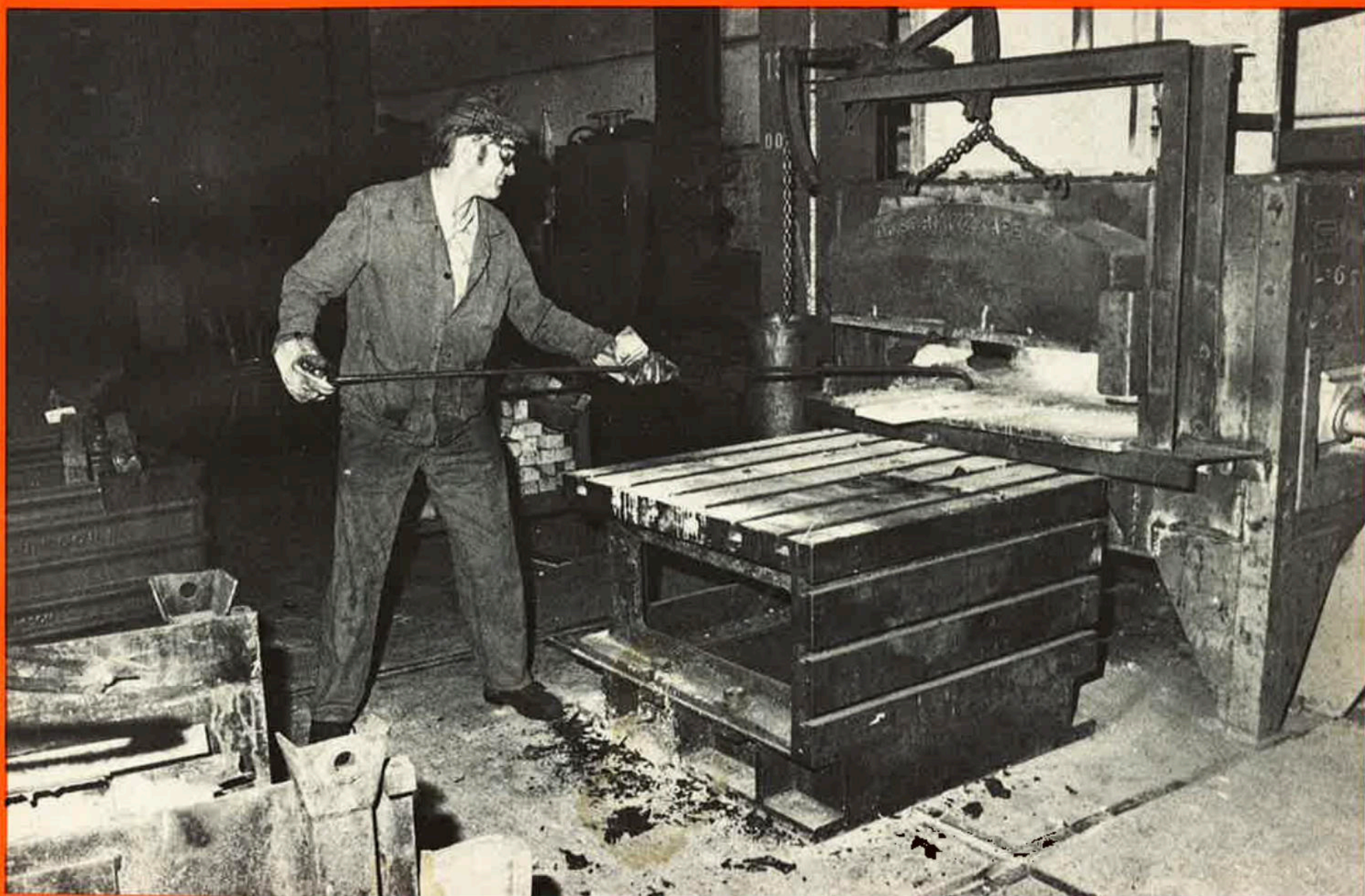


DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



Arbeitsmedizin

Arbeitsbelastungen, arbeitsbedingte Erkrankungen und Frühinvalidität – Gespräch mit dem Betriebsrat der Thyssen-Gießerei – Arbeitsunfälle in der BRD

Umwelt

Der Stoltzenberg-Skandal – Umweltchemikaliengesetzgebung – Radioaktivität als Krankheitsfaktor

Psychiatrie

Veranstaltungsbericht zur Neuen Psychiatrie in Italien – Bonner LKH-Skandal – Stellungnahme zum Psychotherapeutengesetz

Jahr des Kindes

Eine traurige Bilanz – Von der Kinderklinik zum Familienkrankenhaus – 150 Jahre Jugendarbeitsschutzgesetz

Pharmamarkt

Arzneimitteltransparenz – Psychopharmaka, Glück, dreimal täglich

1/80

Editorial

„Humanität — für wen?“

Kommentar von Norbert Andersch



Das Gerede über die angebliche „Humanisierung der Arbeitswelt“ hat Hochkonjunktur. Ministerielle Sonntagsansprachen zitieren das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit schon als in Praxis greifbares Nahziel. Ein Blick auf Zahlen und Fakten zeigt allerdings, daß die Wirklichkeit anders aussieht:

Bis zum Jahre 1990 – Strukturwandel und Arbeitszeitverkürzung eingerechnet – wird nicht einmal jeder dritte Arbeiter oder Angestellte das Rentenalter in halbwegs intaktem Gesundheitszustand erreichen. Von den fast 2 800 000 beschäftigten Männern etwa, die bis dahin aus dem Erwerbsleben ausscheiden, sind das ganze 800 000. Die übrigen Kollegen bleiben auf der Strecke. 900 000 als Invalide und 1 050 000 durch Tod – vor der Rente wohl gemerkt. Bei den Frauen sieht es nicht besser aus.

Das Paradebeispiel aller „Humanisierungserfolge“, der Rückgang der Arbeitsunfälle und Berufserkrankungen entpuppt sich bei genauem Hinsehen als einfache Zahlenmanipulation: Allein mit dem Rückgang des gesamtwirtschaftlichen Arbeitsvolumens; mit Rationalisierungen, Entlassungen, sowie durch die zunehmende Abwanderung von Arbeitskräften in weniger gefährliche Arbeitsbereiche kann der angebliche „Humanisierungserfolg“ bereits hinreichend erklärt werden. Zieht man die Verminderung der Krankmeldungen durch Krise und Angst vor Arbeitslosigkeit hinzu, bleibt von den „gestiegenen Arbeitsschutzbemühungen der Unternehmer“ wenig übrig. Für die Berufserkrankungen gilt, daß sie nur einen Bruchteil der durch das Arbeitsleben erlittenen Schäden abdecken und selbst nur zu 2%—3% erkannt und entschädigt werden.

Die täglich neu auftretenden Krankheiten und Gefährdungsmöglichkeiten infolge des ständigen Wandels im betrieblichen Alltag sind dabei noch unberücksichtigt. Schäden mit Langzeitwirkung – vor allem Krebserkrankungen – werden ebenso wie Mehrfachbelastungen vom vorhandenen Arbeitsschutzinstrumentarium überhaupt nicht erfaßt.

„Wenn heute vieles unter dem Motto ‚Belastungsminderung und humanes Gestalten von Arbeitsplätzen‘ gemacht wird, so läuft es am Ende meist doch darauf hinaus, daß Arbeitsplätze abgebaut werden“, sagte der Betriebsrat einer Duisburger Gießerei im Gespräch mit unserer Zeitung. „Ich bin nicht der Meinung, daß die Kumpel durch diese Dinge echt ein Plus haben. Die werden hier doch heute noch mehr ausgeplündert und man versucht mit weniger Leuten immer noch mehr zu machen, als das jemals früher der Fall war.“

Humanisierung für Unternehmer und Humanisierung für Arbeiter sind zwei Paar Schuhe. Wirkliche Humanisierung hieße, den Menschen in den Vordergrund stellen. Tatsächlich ist in unserer „freien“ Marktwirtschaft allein der Profit maßgebend. Daran hat sich – trotz aller schönen Beteuerungen – nichts geändert. Der Abbau körperlicher Schwerarbeit durch technischen Fortschritt hat sich weniger in Entlastung für den einzelnen Kollegen als vielmehr in Rationalisierungen und Entlassungen niedergeschlagen. Hinzugekommen sind vermehrter seelischer Streß und Entmenslichung der Arbeit durch Kälte und Vereinzelung.

Verbesserungen werden von Unternehmern nur dort getätigt, wo das kalkulierte Rentabilitätsoptimum noch nicht erreicht ist, oder wo sie von den Beschäftigten und ihren Gewerkschaften dazu gezwungen werden.

