche Werk die Unterstützung der bayrischen gesetzlichen Krankenkassen fand. Vergessen scheinen die Zeiten, da man in Fehde mit dem ehemaligen Vorsitzenden der Bundesärztekammer, Herrn Seving, lag, der ja wohl selbst bis weit in Ärztekreise hinein als Inbegriff des Managertyps eines Kassenarztes gilt. Just mit diesem „Spezialisten in Sachen Honorare“ wird nun ein Verhandlungsergebnis erzielt, welches mit der Tradition der gesetzlichen Krankenkassen als den Interessenorganisationen der arbeitenden Bevölkerung in Sachen Gesundheit nun rein gar nichts mehr, mit den Traditionen des Herrn Seving aber um so mehr zu tun hat. Offensichtlich zeitigt hier eine Tendenz der Kostendämpfungsdiskussion Früchte, die für Teile der Vertreter der Sozialversicherungen in letzter Zeit typisch geworden ist. Dem massiven Druck der Anti-Krankenkassenkampagne von ärztlichen Standesorganisationen, pharmazeutischer Industrie und ihren politischen Lobbyisten in der Bonner Szene wird allzu defensiv auf der bloßen kostenökonomischen Ebene begegnet.

Unverständlich ist dagegen nicht, daß die bayrische „Tarifvereinbarung“ bei den anderen Betroffenen, sozusagen den Mitkonkurrenten in Sachen Verdienst, breitgestreutes Unbehagen verursachte. Hatte sich doch eine Gruppe, in diesem Fall die Kassenärztes, auf Kosten aller anderen, insbesondere der Krankenhausträger und der Pharma-Industrie einen Extra-Vorteil erstritten, sich gewissermaßen dann ein größeres Stück aus dem Kuchen gesichert, wenn

die Stücke der Mitstreiter entsprechend kleiner ausfielen. Verständlich, daß von dieser Seite keine Begeisterung entgangen ist.

So heißt es aus den Reihen der Pharma-Industrie in bezug auf drohende Verluste bei weniger Arzneimittelverordnungen, daß eine „gefährliche Gratwanderung“ von der Führung der bayrischen Kassenärzte eingeschlagen worden sei, bei der der „Absturz im Bereich des Möglichen“ liegt. (Medikament und Meinung v. 15. 8. 1979) Der Vorsitzende des Apothekervereins, Götz Alberti, ließ verlauten, die Ärzte ließen sich „mit Sicherheit weniger vom Ethos als vom Monetos leiten“; und von Seiten der Deutschen Krankenhausgesellschaft vernahm man aus dem Mund ihres Hauptgeschäftsführers, Herrn Prof. Dr. H. W. Müller, die Kritik an einer Art Prämie für Ärzte, die möglichst wenig Patienten in Krankenhäuser einweisen. Dies müsse, so Müller, die Patienten „völlig verunsichern“.

Daß der „Bayernvertrag“ auch innerärztlich umstritten ist, lassen die Stellungnahmen der kassenärztlichen Bundesvereinigung und anderer Länder-KVen vermuten. Widerspricht er doch gravierend der Linie der Bundesempfehlung für die Honorarentwicklung im kommenden Jahr und der allgemeinen Strategie innerverbandlicher Solidarität. Immerhin gilt es nach Meinung der Bundesleitung, das standespolitische Auftreten zumindest solange einheitlich durch die Stürme der gegenwärtigen Kostendiskussion zu steuern, so lange das Damoklesschwert weitergehender gesetzgeberischer Maßnahmen über den Köpfen schwiebt. Und dies wird offensichtlich befürchtet, wenn die Dämpfung der Kostenentwicklung in den gesetzlichen Krankenkassen nicht greifen sollte.

Daß sich in diesem Gerangel von Strategiedifferenzen, Konkurrenzkampf und Scheinheiligkeit trotzdem alle einig sind, wenn der Hauptadressat aller Sparmaßnahmen benannt werden soll, wenn die Ursachen der Kostenentwicklung einzig beim Patienten mit seiner „maßlosen Gesundheitssucht“ gesehen werden, versteht sich fast von selbst. Daran hat auch der „Bayernvertrag“ nichts geändert. Nach Kosteneinsparung durch Leistungsreduktion, wie es hier noch Prinzip ist, wird die nächste Etappe bereits allenthalben eingeläutet: die Selbstbeteiligung.

buch Kritik buch

Die Struktur der Ausgaben im Gesundheitsbereich und ihre Entwicklung seit 1970

(Forschungsbericht Nr. 7 des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, erstellt von H. Essig, E. Gauch und W. Müller)

Mit diesem stark beachteten Forschungsbericht liegt die erste vollständige Analyse sämtlicher Ausgaben für Gesundheit bzw. Krankheitsfolgen vor, die auch Randgebiete, wie z. B. Pflegeleistungen oder Privatkuren erfaßt. Der behandelte Zeitraum – bekannt unter dem Schlagwort „Kostenexplosion“ – bezieht sich auf die Jahre 1970–1975, die in ihrer Ausgabenentwicklung untersucht werden.

Der Bericht ist aus 3 Gründen unbedingt leserwert:

1. Die Struktur der Ausgaben beweist eine entscheidende Schwäche unseres Gesundheitssystems: die stiefmütterliche Behandlung des Bereiches Vorsorge und Früherkennung.
2. Die Erfassung sämtlicher Ausgaben stellt Proportionen zwischen den einzelnen Ausgabenträgern her, die verblüffend sind.
3. Die sog. Kostenexplosion wird verständlicher; was ihre Ursachen anbetrifft, ergeben sich interessante, neue Aspekte.

Das gesamte Ausgabenvolumen ist von 1970 bis 1975 fast verdoppelt worden. Heute liegt diese Zahl schon etwa bei 200 Mrd. DM.

Davon entfielen aber 1975 auf vorbeugende und betreuende Maßnahmen (z. B. Früherkennung, Mutterschaftshilfe, Maßnahmen zur Pflege), nur ganze 6,2%, der Anteil für Früherkennung an den Gesamtausgaben liegt weit unter 5%. Die Steigerungsrate 1970–1975 betrug gerade 1,1% (bezogen auf die Gesamtausgaben).

Rund 50% der Ausgaben entfielen 1970 auf ambulante und stationäre Behandlung, 1975 war dieser Anteil auf fast 60% angestiegen.

Auffällig ist der hohe Anteil, der für Krankheitsfolgeleistungen in Form von Lohnfortzahlung, Berufs- und Erwerbs-

Gesundheitswesen schreibt, meint fast immer die Ausgaben der GKV. Dabei ist wichtig zu wissen, daß die Versicherten neben ihren Beiträgen für die Krankenversicherung noch 8,8% der Gesamtausgaben = 12,1 Mrd. DM direkt bezahlen (z. B. als Medikamentengebühr oder für Hilfsmittel wie Rollstühle, Zahnersatz, für Kuren und Pflege).



unfähigkeitsrenten und Rehabilitationsmaßnahmen aufgebracht werden muß; diese Kosten betrugen 1975 allein 31% aller Ausgaben.

Die Ausgabenverteilung zwischen den einzelnen Leistungsträgern, zu denen u. a. Gesetzliche Kranken-, Renten- und Unfallversicherung, Öffentliche Hand, private und öffentliche Arbeitgeber sowie die privaten Haushalte gerechnet werden, ist insofern überraschend, als nur 44% aller Ausgaben auf die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) entfielen. Praktisch nur über diesen Anteil wird aber in der Öffentlichkeit berichtet, und wer über die Kostenentwicklung im

Die Kostenentwicklung bei den anderen Leistungsträgern wird übergangen. Und gerade hier liefert die Untersuchung interessante Daten:

Der Ausgabenanteil der GKV ist überproportional gestiegen (von 35% 1970 auf 44% 1975). Damit lief die Kostenentwicklung der Krankenkassen der Entwicklung der gesamten Kosten davon.

Die Ausgaben der privaten Haushalte stiegen ebenfalls überproportional (um 104%).

Gewonnen haben vor allem Arbeitgeber und Öffentliche Haushalte. Der Arbeitgeberanteil fiel z. B. in dem entsprechenden Zeitraum von 25% auf 18%.

Dadurch erklärt sich, daß zahlenmäßig die größte Ausgabensteigerung beim Komplex Behandlung zu verzeichnen ist, der weitgehend von den Krankenkassen aufzubringen ist.