Es war dann auch der DGB-Vorsitzende Heinz Oskar Vetter, der auf dem Arbeitssicherheitskongreß die „Erfolgsbilanz“ von Arbeitsminister Ehrenberg und die Euphorie der im Boom befindlichen „Humanisierungsindustrie“ mit der Realität konfrontieren mußte:

„Das Ausmaß gesundheitlicher Zerstörung in weiten Bereichen der Arbeitswelt steht immer noch im krassen Widerspruch zum Menschenbild unserer Verfassung.“

Und das, obwohl Frühinvalidität und Tod vielfach vermeidbar sind. „Beim Unfall- und Gesundheitsschutz“, so der Arbeitswissenschaftler Volkholz, „liegt nicht etwa ein Mangel, sondern häufig ein Überfluß an wissenschaftlichen Erkenntnissen vor. Das Problem liegt nicht in der Forschung, sondern am fehlenden Willen zur praktischen Durchsetzung ihrer Ergebnisse.“

Und genau hier liegt der Hund begraben: Gesundheitsschutz in der Arbeitswelt ist unter den genannten Voraussetzungen kein technisches, kein rein wissenschaftliches oder medizinisches sondern ein politisches Problem.

Wie hart die Interessengegensätze aufeinanderprallen zeigt nicht nur der Widerstand der Industrie.

Auch die Bundesärztekammer und die kassenärztliche Vereinigung ziehen gegen die Anstrengungen des DGB zu Felde, im Betrieb mehr Humanität für die Beschäftigten durchzusetzen: Eine überbetriebliche Versorgung, Unabhängigkeit der Betriebsärzte, Mitbestimmung bei deren Bestellung und Erweiterung des Netzes arbeitsmedizinischer Zentren. Auf Bündnispartner unter den Unternehmern schielend sehen die Ärzteverbände nicht nur den eigenen Geldbeutel, sondern bereits die Freiheit der Unternehmer bedroht. Ob die von der Gewerkschaft vorgeschlagenen Maßnahmen dabei der Gesundheit der Beschäftigten dienen oder nicht, interessiert nur am Rande. (vgl. Deutsche Ärzteblatt 1/80; Leitartikel). Bezeichnend, daß die gesundheitspolitischen Auffassungen des DGB aus dem Entwurf seines Grundsatzprogrammes (s.o.) als besonders verwerflich zitiert werden. Mehr noch erschreckt sie allerdings eine Passage aus dem gesundheitspolitischen Programm der ÖTV. Dort heißt es: „Das Therapieverbot (für Betriebsärzte) ist zu überprüfen, sofern der Betriebsarzt sich allein betriebsmedizinischen Aufgaben widmet und an die Mitbestimmung der Arbeitnehmer gebunden ist.“ Dieses Zitat veranlaßt den Kommentator des Deutschen Ärzteblattes zu der schicksalsschweren Feststellung: „Damit wäre dann das Betriebsambulatorium da!“

Ein Ausruf wie eine Katastrophenmeldung! Obwohl damit doch wirklich etwas mehr Humanität verwirklicht würde.

IMPRESSUM

Herausgeber

Dr. Heinz-Harald Abholz (Berlin), Prof. Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Prof. Heiner Keupp (München), Friedel Läßle (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, Ull Menges; **Pharma- und Geräteindustrie:** 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 zuerst oder allein genannte Redakteur ist verantwortlicher Redakteur im Sinne des Pressegesetzes.

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

Redaktionsschluß: „Demokratisches Gesundheitswesen“, Postfach 101 041, 4100 Duisburg 1. Konto: BfG-Münster Nr.: 10102947, BLZ 40010111.

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Ullrich Raupp, Spickstr. 61, 4190 Kleeve, Tel. (02821) 26561 (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 Abonnementspreis 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) 364051, Konten: Postscheckamt Köln 6514-503. Stadtparkasse Köln 10562238.

Graphik: Christian Paulsen, Jan Tomaschaff.

Satz und Druck: Druckerei und Verlag Locher GmbH, 5000 Köln 30.

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für Nr. 2/80: 31. 3. 1980.

Auflage: 5000.

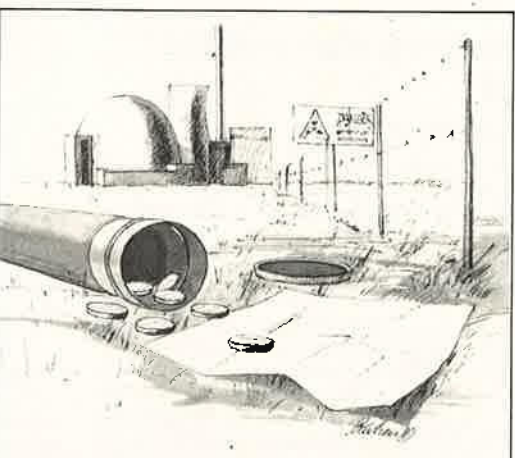
JSSN: Nr. 0172-7091



Die Arbeitsunfälle werden in diesem Jahr die Zwei-Millionen-Grenze erreichen. Zusätzlich fast 50000 gemeldete Berufskrankheiten zeigen eine Fehlentwicklung an, der die Gesundheitsversorgung offensichtlich nicht gewachsen ist. – DG berichtet dazu auf den Seiten 8–15.



Das Jahr des Kindes ist vorbei. Es wurde viel geredet und noch mehr geschrieben. Daß der Präsident des Kinderschutzbundes von seinem Amt als stellvertretender Vorsitzender der nationalen Kommission zurückgetreten ist – am Jahresende, sagt fast genug über die Situation bei uns. Lottemi Doormann zieht Bilanz, Ursula Moll zeigt Alternativen auf. S. 20–24.



Die Umweltskandale häufen sich. Nicht nur Atommeiler und Giftmülldeponien, auch Pharmakonzerne stehen nicht abseits. Die Lobby ist stark, der Gesetzgeber tut sich entsprechend schwer. DG untersucht das Umweltchemikaliengesetz und beginnt eine Serie über Radioaktivität. S. 26–35.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

Inhaltsverzeichnis

Arbeits- und Lebensbedingungen

„mit weniger Leuten immer noch mehr machen als früher...“, Interview mit Betriebsrat der Thyssen AG Gießerei, Meiderich	8
Arbeitsbelastung, arbeitsbedingte Erkrankungen und Frühinvalidität	12
Arbeitsunfälle in der Bundesrepublik: Was verschweigt die amtliche Statistik?	14
Eine klägliche Bilanz: Hintergründe und Ergebnisse zum Jahr des Kindes	20
Von der Klinik zum Familienkrankenhaus	21

Umwelt und Gesundheit

Der Stoltzenberg-Skandal	26
Umweltchemikaliengesetzgebung	27
Radioaktivität als Krankheitsfaktor (Teil 1)	30
Medizinisches:	
VS – Nur für den Dienstgebrauch	34

Gesundheitsversorgung

Skandal im LKH Bonn	38
Sauer auf das SSK	39
Reformen, die Reformen verhindern	48
10 Minuten Humanität ab 1985	49
Hartmannbund auf CSU-Kurs	51

Demokratie und Gesundheitswesen

Keine Anstellung für Abtrünnige	40
Der Fall Hajo Bornhold und die Praktiken kirchlicher Arbeitgeber	41

Pharma- und Geräteindustrie

Transparenz für Arzneimittel – eine Utopie?	16
Glück dreimal täglich – Werbung und Wahrheit	18

Ausbildung

Verunsicherung, Vereinsamung, Dauerstreß	
Bericht zur MTA-Ausbildung	36

Internationales

Gifte des US-Krieges in Vietnam töten in der zweiten Generation	42
Medikamente und medizinische Instrumente für Vietnam	43

Historisches

150 Jahre Kinderarbeitsschutzgesetz	23
-------------------------------------	----

Rubriken

Leserbriefe	2
Aktuelles	5
Aufruf zum Gesundheitstag 1980	25
Termine, Kleinanzeigen	33
Buchbesprechungen	44
Kongreßberichte	52
Urteile	55

Dokumente

Rede von Heinz Oskar Vetter auf dem Arbeitsschutzkongreß	I
Gewerkschaft ÖTV fordert Verbesserung der Medizinausbildung	III
Chronik der Ausbeutung (Kinderarbeit)	V
Brief von Bonner Ärzten an den Landschaftsverband	VI
Förderung und Integration behinderter Kinder	VII

Diese Ausgabe enthält eine Beilage der Deutschen Volkszeitung, die wir unseren Lesern empfehlen.

Leser- Briefe

LESERBRIEFE:

Bitte an die Redaktion unter dem Stichwort „LESERBRIEF“. Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe gekürzt zu veröffentlichen.

„Herzliche Gratulation“

Herzliche Gratulation zu Ihrem neuen Verlagsobjekt „Demokratisches Gesundheitswesen“! Als langjähriger Leser Ihrer Publikationen freue ich mich sehr, daß Sie sich nun auch diesem Gebiet zugewandt haben. Um das Heft gegebenenfalls auch dienstlich zu verwenden, bitte ich herzlich um mindestens ein Probeheft.