Hauptursache dieser Ausgabenerhöhung war die Entwicklung in den Bereichen „stationäre Behandlung“ sowie „Arzneien, Heil- und Hilfsmittel“. Allein für diese beiden Bereiche wurden 1975 etwa 38% sämtlicher Gelder aufgewandt. Die große Zunahme der Kosten für stationäre Behandlung ist vor allem

7
Forschungsbericht

Die Struktur der Ausgaben im Gesundheitsbereich und ihre Entwicklung seit 1970

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung

auf die Beseitigung der Defizite der Krankenhäuser durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz zurückzuführen.

Bezahlt wurde diese Konsolidierung in der Hauptsache von den Versicherten. Während die Öffentliche Hand 1975 nur 5 Mrd. DM für stationäre Behandlung ausgab (im wesentlichen Investitionskosten für Krankenhausneu- und -umbauten), was einer Steigerung von 49% gegenüber 1970 entspricht, zahlte die Gesetzliche Krankenversicherung aber 18,3 Mrd. DM; entsprechende Steigerung 195%. Zusätzlich verdient der Staat an den Leistungen unserer Krankenhäuser durch Einziehung der Mehrwertsteuer.

Dieser Bericht zeigt, daß die Ausgabensteigerung für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel ebenfalls von den Versicherten aufgebracht werden mußte, wobei der Staat auch hier durch die Erhebung der Mehrwertsteuer mitverdient hat. Die Gelder flossen in die Taschen der Arzneimittelkonzerne. Fast die Hälfte ihrer Mehreinnahmen von 1970–75 beruhten auf Preissteigerungen.

Die Ausgabensteigerung von 1975–75 für den Komplex „Behandlung“ ist zu zwei Dritteln durch Preiserhöhungen verursacht, nur zu einem Drittel durch Mengenausweitung.

Die Beitragssteigerungen in der Krankenversicherung haben also in nicht

unerheblichem Maße ihre Ursache in einer großangelegten Umverteilung der Ausgaben für Gesundheit von den öffentlichen Haushalten und Arbeitgebern auf die Versicherungen und privaten Haushalte.

Dies ist ein entscheidendes Ergebnis dieser Studie, durch das die Diskussion über die Kostenentwicklung in ein neues Licht gerückt wird.

Wenn jetzt die „Kostenexplosion“ benutzt werden soll, um den Versicherten weitere Lasten in Form der Selbstbeteiligung an den Ausgaben der Kassen zu übertragen, handeln die Politiker nur nach der Devise: „Haltet den Dieb!“

Jahrbuch für kritische Medizin Band 4 AS 37

Argumentverlag, Westberlin
1979 214 Seiten DM 15,50
Im Buchhandel erhältlich

Gegründet 1979, also in 10. Jahr ihres Bestehens, legte die Medizinkommission der Zeitschrift „Argument“ ihr 4. Jahrbuch für kritische Medizin vor. Mit dem neuen Band setzt „Argument“ eine Entwicklung fort, die, wie es im Editorial heißt, Ausdruck der Tatsache ist, daß sich in den letzten Jahren zunehmend Mediziner selbst sozialwissenschaftlicher Denksätze und Methoden bedient haben, um die in ihrem Fach vorhandenen Probleme und Widersprüche zu analysieren, . . . „ein ganz wesentlicher Schritt von der Kritik der Medizin zur ‚kritischen Medizin‘.“

Der Anspruch „in kurzen Beiträgen die Diskussion unter den Medizinern stimulieren“ zu wollen, wird wieder einmal eingelöst. Das neue Jahrbuch lohnt, gelesen zu werden! Vielleicht sollte man nicht zu bescheiden den Interessentenkreis nur bei Medizinern ansiedeln. Fruchtbare Anregungen werden sicherlich auch andere Sozialberufe bekommen können, zumindest von einem großen Teil der Beiträge. Zum Beispiel das Thema Selbstbeteiligung. Die gegenwärtige Kostendebatte im Gesundheitswesen erfordert eine gründliche Auseinandersetzung mit den vielfältigen Strategien und Versuchen, durch Einführung des Prinzips der Selbstbeteiligung, Kosten auf die Sozialversicherten abzuwälzen..

Eberhard Göpel untersucht in seinem Beitrag, welche Rolle die weitverbreitete Forderung nach „mehr Gesundheitserziehung“ in der aktuellen Diskussion spielt. Er weist auf die Zusammenhänge zwischen Konzepten zur Gesundheitserziehung und Theorien hin, die der Selbstbeteiligungskampagne ideologisch Vorschub leisten. Ihnen gemeinsam ist ein Krankheitsbegriff, der als Ursache von Krankheit das individuelle Fehlverhalten (welches „wegeworfen“ werden soll) und nicht die gesundheitsschädlichen gesellschaftlichen Verhältnisse anschuldigt.

Klaus Dieter Thomann geht bei seiner detaillierten Kritik des Funkkollegs „Umwelt und Gesundheit“ in eine ähnliche Richtung. Werden in dieser Sendereihe zwar gesellschaftliche Ursachen für Krankheiten anerkannt und mit zahlreichen Beispielen auch erläutert, so muß ihren Autoren doch vorgeworfen werden, wichtige Lösungswege zu ver-



bauen, wenn einzige gesundheitserzieherisch am einzelnen Menschen ange-setzt wird, jedoch die Veränderbarkeit der Gesellschaft ausgeschlossen bleibt. In diesem Zusammenhang sind ebenfalls die Artikel von D. Henkel zum „Al-

koholismus in der BRD“ und von S. v. Ingersleben zur „Clofibrat-Affäre“ erwähnenswert.

Der erste, weil in ihm der verharmlosenden, „individualistischen“ Theorie vom „Wohlstandalkoholismus“ die gesellschaftliche Dimension dieser Sucht entgegengehalten wird. Henkel weist nach, versehen mit viel Zahlenmaterial, daß nach wie vor die soziale Lage auf Erkrankung und Behandlung entscheidenden Einfluß nimmt.

Der zweite, weil beispielhaft das Blutfettspiegel senkende Medikament Clofibrat von v. Ingersleben zum Anlaß genommen wurde, einige kritische Aspekte zur Theorie der Risikofaktoren zu entwickeln. Der psycho-soziale Hintergrund einer Krankheit (im Fall der Herz-Kreislauferkrankungen die Auswirkungen der Ernährungsgewohnheiten auf die Blutfette) muß notwendigerweise verschleiert werden zugunsten einer beschränkten Erklärung der Ursachen mit dem Risikofaktoren-Modell, um eine Indikation für den Gebrauch eines Medikaments zu erhalten.

Am Beispiel der Ermittlung von Risikofaktoren des Herzinfarkts untersucht W. Karmans verschiedene Forschungsansätze und kommt zu dem Ergebnis, daß im Bereich der sozialen und psychischen Ursachen des Herzinfarkts noch weitgehende Unkenntnis herrscht. Zur Verbesserung der Risikofaktorenanalyse werden einzelne Vorschläge gemacht.

Weitere Artikel beschäftigen sich mit der Novellierung der AO (Udo Schagen), Veränderungen krankenhausärztlicher Tätigkeit in den letzten Jahren (E. Girth u. a.), medizinischen Versorgungskonzepten in Afrika (W. Bichmann), mit Aufstieg und Zerstörung der wissenschaftlichen Psychiatrie in Deutschland (H. G. Güse und N. Schmacher) sowie mit gewerkschaftlicher Politik gegenüber Behinderten (R. G. Heinze u. a.).

Fundiert also und breit gestreute Themen – das neue Argument-Jahrbuch sollte in keinem Bücherschrank fehlen!

Fortsetzung von Seite 11

oder berufliche Ziele geht, sondern lediglich um finanzpolitische Gesichtspunkte.

Der nun folgende Vergleich zeigt einige für uns wichtige Veränderungen im Bereich der Krankenpflegeausbildung. Nach dem von der Bundesregierung im Mai 1978 vorgelegten Entwurf ist es möglich, daß ein großer Teil der Ausbildung der nichtärztlichen Berufe (Krankenschwestern/pfleger, Kinderkranke-

kenschwestern/pfleger, Kinderkranke-

nenschwestern/pfleger, Hebammehelfer, Entbindungsheiler, Krankenpflegehelfer/helferin) in einem Gesetz zusammengefaßt wird. Die Ausbildung zur Hebammehelfer wird für Männer (Entbindungs-

helfer) geöffnet, die Ausbildungsdauer verlängert sich von 2 auf 3 Jahre. Neben der Kinderkranke-

nenschwestern wird es auch den Beruf des Kinderkranke-

pfers geben können.