Rainer Habel, Bremen
Senator für Gesundheit und Umweltschutz, – Persönlicher Referent

„Gute Wünsche zum Start“

Ich freue mich, daß es nun eine Zeitschrift gibt, die sich nicht mit medizinischen Fachberichten beschäftigt. Ich wünsche der Zeitschrift DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN einen guten Start. Möge die Zeitschrift kritisch bleiben und somit helfen, ein demokratisches Gesundheitswesen zu entwickeln. Leider haben in den konfessionellen Krankenhäusern die Mitarbeiter noch immer Angst, der ÖTV beizutreten, weil dies nicht gern gesehen wird. Sie können durch Ihre Zeitschrift helfen, die Schranken abzubauen.

Friedrich Heinze, Neheim-Hüsten
Vorsitzender des Abteilungsvorstandes d. Fachgruppe Gesundheitswesen ÖTV-HSK

„Macht weiter so“

Liebe Kollegen, herzlichen Glückwunsch zur Erstausgabe von DG! Macht weiter so, dann habt Ihr Euch bald über zu wenig Abonnenten nicht mehr zu beklagen. Als freie Mitarbeiterin einer Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte freut es mich besonders, daß Ihr Euch dem Thema § 218 so ausführlich gewidmet habt. Ich meine aber, Ihr solltet der Vollständigkeit halber in der nächsten Ausgabe die Stellungnahme der Arbeitswohlfahrt zur Praxis des § 218 zumindest auszugsweise veröffentlichen, die wesentlich über die der Pro Familia hinausgeht, indem sie wichtige gesellschaftspolitische Forderungen in den Kontext der angeblichen „Kinderfeindlichkeit“ unserer Gesellschaft stellt, Forderungen, die seit langem Bestandteil gewerkschaftlicher Programmatik sind.

H.H. Albert, Bonn

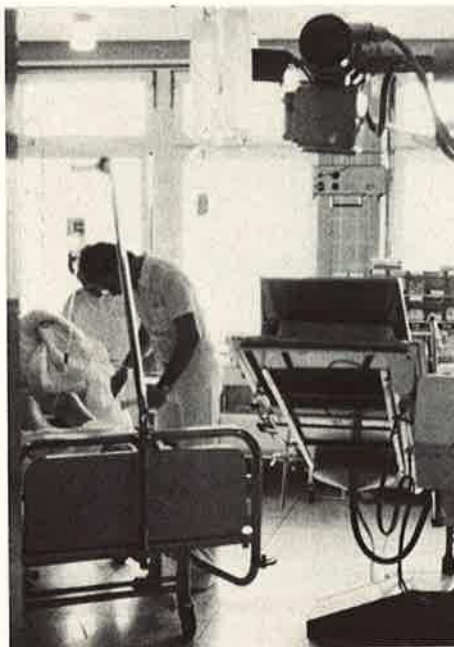
Tun wir in die nächste Nummer, da es dann auch zum Artikel über Mutterschaftsschutz besser als Dokument paßt. d.Red.

„Nennt die wahren Schuldigen“

Hiemit möchte ich Ihnen zu dieser gelungenen, sehr informativen, manchmal aber etwas steifen Zeitschrift gratulieren.

Eine wesentliche Kritik möchte ich aber noch äußern: Gerade im kapitalistischen Gesundheitswesen, wo die Unmenschlichkeit des Systems besonders deutlich hervorkommt und man fast täglich erleben kann, daß Profit mehr bedeutet als Menschenleben und Gesundheit, ist es notwendig, die wahren Schuldigen zu benennen. Schwammige Ausdrücke wie „von konservativer Seite“ oder In-Schutz-nehmen der SPD gerade im Punkte der (Ehrenberg-)Kostendämpfung im Kommentar entstellen die Wirklichkeit. Auch ist es nicht richtig, von „Sozialstaat“ zu sprechen, und von seiner „Beschränkung durch konservative Kräfte in Parteien, Wirtschaft und Verbänden“ – in unserem „Sozialstaat“ wird doch nur das gemacht, was den Kapitalisten dient. Nehmen Sie sich den Mut, nennen Sie die Schuldigen, das hilft uns allen weiter.

H.H. (Münster)



Ausbildung oder Ausbeutung:

Ein „normaler“ Tag

Es ist 6 Uhr. Unser Dienst beginnt, und wir sind alle gut gelaunt, am Wochenende war es einigermaßen ruhig auf der Station. In der Nacht hat es drei Neuaufnahmen gegeben, jetzt sind es sieben Patienten, die wir zu betreuen haben und wir sind zu dritt. Bei einer Tasse Kaffee unterhalten wir uns über die neuen Patienten, ob wir um 8 oder um 6.15 Uhr anfangen, so richtig schaffen wir es sowieso nicht. Außerdem, wenn wir erst einmal begonnen haben, dann bleibt keine Zeit mehr für ein Gespräch unter Kollegen. Ich denke über die Neuaufnahmen nach: eine Patientin mit Tablettenintoxikation, ein Alkoholiker im Delir und eine Patientin mit hypoglycämischem Schock; sie ist äußerst korpolent und mir kommt gleich der Gedanke an Unmengen Sahnetorte, eine Ursache des Diabetes. Ich bin selbst erschrocken über meine Haltung zu dieser Patientin und nehme mir vor, zu ihr freundlich zu sein.

Wir beginnen mit der Grundpflege. Wenn ich so arbeiten könnte wie ich es in der Schule gelernt habe – aber heute geht es wirklich nicht! Ich sträube mich zwar mit Haut und Haaren dagegen – aber bis 7.15, spätestens 7.30 Uhr müssen wir fertig sein, sonst gerät alles

durcheinander, – also nur „abwaschen“. Der Alkoholiker sieht aus, als hätte er schon einige Wochen kein Wasser mehr gesehen, da benötigen wir viel Zeit für die Körperpflege. Ich denke darüber nach, weshalb er wohl trinkt; vielleicht schlägt er seine Frau; jetzt liegt er hier, angegurtert, lallend und nach Distranurin riechend. Ich weiß nicht, ob ich Mitleid mit ihm haben soll, oder ob er selbst schuld an seinem Zustand ist. Wer weiß, was ihn so kaputt gemacht hat, die Schichtarbeit, Eheprobleme, finanzielle Probleme.....? Unsere einzige Hilfe für ihn ist, ihn aus seinem nicht ungefährlichen Delirium wieder herauszuholen, damit er wieder bei vollem Bewußtsein ist – und dann?

Die Patientin mit dem Diabetes hat schon jetzt einen roten Po – den müssen wir unbedingt behandeln – doch erst nach der Visite, Blutzucker, Blutdruck, EKG, das wird zuerst gemacht.

Bis zur Visite um 8.30 Uhr gibt es ein lautloses Getetze von uns dreien: Blutdruck, Blutzucker, EKG, Blutabnahme, Kurven schreiben und dann immer wieder ein Blick auf die Uhr. Mundpflege – schaffen wir nicht und rasieren machen wir am besten nach dem Frühstück.

Visite. Zehn weiße Herren rauschen ins erste Zimmer – wir stehen bereit mit Kurven und gehen von Bett zu Bett. Für den Patienten muß es bedrohlich sein, wenn alle um das Bett herumstehen und auf die Kurve starren. Es ärgert mich, daß viele Ärzte meinen, immer alles auf einen Blick sehen zu können, oft fragen sie weder uns noch den Patienten nach ihrem Zustand. Das EKG des morgens und ein Laborwert verraten ja alles viel besser. Der Patientin mit der Pankreatitis ging es heute schon beim Waschen viel schlechter als am Wochenende, sie konnte das Gesicht nicht mehr selbst reinigen. Der Oberarzt findet sie sehr viel besser aussehend, –hat er sie eigentlich angesehen? Ich weiß es besser, denke ich, will dazwischenreden und lasse es dann, als Schülerin zählt meine Beobachtung für ihn sowieso nicht. Ich sag's nachher der Schwester, die dem Stationsarzt und dann geht alles seinen geregelten Gang, und dem Befinden der Patientin wird eher Aufmerksamkeit geschenkt. So lerne ich hier langsam schweigen.

Der Patient im Delir bäumt sich auf –ein Schuß Distra, jetzt schläft er wieder. Wir gehen ins Zimmer der Patientin mit Tablettenintoxikation. Der Chef fragt die Patientin freundlich, warum sie Tabletten genommen hat. Ängstlich schaut sie in die Runde – alle starren sie an. Ich schiebe mich leise an der weißen Mauer entlang und lege am Kopfende des Bettes angelangt meine Hand auf ihre Schulter. Ich will mich mit ihr verbünden gegen die Angst, die sie jetzt haben wird. Ich glaube kaum, daß sich jemand jetzt ehrlich für ihre Probleme interessiert, denn keiner bleibt bei ihr außer den Schwestern, als auf die Frage nur ein leises Schluchzen zu hören ist. Ich will mit ihr reden, aber es rattert im Flur – der Essenswagen, das geht vor. Beim Brötchenbelegen denke ich an die Ärzte. Sicher ist es nicht Böswilligkeit, wenn sie sich nicht weiter für die Patientin interessieren. Aber wie sollen sie es auch verkraften, wenn sie bei der Betreuung von Patienten mit Suicidversuchen immer wieder an die Grenzen stoßen, die durch ihren Beruf gesetzt sind. Trotzdem läuft es mir kalt über den Rücken bei dem Gedanken, wie routinemäßig ein Suicidversuch behandelt wird. Meistens sind wir genauso ratlos bei den vielen Problemen, die diese Patienten haben, wie sie selbst, nur wir haben diese Probleme nicht. Sowohl wir als auch ein Arzt können zwar eine Magenspülung durchführen und noch ein paar tröstende Worte sprechen, aber damit ist noch nichts getan gegen die Ursachen der immer häufiger werdenden Suicidversuche in unserer Stadt.

Das Frühstück ist verteilt und wir haben eine kurze Verschnaufpause. Es schellt. Die Diabetes-Patientin ist unseres Erachtens am wenigsten krank und meldet sich zum x-ten Mal, als wolle sie uns schikanieren, dabei will sie nur jemanden haben, der sich um sie kümmert. Einen Augenblick lang hofft jeder, daß der andere aufsteht und ins Zimmer geht.

Ich habe mir am Beginn meiner Ausbildung vorgenommen, eine gute Schwester zu werden, 1a, die immer im Interesse des Patienten handelt, für alles und alle da sein will, aber ich wollte nicht ständig Akkord- und Fließbandarbeit machen. Die Schwester ruft die Oberin an, wir brauchen dringend Personal; die sagt, sie kann es sich nicht aus den Rippen schneiden. Es haben sich über 1000 Interessenten zur Ausbildung an unserer Schule des Krankenhauses beworben in diesem Jahr, nicht 10 % werden einen Ausbildungsplatz

erhalten. Durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz wird das Krankenhaus gezwungen, kostendeckend zu arbeiten, da muß Personal gespart werden, denn das Krankenhaus muß wirtschaftlich arbeiten. Es geht nicht, dem Patienten das zuzuführen, was er für seine Genesung benötigt, sondern das, was ihn mit möglichst geringem Kostenaufwand einigermaßen wiederherstellt.

Ich denke mir, ich kann es nicht schaffen, eine gute Krankenschwester zu werden in einem Land, daß Krankheiten nach wirtschaftlichen Prinzipien, d.h. mit möglichst geringem Aufwand, heilen will. Ich kann keine gute Krankenschwester werden, solange wir nur die Zeit dazu haben, die notwendigsten Dinge zu verrichten, indem die Situation uns zwingt, nur noch die Galle und die Tablettenintoxikation von Zimmer xy zu sehen und nicht den ganzen Menschen. Ein Land, in dem die Krankenkassenbeiträge immer weiter steigen und nun sieben Millionen DM dafür ausgegeben werden, Rationalisierungsmaßnahmen im Krankenhaus zu erarbeiten. Ich will nicht mitverantwortlich sein dafür, daß am Patienten wie an einer defekten Maschine herumrepariert wird, und ich Handlanger bei den Einzelteilen bin. Und ich will nicht in einer Gesundheitsfabrik arbeiten!

Wenn wir, die wir noch in der Ausbildung sind, gute Schwestern und Pfleger werden wollen, dann müssen wir nicht nur Krankheitslehre und Krankenpflege erlernen, wir müssen erkennen, uns zusammenzutun mit den Kollegen und Patienten auf den Stationen, wir müssen es lernen, die Spaltung der Kollegen durch so häufigen Konkurrenzkampf untereinander und unter den Schichten zu überwinden.

Wir müssen uns zusammenschließen für bessere Arbeitsbedingungen, mehr Ausbildungsplätze und mehr Planstellen, damit psychosoziale Betreuung nicht eine Farce bleibt, damit Bedingungen geschaffen werden, die uns erlauben, im Interesse der Patienten zu handeln. Wir müssen uns gegen die Gesetze wenden, die die Krankenhäuser dazu zwingen, zu Fabriken zu werden!

Ich erinnere mich an einen Spruch bei einer ÖTV-Aktion zur „Humanität im Krankenhaus“: „Patienten sind nicht pflegeleicht, maschinenfest schon gar nicht!“ Stellen wir diejenigen, die für die Situation in den Krankenhäusern verantwortlich sind, zur Rede und wehren wir uns! Vielleicht können wir dann gute Schwestern und Pfleger werden.

Name ist der Redaktion bekannt.

„Anstöße müssen von unten kommen“

Ich war 2 Jahre als Unterrichtspfleger in einer größeren Krankenpflegeschule tätig. Von daher sind mir aus vielen Gesprächen mit Auszubildenden auch deren Argumentationen bekannt, die zu solchen Berichten wie denen der beiden Krankenschwestern aus Bonn kommen. Mit dem, was ich sage, will ich auch in keiner Weise beschönigen, daß gerade in der Krankenpflegeausbildung viele Dinge im Argen liegen. Ich denke hierbei an die schlechte Ausbildung von Unterrichtspersonal, wo jeder Träger einer solchen Einrichtung seine eigene Masche stricken kann. Hier wäre es an der Zeit, daß für diese Schulen (Hochschulen!) bundeseinheitliche Richtlinien geschaffen werden. Ganz sicher ist auch der Unterricht, der von Ärzten erteilt wird, zum überwiegenden Teil schlecht, weil auch hier die notwendige Ausbildung fehlt. Die praktische Ausbildung in ihrer jetzigen Form ist mehr als schlecht.

Diese Erkenntnisse und praktischen Erfahrungen hindern mich jedoch nicht daran zu sagen, daß sich auch in der Haltung der Auszubildenden einiges ändern muß. Diese Dinge u.v.a.m., die ich aufgezeigt habe, sind schlimm, und sind zu einem erheblichen Teil so schlimm, weil die Auszubildenden es sich gefallen lassen und die Schuld an den Verhältnissen anderen zuschieben. Ich meine, daß viele Auszubildende es sich zu leicht machen mit ihrer Kritik. Hier wird sehr häufig nur gefordert, ohne daß daran gedacht wird, daß man auch geben muß. Wenn die, sicher gerechtfertigten Ansprüche nicht befriedigt werden, wird die Schuld auf das böse System geschoben. Dieses System kann sich

aber meines Erachtens nur ändern, wenn die Anstöße dazu von unten kommen. Es ist nicht die richtige Haltung, aus dem System auszusteigen, z.B. in andere soziale Berufe, wie es häufig geschieht, oder sich anzupassen. Ich wünsche mir bei allen, nicht nur den Auszubildenden:

- Eine selbstsichere, konstruktive Kritik,
- Mitarbeit bei der Lösung der schwierigen Probleme und nicht nur Fordern,
- Ausdauer bei der Verfolgung der Ziele. Aussteigen oder Kündigung ist keine Alternative.

Zum Abschluß möchte ich sagen, daß ich der Überzeugung bin, daß es genügend engagierte und aufrichtige Unterrichtskräfte und Pflegedienstleitungen gibt, die gewillt sind, mitzuarbeiten an einer besseren Ausbildung und an einem besseren Krankenhaus. Bitte habt auch Verständnis für deren Frustration.

Daß diese Zeitschrift ins Leben gerufen wurde, begrüße ich sehr, und ich wünsche Ihnen allen einen genügend langen Atem.

Klaus-Peter Lischka, Krankenpflegedirektor
Kliniken der Freien Hansestadt Bremen.

„Artikel zu subjektiv“

Die Aufzeichnungen zum Thema „Ausbildung in der Krankenpflegeschule“, sind sehr subjektiv. Ich vermisste die positive Seite Ihrer Ausbildung, oder gab es diese nicht?

Ich möchte auf folgenden Abschnitt eingehen: „NACHTDIENST und die Folgen“. Es ist richtig, daß Schüler ab 2. Lehrjahr zum Nachtdienst eingesetzt werden können, obwohl darüber das Krankenpflegegesetz nichts aussagt. Der § 2 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung sagt zur praktischen Ausbildung folgendes:

„...Während der praktischen Ausbildung ist der Schüler in allen wesentlichen Verrichtungen der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege zu unterweisen....Er darf nur zu Tätigkeiten herangezogen werden, die im Zusammenhang mit dem zu erlernenden Beruf stehen und die die Erreichung des Ausbildungszieles fördern“.

Der § 3 (1) sagt, daß innerhalb der letzten sechs Monate des Lehrgangs dem Schüler für zwei Tage die selbständige Pflege eines Kranken einschließlich einer Nachtwache zu übertragen ist.

Dies ist der einzige vorgeschriebene Nachtwachendienst. Damit sich der Schüler aber an den Nachtdienst gewöhnt, setzt man ihn 14 Tage im Nachtdienst ein. Länger sollte es nicht sein, da der Schüler ja nicht „NACHTSCHWESTER“ sondern Krankenschwester werden soll und auch will.