Geltendes Krankenpflege-Nach dem Gesetzentwurf von 1965	Forderungen der ÖTV
Ausbildet werden: Krankenschwestern/pfleger Kinderkranke- <p>nenschwestern Krankenpflegehelfer/innen</p>	Ausgebildet werden: Krankenschwestern/pfleger, Kinderkranke- <p>nenschwestern u. Pfleger, Hebammen und Entbindungsheiler, Krankenpflegehelfer/pfleger, Kinderkranke-</p> <p>nenschwestern/pfleger und zur Krankenpflegehelfe soll wegfallen.</p>
Ausbildungsdauer: 3 Jahre	3 Jahre
Theoretische Stunden: 1200	Gesamtstunden: 4600 mindestens 1/3 Theorie (1600 Stunden) mindestens 1/2 Praxis (3000 Stunden) einheitliches erstes Grundbildungsjahr
	ebenfalls: einheitliches erstes Grundbildungsjahr, mit anschließend 2jähriger Fachausbildung
Mindestalter: 17 Jahre	keine Festlegung, aber: abgeschlossene Realschulbildung oder Gleichwertiges
Schulstatus (rechl. Stand der Schule) Nicht eindeutig geklärt, Rechtsprechung in den Bundesländern unterschiedlich	Ausbildung ist eine betriebliche, damit: teilweise Anwendung des Berufsbildungsgesetzes
	ebenfalls betriebliche aber: volle Anwendung des Berufsbildungsgesetzes
Finanzierung: Abrechnung über den Pflegesatz (bis 1981)	nicht eindeutig geklärt, evtl. finanzieren die Träger die Ausbildung
	nicht genauer beschrieben Finanzierung über die öffentlichen Haushalte
Fachhochschulreife: nicht geregelt	nicht erwähnt
	Mit abgeschlossener Berufsausbildung soll die Fachhochschulreife erlangt werden können. Eine Durchlässigkeit zu den anderen Medizinalfachberufen sollte möglich sein.
Fort- und Weiterbildung: nicht geregelt	nicht erwähnt
	Die Fort- und Weiterbildung muß bundeseinheitlich geregelt und tariflich abgesichert werden.

ÖTV-Kritik

Hier setzt die Kritik der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr ein.

Die Ausbildung zur Kinderkranke-

nenschwestern/pfleger gibt es in keinem anderen westeuropäischen Land. Sie wird, ebenso wie die einjährige Krankenpflegehelferausbildung von der ÖTV als berufliche Sackgasse angesehen. Die Ausbildung schränkt die Berufsmöglichkeiten ein, senkt Flexibilität und Mobilität von Schwestern und Pflegern und erhöht das Risiko, den Arbeitsplatz zu verlieren. Die ÖTV plädiert für den Wegfall beider Ausbildungsgänge.

Von der Überlegung, an ein gemeinsames theoretisches Grundbildungsjahr noch eine dreijährige Fachausbildung anzuschließen, ging man Mitte der siebziger Jahre ab. Es soll bei einer insgesamt dreijährigen Ausbildung bleiben.

Da das erste Ausbildungsjahr ein Grundbildungsjahr ist, wird verhindert, daß sehr junge Auszubildende in die praktische Krankenpflege einbezogen werden.

Der Anteil der theoretischen Ausbildung soll dem Europäischen Übereinkommen vom Oktober 1967 entsprechend von gegenwärtig 1200 Stunden auf 1600 Stunden erhöht werden. Ein Teil der Krankenpflegeschulen bietet aber jetzt schon 1600 Stunden an und hält diese Zahl nicht für ausreichend. Die wichtigste der vorgeschlagenen Bestimmungen ist, daß es sich bei der Krankenpflegeausbildung und den anderen nichtärztlichen Ausbildungen um betriebliche, nicht um schulische handelt, d. h. der Gesetzentwurf sieht die teilweise Anwendung des Berufsbildungsgesetzes vor.

Damit ist z. B. nicht geregelt, ob es Ausbildungsberater und Berufsbildungsausschüsse geben soll, oder wie die persönliche und fachliche Eignung der Ausbilder auszusehen hat. Offen bleibt, ob Regelungen, die z. Z. nicht durch das BBiG abgedeckt sind (Rahmenlehrplan, Tätigkeitsmerkmale) mit der noch nicht vorliegenden Ausbildungs- und Prüfungsordnung geregelt werden können.

Leser-Briefe

Ich freue mich über die Gründung der Zeitschrift DEMOKRATISCHES GESUNDHEITWESEN. Meine Hoffnung geht dahin, daß eine fortschrittliche medizinische Zeitschrift auch zu einem Sammelpunkt für uns „verlorene Einzelkämpfer“ in der „freien Praxis“ werden kann.

Dr. med. H. Kässmeyer (Gerlingen)

Selbst wenn ich kritisch etwas vermerken darf: Mir gefällt an der Aufmachung und am Titel nicht der verbissene Ernst. Mir fehlt die Kombination Ihrer weiß Gott ernsthaften Absicht mit etwas Fröhlichkeit, mit Spontaneität, mit der großzügigen Gewißheit, auf dem richtigen Weg zu sein, was einem auch erlaubt, Fehler zu machen usw. usw.

Ich sage dies Ihnen auch deshalb, weil ich und wir mit der DGSP die Erfahrung gemacht haben, daß dieser Verein nur etwas hat werden können, nur solange etwas taugt, solange dies Element der Fröhlichkeit auch darin enthalten ist.

Mit besten Wünschen für das Projekt.

Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner (Hamburg)

Ich kann es mir nicht verkneifen, Euch meine Freude über das Erscheinen der neuen Medizinzeitschrift zu zeigen.

Seit April 1979 bin ich Auszubildende in der Krankenpflege. In unserem Kurs sind wir zu dritt in der ÖTV, aber von Gewerkschaftsarbeit kann man noch nicht reden. Bis jetzt blieb es bei bescheidenen Diskussionen mit Mitschülern.

Die Angst, aufzufallen, und noch mehr Druck zu bekommen und die weitverbreitete Meinung, daß man sich in der Krankenpflege eben aufopfern muß, hindern uns an einem Weiterkommen.

Ich könnte mir vorstellen, daß die Zeitschrift DEMOKRATISCHES GESUNDHEITWESEN uns einen guten Ansatz bietet, um auch mit nichtorganisierten Mitschülern und Mitarbeitern ins Ge-

spräch zu kommen. Ganz abgesehen von diesem Vorteil, freue ich mich persönlich, endlich mal eine Fachzeitschrift zu haben, der ich Vertrauen entgegenbringen kann, in der ich nicht immer „zwischen den Zeilen“ lesen muß.

Grundsätzlich würde es mir auch viel Spaß machen, mitzuarbeiten, fühle mich aber hilflos, da ich mir im Augenblick nicht vorstellen kann, wie meine Mitarbeit aussehen könnte. Vielleicht könnten Ihr mir da etwas Hilfestellung geben.

Mit solidarischen Grüßen

G. F. (Mönchengladbach)

(Da wir nicht wollen, daß G. F. noch „mehr Druck“ bekommt als sie ohnehin schon für ihre eigene Meinung wird einstecken müssen, haben wir den Namen nicht ausgedruckt. So wollen wir es auf Wunsch in Zukunft auch weiter handhaben, da wir einerseits auf die Veröffentlichung solcher Anregungen und Meinungsäußerungen nicht verzichten wollen, andererseits die Repressalien kennen, die oftmals Folge dieser Offenheit sind. Die Redaktion)

Im „Anschreiben“ und im „Aufruf“ für die geplante Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITWESEN“ kommt das Wort „propagieren“ für all jene, die noch miterlebt haben, welche Rolle Propaganda in einem undemokratischen System spielt, entlarvend häufig vor. Worauthin es ihnen auch nicht schwierig fällt, sich vorzustellen, in welcher Himmelsrichtung die „anderen Länder“ gesucht werden müssen, aus denen eine Propaganda für eine „fortschrittliche Gesundheitspolitik“ kommen soll.