Die Krankenpflegeschüler machen aber freiwillig Dienst, weil dieser besonders vergütet wird.

Was aber juristisch nicht möglich ist, ist, daß Schüler allein Nachtdienst machen dürfen.

Auszubildende dürfen nur zusätzlich, also immer mit einer Nachtschwester Nachtdienst machen.

Sie fragen nach dem Lernerfolg. Sie hatten Angst und waren unsicher. Angst und Unsicherheit reichen aus, um den Nachtdienst abzulehnen, wenn dieser von Ihnen allein gemacht werden soll.

Aber ich meine, man sollte nicht nach der Ausbildung über seine Ausbildung schimpfen. Sie hatten sicher die Möglichkeit, auch mit der Schulleitung darüber zu reden.

Sicherlich hätte man über diesen Weg etwas erreichen können. Dies ist aber nur möglich, wenn die Einteilung der Schüler nicht durch die Pflegedienstleitung erfolgt. Die Einteilung der Schüler bleibt eine Angelegenheit der Schule, da diese nach den Ausbildungsplänen einen Einsatz durchführen kann, die Pflegedienstleitung aber nur nach den wirtschaftlichen Grundsätzen einen Einsatz durchführt.

Dies sollte vermieden werden.

Das Arbeitsgericht Dortmund hat in einem Streitfall (5Ca715/79) festgehalten: „Nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Krankenschwestern sei es unzulässig, die Schülerin in den Dienstplan als vollwertige Schwester einzuplanen und sie alleinige Wachen durchführen zu lassen.“

Die Kammer des Arbeitsgerichtes verweist in diesem Zusammenhang auf § 3 der Ausbildungs- und Prüfungsordnung.

Sie sagt weiterhin, daß bei Einsatz im Spät- und Nachtdienst als vollwertige Kraft es dem Auszubildenden unmöglich ist, während dieser Zeit den gestellten Lernanforderungen nachzukommen.

Das beklagte Krankenhaus nehme keine Ausbildung mehr vor, sondern verlange eindeutige Arbeitsleistung, sagte der Richter in seinem Urteil.

Sie schreiben weiter: „...uns als unterstes Glied einer langen Kette zu begreifen, aus der man einzeln nur schwer ausbrechen kann.“

Ich meine dazu, daß es notwendig ist im Glied zu bleiben, weil es sonst im Pflegedienst zu einem Chaos kommen kann.

Vorstellungen und Interessen, sowie Neigungen, können sich während der Ausbildung nicht verwirklichen lassen.

Eine Diskussion über die Krankenpflegeausbildung im DEMOKRATISCHEN GESUNDHEITSWESEN ist sicher eine sehr gute Sache. Es ist wichtig, beide Seiten, die guten und die schlechten Seiten zu erfahren.

Mein Aufruf an alle Krankenpflegeschüler, die diese Zeitschrift lesen ist: Schreibt einmal über eine gute Ausbildung (Eure Meinung), damit andere Schüler in anderen Schulen dadurch eine Hilfe erfahren. Wir wollen auch die guten Schulen und deren Ausbildungsformen geschildert bekommen.

Der abgebildete Fragebogen erleichtert Ihnen Ihre Antworten. Er ist nicht geordnet aber auch nicht vollständig, somit können wir die Fragebogenaktion fortsetzen.

Die Fragebogen werden in jeder Zeitschrift ausgewertet und später zu einem zusammenhängenden Bild veröffentlicht.

Friedrich Heinze
ltd. Unterrichtspfleger



§ 218

(„Abtreibung ist Massenmord“)
„Pressefreiheit bei der WAZ“

Auch in NRW gab es eine größere Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen aus dem Gesundheitsbereich für eine § 218 Demonstration, die von Frauengruppen, Frauenzentren, Jusos und zahlreichen Einzelpersonen und Organisationen durchgeführt wurde, um die Errichtung eines Zentrums für Schwangerschaftskonfliktberatung in Essen zu fordern. Der beiliegende Aufruf, der von ca. 90 Ärztinnen und Ärzten, Krankenschwestern, Pflegern, Sozialarbeitern und Psychologen unterschrieben wurde, war auch zur Veröffentlichung in der Essener WAZ rechtzeitig abgegeben und bezahlt worden.

Leser- Briefe

Wegen angeblicher rechtlicher und politischer Bedenken wurde uns jedoch nach (!) Anzeigenschluß durch Vertreter der WAZ angeboten, die Anzeigen mit einigen „Abstrichen“ (z.B. Herausnahme der Einschätzung des berüchtigten Holzgartner-Zitats) später zu veröffentlichen. Das war für uns unannehmbar, hatten doch alle den Originaltext unterzeichnet.

Durch die Hinhaltetaktik der WAZ war es uns aber leider nicht möglich, die Anzeige mit einer einstweiligen Verfügung durchzusetzen. Bleibt noch zu ergänzen, daß die WAZ einige Tage nach unserer geplanten Anzeige keinerlei „politische“ und „rechtliche“ Bedenken hatte, eine Anzeige der CDU, die gegen die Anti-Strauß-Demonstration hetzte, zu veröffentlichen.

Thomas Schätzler, Bochum

Krankenpflegegesetz:

„Zwischen Schulbank und Krankenbett“

„So nicht einverstanden“

Ich bin mit den meisten der Aussagen und Rückschlüsse sowenig einverstanden, daß ich folgende Stellungnahme niedergeschrieben habe:

Gemeinsames theoretisches Grundbildungsjahr:

a) zuviel Unterricht:

Das Grundbildungsjahr ist abzüglich des Urlaubs ca. 48 Wochen lang, legt man einen 8 Unterrichtsstundentag zugrunde, ergibt sich eine Jahresstundenzahl von $5 \times 8 \times 48 = 1920$ Stunden, womit die Forderung des Europäischen Übereinkommens um ca. 300 Stunden übererfüllt ist. Selbst wenn man es erreichen könnte, den Unterrichtstag auf 6 Unterrichtsstunden zu begrenzen, würden im ersten Ausbildungsjahr bereits 1440 Stunden erreicht. Da in jedem Fall auch in den beiden weiteren Ausbildungsjahren theoretischer Unterricht notwendig ist, ist eine ausgewogene Ausbildung im Punkte Theorie und Praxis zu Ungunsten der Praxis vorprogrammiert.

b) Unterrichtsfächer mit verschiedenen Lehr-/Lerninhalten:

Es gibt wohl eine ganze Reihe von Unterrichtsfächern, die von allen drei Berufsgruppen – Kinderkrankenpflege/Erwachsenenkrankenpflege/Entbindungshilfen – behandelt werden müssen. Z.B. Berufsethik, Geschichte der Heilberufe, Krankenhausbau und Organisation, Gesetzeskunde/Rechtskunde, Hygiene, Chemie, Physik, Arzneimittellehre, Ernährungslehre, Psychologie/Pädagogik/Soziologie, Anatomie/Physiologie/Pathologie, Infektionslehre, Krankheitslehre auf den verschiedenen medizinischen Gebieten.

Wenn man diese Aufzählung oberflächlich sieht, kann man schon zu der Überzeugung kommen, es sei rationaler, die Ausbildungsgänge zusammenzulegen. Sobald man allerdings versucht, diese Unterrichtsfächer in Lernziele zu fassen, erkennt man schnell, daß sich zwar die Unterrichtsfächer gleichen, die Lerninhalte für die einzelnen Berufsgruppen aber grundlegend verschieden sind.

Dies trifft nicht zu für die Fächer Krankenhausbau und Organisation, Chemie und Physik. Aber bereits bei dem Fach Geschichte der Heilberufe erscheint eine

Schwerpunktverlagerung angebracht. Bei den Fächern Berufsethik und Gesetzeskunde, sowie Anatomie/Physiologie und Ernährungslehre kann gar nicht darauf verzichtet werden. Die Behandlung der übrigen Fächer im Rahmen eines theoretischen Grundbildungsjahres ist wegen des dann fehlenden Praxisbezuges nicht möglich. Eine effektive qualifizierende Ausbildung für einen praktischen Beruf kann nur betrieben werden, wenn sich Theorie und Praxis schon ab dem ersten Ausbildungstag ergänzen und aufeinander aufbauen. Jede Trennung von Theorie und Praxis hieße die Ausbildung zu verschlechtern.

c) Orientierungshilfe für die Schüler:

Das Grundbildungsjahr soll dem Auszubildenden die Möglichkeit, alle drei Berufe kennenzulernen und Zeit für seine endgültige Entscheidung geben. Wann kann der Schüler aber im Grundbildungsjahr Spezielles über die verschiedenen Berufe erfahren? Der Unterricht behandelt nur Allgemeines, es muß ja für alle Berufsgruppen zutreffen. Die Praxis lernt der Schüler auch nicht kennen.

d) Fortsetzung der Ausbildung nach dem ersten Jahr: Die Universitätskliniken ausgenommen, kann kaum ein Krankenhaus die praktische Ausbildung aller drei Berufsgruppen durchführen. Die Schüler müßten also

nach dem Grundbildungsjahr den Ausbildungsort wechseln. Wie könnten die Kapazitäten der Ausbildungsorte berücksichtigt werden? Die ganzen Probleme werden durch die Tatsache, daß erst nach dem ersten Jahr feststeht, wie groß die Interessentenzahl für die einzelnen Berufszweige ist, noch zusätzlich erschwert.

.....
Bezahlung, Anrechnung auf den Stellenplan, BBiG in der Krankenpflegeausbildung, Kinderkrankenpflege.....

Genauso unbefriedigend für die Krankenpflegeausbildung ein kompromißloses Festhalten am bestehenden System ist, so nachteilig ist die kompromißlose Übernahme eines Systems, das für ganz andere Ausbildungszweige kreiert wurde. Besonders fraglich wird das, wenn es von einer Organisation wie der ÖTV propagiert wird, von der ich glaube, daß sie in erster Linie die Erweiterung ihres Macht- und Einflusses im Sinn hat und an einer qualifizierten Ausbildung und optimalen Patientenversorgung nur sekundär interessiert ist.

Ulrich Kamphausen, Grevenbroich

SANITÄTSWARTE

Zeitschrift für das gesamte ärztliche Hilfe- u. Pflegepersonal im öffentlichen u. privaten Gesundheitsdienst, für Gesundheitsfürsorge u. Wohlfahrtspflege mit aml. Bekanntmachungen
Schiedsstelle: EMIL PRITZ, Leiter der Fachgruppe Gesundheitswesen, STUTTGART-STAMMHEIM, ~~70474~~ 70474

Kornwestheimerstr. 30

7 70474 Stuttgart-Stammheim, den 10.12.79

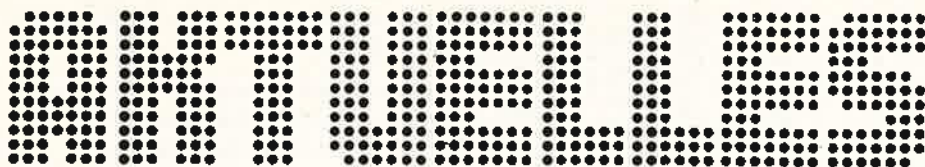
An
die Zeitschrift "Demokratisches Gesundheitswesen"
41 Duisburg 1
Postfach 101041

Werte Kollegen!

Anbei meine Bestellung für die genannte Zeitschrift. Die Bezugsgebühren werden durch die Bank überwiesen. Wegen hohen Alters (85) kann ich an der Zeitschrift leider nicht mehr mitarbeiten, da ich aber ab 1913 im Gesundheitswesen tätig war, interessiert mich schon was da angestrebt wird und werden kann.

Eine meiner letzten Arbeiten anbei. Guten Erfolg und kollegialen Gruß

Emil Pritz



Immer mehr Gruppenpraxen

Gruppenpraxen gewinnen immer mehr an Beliebtheit. Knapp 30 % der Neuorganisationen in freier Praxis finden in Gemeinschaftspraxen statt. Das sind etwa 800 Niederlassungen in der gesamten Bundesrepublik. Rund 4000 Mediziner sind derzeit in Gruppenpraxen zusammengeschlossen. Auch kooperative Praxisformen wie Labor- oder Apparategemeinschaften werden bevorzugt eingerichtet. Als wesentliche Vorteile nennen die Gemeinschaftsärzte die intensive und stetige Behandlung der Patienten – sie haben mehr Zeit für den einzelnen – größere Diagnose-sicherheit durch gegenseitige Beratung, bessere Vertretungsmöglichkeiten und Praxisausstattungen.

(aus: Die Ortskrankenkasse 20/79)

RCDS – Fachschaftsrat Medizin in Düsseldorf abgewählt

In der Zeit vom 26. – 29. November 1979 wurde an der medizinischen Fakultät Düsseldorf erstmals nach dem neuen Studentenschaftsgesetz ein Fachschaftsrat gewählt.



Der vorher amtierende RCDS – Fachschaftsrat wurde von der Gruppe „Fachschaftsinitiative“ (FSI) – dazu gehörten eine Unabhängigkeitsgruppe, Sozialistischer Hochschulbund (SHB) und der Marxistische Studentenbund (MSB) Spartakus –, abgelöst, die von insgesamt 11 Sitzen 6 erhielt.

Sitze gingen an den RCDS, die Hochschulunion (HSU, Straußanhänger) und das Aktionsbündnis Jusos & Unabhängige gingen leer aus.

Die Wahlbeteiligung betrug bemerkenswerte 49 %, Briefwahl war erstmals mög-

lich. Der neugewählte Fachschaftsrat besteht aus 6 Unabhängigen, 2 SHB lern und 1 Mitglied des MSB Spartakus.

EG – Richtlinien „Ärzte“ drei Jahre in Kraft

Am 20. Dezember 1979 war es 3 Jahre her, daß die vom Ministerrat der Europäischen Gemeinschaften verabschiedeten „Richtlinien über die Niederlassungsfreiheit und die gegenseitige Anerkennung der Diplome“ wirksam geworden ist.

Die jetzt vorliegenden Zahlen besagen, daß bisher 1204 Ärzte in einem anderen Mitgliedsstaat der EG als ihrem Heimatland tätig geworden sind, die meisten davon, nämlich 296 in den Niederlanden, 284 in Großbritannien und 272 in der Bundesrepublik.

Die in Großbritannien abzulegende Sprachprüfung, die innerhalb der sechsmonatigen Dauer der „vorläufigen Registrierung“ nachzuweisen ist – eine derartige Sprachprüfung steht im Widerspruch zu den EG-Richtlinien –, hat sich bisher nicht als Hinderungsgrund erwiesen.

Gleichzeitig haben 296 Engländer, 215 Italiener, 200 Belgier und 157 Deutsche, um nur die größten Gruppen zu nennen, ihr Land verlassen, um in einem anderen EG-Staat zu praktizieren.

Noch vor dem Inkrafttreten der EG-Richtlinien war vor den Folgen dieser Niederlassungsfreiheit von Seiten der deutschen Ärztekammer gewarnt worden. Man hatte eine Massenabwanderung aus Ländern mit einem „sozialistischen Gesundheitssystem“ wie zum Beispiel Großbritannien in die mit einem sog. freien Gesundheitssystem (in den Augen der Standesfunktionäre die Bundesrepublik) befürchtet.

Auch im III. Quartal '79 ein Defizit bei den Kassen

Die Leistungsausgaben bei den 273 Ortskrankenkassen lagen in den ersten 9 Monaten 1979 um 7,2 % je Mitglied höher als im Vergleichszeitraum des Vorjahres. Die Ausgaben stiegen damit schneller als die Beitragseinnahmen (im gleichen Zeitraum 5,6 % je Mitglied).

Ein Abschluß des Jahres 1979 mit einem Überhang über den Beitragseinnahmen sei zu erwarten. Die von der Konzertierte Aktion vorgegebene Zuwachsmarge von

rd. 6 % wurde überstiegen. Besorgniserregend sind nach wie vor die Steigerungsraten bei den Ausgaben für Zahnersatz sowie Heil- und Hilfsmitteln. Sie lagen im III. Quartal beim Zahnersatz bei zehn Prozent, bei den Heil- und Hilfsmitteln sogar bei 14,1 Prozent. Überproportional stiegen auch die Barleistungen der Ortskrankenkassen, insbesondere die Krankengeldzahlungen, die sich in den ersten neun Monaten dieses Jahres um 12,7 Prozent je Mitglied erhöhten.

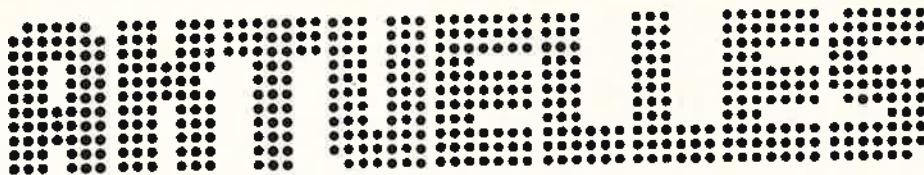


Dr. med. Frank H. Mader, Arzt für Allgemeinmedizin, Vorsitzender des FDA

Fachverband Deutscher Allgemeinärzte (FDA) e.V. in Nittendorf (Regensburg) gegründet

Der neugegründete Fachverband Deutscher Allgemeinärzte versteht sich als einzige Interessenvertretung des Allgemeinärztes, die sich ausschließlich und ohne Rücksichtnahme auf andere Gruppierungen für die Interessenwahrnehmung des qualifiziert weitergebildeten Allgemeinärztes einsetzt. Folgende Zielsetzungen hat sich der FDA u.a. gesetzt:

- der qualifiziert weitergebildete Arzt soll in der Wirtschaftlichkeitsprüfung der KV eine eigene Fachgruppe darstellen,
- ausschließliche Kassenzulassung für den weitergebildeten Arzt, dazu zählen in der Grundversorgung die Allgemeinärzte (nicht aber die praktischen Ärzte),
- Wiedereinführung der Bezeichnung „Facharzt“ für alle qualifiziert weitergebildeten Ärzte.