Deshalb sei hier der Schlußsatz unserer Glosse vom September 1976 wiederholt: „An jedem Durchlaß der Berliner Mauer, Richtung West-Ost, steht ein Schild mit der Aufschrift „Hier beginnt der demokratische Sektor von Berlin.““

Aus „mb“ 9/78, Organ des „Marburger Bundes“

ARGUMENTE für eine soziale Medizin

AS 37 Jahrbuch 4

Das Schwergewicht dieses Bandes liegt auf Darstellung und Analyse der Debatte zur Novellierung der Approbationsordnung und verschiedener grundlegender Tendenzen der Versorgung. Ferner werden u. a. verschiedene epidemiologische Untersuchungen vorgestellt und das Risikofaktoren-Modell diskutiert. Schließlich werden die historischen Uregründe oder Einflüsse, die sich in der heutigen Standespolitik der Ärzte bemerkbar machen, aufgearbeitet.

Voraussichtliche Aufsätze:

Bichmann: Traditionelle Medizin und Gesundheitsbedürfnisse in Afrika. Giehr: Humanisierung im Krankenhaus. Göpel: Gesundheitserziehung. Häussler: Medizinisches Falldenken. Heinze/Runde: Behindertenpolitik. Henkel: Alkoholismus und soziale Schichtung. Högl: Psychotherapeutengesetz. Jeger: Betagtenbetreuung und Volkskrankheiten. Jordan: Psychosomatik rheumatischer Erkrankungen. Karraus: Risikofaktoren. Keil: Krebsrisiko in der Gummiindustrie. Schagen: SPD- und CDU-Novellierungsvorschläge zur ärztl. AO. Schagen: Maastrichter Modell. Vietten: Studentische Politik 1918–1933.

192 Seiten; erscheint September '79.

AS 30 Soziale Medizin (VIII) Gesundheitspolitische Analysen. Primärmedizin

R. Crawford: Ideologie des Selbstverschuldens. T. Waldhubel: Ziele der Arbeitswissenschaft. H. Kühn: Gewerkschaftliche Politik im Krankenhaus. R. Rosenbrock: Arzneimittelversorgung. R. v. Waechter, P. Kastner: Praxisgemeinschaft Heerstraße-Nord. H.-H. Abholz: Erfordernisse der ambulanten Medizin. H.-U. Deppe: Gesundheitsversorgung in Wales. C. J. Zenker: Psychiatrie in Italien. B. Meine-Hagemann u. W. Voigtländer: Die sozialpsychiatrischen Dienste in Westberlin. P. Gut, E.-J. Steffen, W. Thiele: Berufsspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. O. Rasper: Die Künstlichkeit gruppendynamischer Veranstaltungen.

192 Seiten; 1979.

In jedem Jahr erscheinen ca. 15 Argument-Sonderbände (AS), darunter mindestens 4 Bände zu Problemen der Medizin, Psychiatrie und Psychologie. Mit einem **Auswahl-Abo** erhalten Sie diese Bände billiger und schneller!

AS-Auswahl-Abo: Mindestens 3 Bände aus dem laufenden Jahrgang. Abo-Preis pro Band 12,80 (statt 15,50), f. Stud. 11,- (statt 12,80) zzgl. 1,50 DM Versandkosten.

ARGUMENT-Vertrieb · Tegeler Str. 6 · 1000 Berlin 65 · Tel.: 030/4 61 90 61

Liebe Leser, liebe Freunde,

Als wir vor über zwei Jahren dieses Zeitschriftenprojekt zum erstenmal besprachen, erahnten wir weder Umtang noch Wirkung. Wir wußten, daß wir nach langjähriger politischer Zusammenarbeit was auf die Beine stellen wollten; wir wußten, daß Bedarf da war, und daß es verdammt schwer werden würde.

Diese erste Ausgabe sollte eigentlich nur 36 Seiten stark werden. Daß es 52 geworden sind, liegt an der großen Resonanz aus allen Berufsgruppen; dazu eine Menge „Vorschuß-Vertrauen“, dem wir hoffentlich wenigstens halbwegs gerecht werden können. Bereits über 1000 Abonnenten vor dem Erscheinen der ersten Ausgabe, einige Tausend Mark Spenden (für die wir auf diesem Wege ganz besonders danken möchten), haben unseren Schwung erheblich angestachelt und unser Portemonnaie gestärkt!

Dabei möchten wir von Anfang an unsere Finanzen offenlegen:

10000 – 12000 DM kosten Satz, Repro, Druck und Versand einer Ausgabe! (Dabei sind nicht die Redaktionskosten für die Erstellung der Artikel gerechnet – etwa 2000,- DM.) 4000,- DM tragen derzeit die Abonnenten; 1000n. 5000,- DM sind durch Werbungskosten bereits im Vorlauf der ersten Nummer ausgegeben worden (vor allem für Porto und das Werbungsfaltblatt).