Niedersächsische Ärztekammer protestiert gegen die Abschaltung der Fernsprecher im Notstandsfall

Die Bundespost hat technische Vorkehrungen getroffen, um in Notstandsfällen einzelnen Fernsprechteilnehmern oder bestimmten Gruppen oder sogar allen Telefonbesitzern, soweit sie nicht wegen besonderer Funktionen ausgenommen sind, den Anschluß zu sperren. Sie können dann nur noch angerufen werden, selbst aber nicht mehr anrufen.

Ein Sprecher der niedersächsischen Ärztekammer äußerte sich auf Anfrage der Frankfurter Rundschau besorgt über mögliche Auswirkungen solcher Notstandsvorkehrungen. Die Bundespost habe zwar der Ärztekammer die Auskunft gegeben, daß Ärzte eine „Kennung“ erhielten, die bei einer Einschränkung des Telefonverkehrs berücksichtigt würde, jedoch müßte man bedenken, daß es noch andere Berufsgruppen gibt, für die ein Telefonanschluß unbedingt notwendig ist. Die Ärztekammer Niedersachsen will wegen der Angelegenheit bei den zuständigen Regierungsstellen vorstellig werden.

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke wird erweitert

Die vor 10 Jahren gegründete Klinik mit 300 Betten wird bis zum Sommer einen Erweiterungsbau mit 324 Betten erhalten, darunter ein Kinderhaus und verschiedene neue Abteilungen.

Trotz vorheriger ablehnender Kommentare und negativer Kritik wird das Herdeckemodell heute lobend anerkannt. NRW Arbeits- und Sozialminister Farthmann betonte, daß das Krankenhaus seine Funktionsfähigkeit bewiesen habe und seine medizinische Leistungsfähigkeit heute außer Frage steht.

In Herdecke fehlt die Einrichtung „Chefarzt“, die leitenden Fachärzte wählen einen Sprecher, der keine Weisungsbefugnis gegenüber den leitenden Ärzten hat.

Als beispielhaft erwies sich auch die Siebentagebesuchszeit. Freunde und Verwandte können jederzeit kommen. Damit entfallen Besucherströme zu bestimmten Zeiten. Sie verteilen sich in überschauba-

ren Zahlen auf die gesamte Woche. Über dem Bundesdurchschnitt liegt die heutige Belegungsquote des Hauses (90,7 Prozent).

Bundesverband der Ortskrankenkassen: „Kostendämpfung allein genügt nicht“

Auf der Vertreterversammlung im Dez. 1979 in München forderte der Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen H. Ruegenberg zur Lösung der strukturellen Probleme in der Krankenversicherung auf. Die Kostendämpfung allein gewährleiste noch keine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung.

Falls dies nicht gelänge, würde durch die starke Zunahme der Angestelltenberufe und die dadurch ausgelöste Mitgliederbewegung eine Gefährdung des Solidarausgleichs und Generationenvertrag auftreten. Nachdrücklich wies Ruegenberg darauf hin, daß der BdO noch kein Lösungskonzept erarbeitet habe.

Die von der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen gegebenen Empfehlungen zur Verbesserung der Ausbildung der Ärzte, zur Arzneimittelversorgung und zur

Gesundheitsvorsorge gelte es, in die Tat umzusetzen.

Von den Vertragspartnern der Krankenkassen erwarte er, daß sie in Zukunft Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen offen darlegen und Rationalisierungsmöglichkeiten aufzeigen.

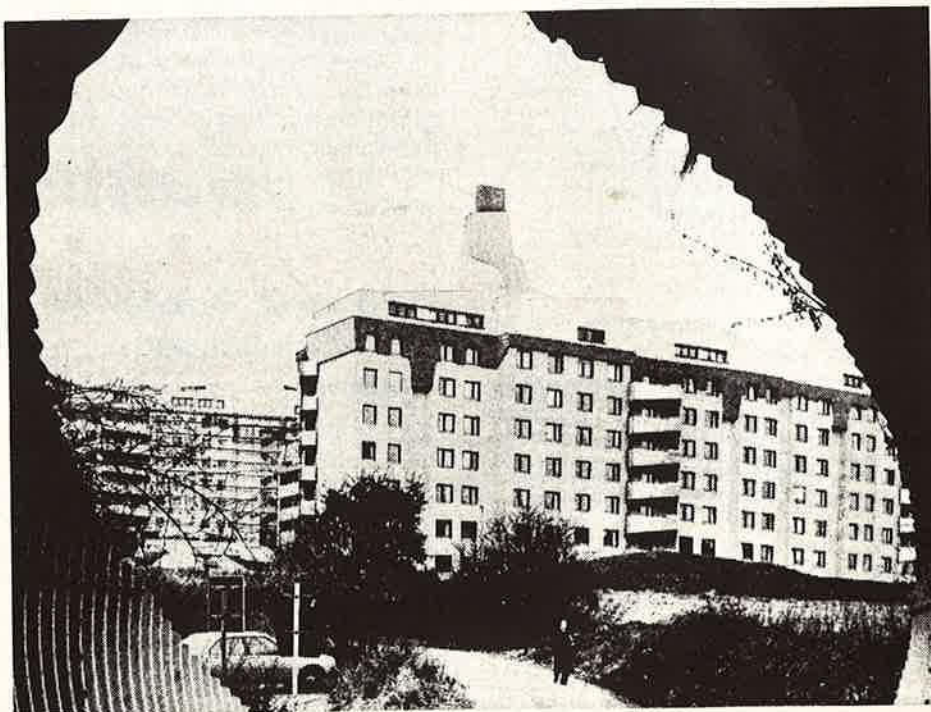
Ruegenberg betonte, daß sich für das Jahr 1979 ein voraussichtlicher Ausgabenüberhang von 1,12 Prozentpunkten abzeichne, was einer Finanzierungslücke von 0,3 Beitragssatzpunkten entspreche.

Für das Jahr 1980 würden deshalb zum Teil erhebliche Beitragserhöhungen erwartet.

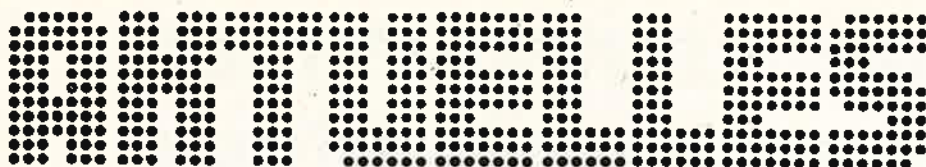
Mehrwertsteuersatz für Arzneimittel muß reduziert werden!

In einer am 23. 11. 1979 veröffentlichten gemeinsamen Presseerklärung haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Ärzte, der Pharmazeutischen Industrie und der Apotheker deutlich gemacht, daß sie eine Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel in Anpassung an die Regelungen in den anderen EG-Mitgliedstaaten für unerlässlich halten.

Sie bedauern, daß hierüber in der Herbstsitzung der Konzierten Aktion mit den Vertretern der Bundesregierung und der Länder keine Einigung zu erzielen war. Dies gilt umso mehr, als durch eine solche Maßnahme der Staat selbst zu einer erheblichen Reduzierung der Ausgaben der Krankenversicherung beitragen könnte.



Das Land finanziert den Erweiterungsbau für 324 Betten.



Erschwerte Bedingungen für ausländische Ärzte

Die Bundesregierung wird ausländischen Ärzten, die nicht Staatsangehörige eines EG-Staates sind, kein Visum mehr für die Einreise zur Arbeitsaufnahme erteilen. Dies gilt auch für Ärzte, die zu einer Facharztausbildung in die BRD kommen wollen. Auf Bitten einiger Landesgesundheitsbehörden sollen bei bestimmten Versorgungsempfängern, z.B. Anästhesie, Ausnahmen zugelassen werden. Die Bundesregierung prüfe die Vorschläge.

CDU-Bundestagsabgeordneter Dr. Hugo Hammans beklagte, daß einige ausländische Ärzte durch Verlängerung ihrer Weiterbildungszeit die Einbürgerung bewirken würden, und durch ihre Niederlassung der „Überhang“ an Ärzten weiter erhöht sowie das „hohe Niveau der deutschen Ärzteschaft“ gemindert würde.

Wie die Redaktion des „Demokratischen Gesundheitswesens“ von mehreren ausländischen Ärzten erfahren hat, wird diese Regelung schon länger praktisch angewandt.