KURZ: Wir brauchen noch mehr Abonnenten, Spenden, Inserate und Freunde, die mithelfen, uns n. 5000,- DM sind durch Werbungskosten bereits im Vorlauf der ersten Nummer ausgegeben worden (vor allem für Porto und das Werbungsfaltblatt).

KURZ: Wir brauchen noch mehr Abonnenten, Spenden, Inserate und Freunde, die mithelfen, uns über eine feste Geldeinlage zu finanzieren (sogenannte Kommanditisten).

Finanzielle Unabhängigkeit von Pharma-Werbung und Konzernstrategien bedeutet Unbestechlichkeit. Unbestechlichkeit halten wir für eine wichtige Voraussetzung zur Demokratisierung des Gesundheitswesens. Ihr, die Freunde, Leser und Mitarbeiter der Zeitschrift, wollen wir aufrufen, für die Demokratisierung des gesamten Gesundheits- und Sozialbereiches zu kämpfen.

Die Redaktion

- Bitte hier ausschneiden und senden an:
- DEMOKRATISCHES
GESUNDHEITSWESEN**
POSTFACH 194041
44 DÜSSELDORF 1
- () Ich abonneiere bis auf Widerruf die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ (zum Heftpreis von 3,50 DM zuzüglich 0,50 DM Versandkosten)
- () Ich bin an der Mitarbeit interessiert und bereit, Ihnen Materialien und Informationen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich bzw. selbst Artikel/Berichte zu schreiben.
- () Bitte senden Sie ein Probeheft an folgende Adresse(n):

- () Ich möchte Kommanditist werden. Bitte senden Sie mir die Gesellschafter-Unterlagen.

ABSENDER (bitte mit Telefon und Arbeitsstelle bzw. Berufsbezeichnung):

Unterschrift

Spenden erbeten auf Konto:

Bank für Gemeinwirtschaft Bonn
Nr.: 10195032 (BLZ: 38010111)

Themenübersicht für Nummer 2:

(Erscheint am 15. 2. 1980)

Schwerpunkt:

Gesundheit und Arbeitsleben

- Entwicklung der Berufsunfälle
- Schichtarbeit in der BRD
- Bedeutung und Entwicklung der Arbeitsmedizin
- Bericht vom Arbeitssicherheits-Kongreß
- Gesundheitspolitisch wichtige Daten aus dem Arbeitsleben
- Krebsfördernde Stoffe am Arbeitsplatz

Schwerpunkt:

Umwelt und Gesundheit

- Sicherheitsprobleme der Kernenergie aus medizinischer Sicht
- Kongreßbericht: Ärzte gegen Kernenergie
- Umweltkandal in Hamburg
- Zum Umwelt-Chemikaliengesetz

Und:

- 150 Jahre Kinderarbeitsschutzgesetz
- Kind im Krankenhaus und Heim

Und:

- MTA-Bericht über Ausbildungssituation

Und:

- Stellungnahmen zum Psychotherapeutengesetz
- Tagung mit italienischen Psychiatern

Und:

Erfahrungsberichte, Leserbriefe, Termine
Buchbesprechungen, Nachrichten, Dokumente

Und:

Was unsere Leser und Mitarbeiter uns zusenden!

Redaktionsschluß: 15. 1. 1980

Gegen Pharmawerbung in DG!

Unterstützt uns durch Eure Kommanditisteneinlage!

Laut Redaktionsbeschuß nimmt DG keine Inserate der Pharma- oder Geräteindustrie an, wirbt nicht für gesundheitsschädliche Produkte oder drückt diskriminierende Werbung. Damit bleiben uns die wesentlichsten Teile der inserentenkundschaft verschlossen.

Zur „alternativen Finanzierung“ bauen wir auf unsere Leser.

Die steuerbegünstigte Form der Finanzierungsgesellschaft über eine GmbH und Co KG haben wir gewählt und damit jedem Leser die Möglichkeit erschlossen, als Teilhaber mit einer Einlage von ...,- DM, 1000,- DM (oder mehr) bei uns einzusteigen.

Fordern Sie unsere Kommanditisten-Informationen an!