Die Redaktion bittet um Mitteilung solcher Fälle.

Ärztestreik auf belgisch

Seit Anfang Januar eskalierten die Auseinandersetzungen zwischen den belgischen Ärzteverbänden und der christdemokratischen Regierung bis zum „Ärztestreik“. Dieser richtet sich gegen ein massives Sparprogramm mit Ausgabenkürzungen sowie die Einführung eines Gesundheitspasses zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und die Einführung eines „Distriktsarztes“, bei dem sich der Patient – ähnlich wie in England – in Zukunft eintragen soll.

Belgiens reaktionäre Standespolitiker griffen zuletzt zum Mittel des „Streiks“, d.h. sie behandelten nicht in ihren Praxen und stellten den Krankenhausbetrieb auf einen Notbetrieb um. Um einer „Zwangspflichtung“ durch die Regierung zu entgehen, setzten sich ca. 100 Ärzte über die Grenze nach Aachen ab und quartierten sich dort in der Nobel-Herberge „Quellenhof“ ein. Nach einigen Tagen merkte man doch, daß diese nicht ganz adäquat der behaupteten finanziellen Notsituation war und verzog sich in ein billigeres Eifelhotel.

Die Resonanz der bundesdeutschen Standesorganisationen war bemerkenswert distanziert wegen der „Gefährdung der Patientenversorgung, wie sie sich in Belgien abzeichnet.“ Auch das Ärzteblatt, sonst mit der wohlwollenden Berichterstattung über „Ärztestreiks“ in Malta, Italien oder England nicht gerade zurückhaltend, blieb eher kleinlaut. Liegt es vielleicht daran, daß es in Belgien gegen eine christdemokratische Regierung geht?

DG wird in der nächsten Nummer ausführlich berichten.

ÖTV zur Lohnrunde '80

Der Hauptvorstand der ÖTV unterbreitete seinen Mitgliedern folgende Empfehlungen für die anstehende Tarifrunde:

1. Einkommensverbesserungen um 9 v.H., mindestens 180,- DM; entsprechende Erhöhung der Ortszuschläge
2. Entsprechende Angleichung für Praktikanten, Lernpfleger- und Schüler sowie Medizinalassistenten
3. Die Vergütung für Auszubildende soll im 1. und 2. Jahr um 80,- DM – im 3. und 4. Jahr um 70,- DM angehoben werden. Dazu 40,- DM mehr für alle unter 18 Jahren.
4. Voll-Lohn für alle Arbeitnehmer über 18 Jahren.
5. 30 Tage Erholungsurlaub für alle.

DKP legt Gesundheitsprogramm vor

Den Entwurf eines Programmes „für ein demokratisches und soziales Gesundheitswesen“ legte die DKP am 10. 1. der Öffentlichkeit vor. Der 15seitige Programmentwurf, der sich mit allen wesentlichen Fragen des bundesdeutschen Gesundheitswesens auseinandersetzt und umstrittene Themen, wie Krankheitsvorsorge, Umweltschutz, betrieblicher Arbeitsschutz, Pharmamarkt, u.a. diskutiert, kann beim DKP-Parteivorstand, Prinz-Georg-Straße 79, 4000 Düsseldorf, bestellt werden.

DG wird sich mit den Gesundheitsprogrammen der verschiedenen Parteien in einer der folgenden Ausgaben ausführlich beschäftigen.

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 Ursprünge 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. *Heinzel/Runde:* Behindertenpolitik. *Henkel:* Alkoholisismus und soziale Schichtung. *Hogh:* Psychotherapeutengesetz. *Jeger:* Betagtenbetreuung und Volkskrankheiten. *Jordan:* Psychosomatik rheumatischer Erkrankungen. *Karmaus:* 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. Steffan, 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

„...Mit weniger Leuten immer noch mehr machen als früher...“

Interview mit dem Betriebsrat der Thyssen-Gießerei AG, Werk Meiderich

Walter Proßwitz (Schwerbehinderten-Vertrauensmann)

Gerd Weide (Vorsitzender der Arbeitssicherheitskommission)

Gunter Plathner

(Vorsitzender der Lohn- und Gehaltskommission)

Hermann Bertram

(Vorsitzender der Wohnungskommission)

Heinz Luschinski

(Vorsitzender der Arbeitssicherheitskommission)

Heinz Lukrawka

(BR-Vorsitzender)

DG: In letzter Zeit wird viel über Projekte zur Humanisierung der Arbeitswelt gesprochen. Habt ihr als Betriebsräte überhaupt einen Einfluß darauf?

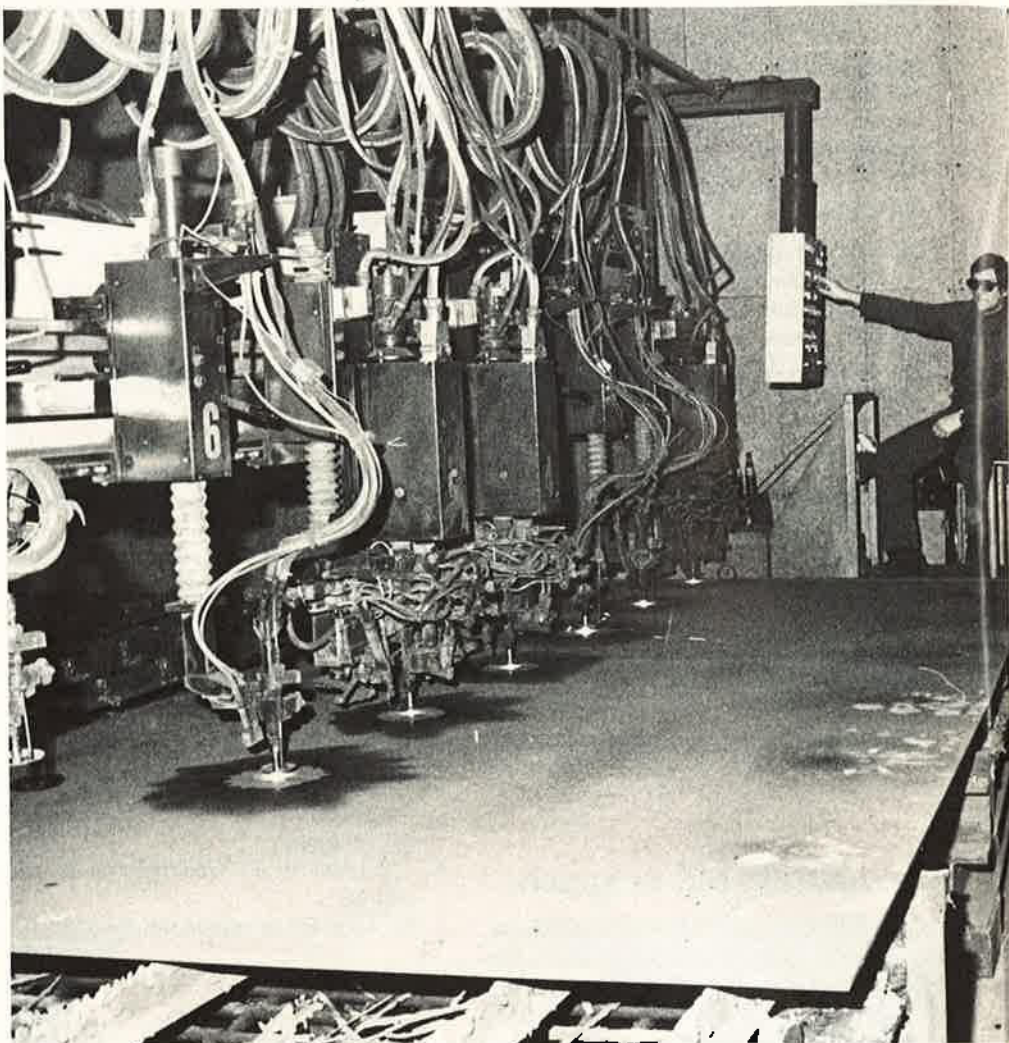
BR: Die Einflußnahme von unserer Seite ist nicht so wie wir sie gerne hätten, aber sie ist gegeben. Humanisierung der Arbeitswelt ist ja mehr als Arbeitsschutz schlechthin. Betriebe müssen nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten geführt werden und ich widerspreche der These, daß Arbeitsschutzmaßnahmen ausschließlich unter gewinnträchtigen Motiven vorgenommen werden.

DG: Haben die Sicherheitsbeauftragten und die Werksärzte einen realen Einfluß auf die Situation am Arbeitsplatz?

BR: Grundsätzlich gibt es einen Einfluß – ja –. Die Frage ist nur, wie effektiv ist der. Ich möchte da mal ein Beispiel geben: Wir haben hier z. B. einen Arbeitsmediziner, einen Doktor, der versucht Einfluß auf gewisse Probleme zu bekommen. Der gibt sich objektiv sehr viel Mühe, aus den Problemen der arbeitenden Menschen heraus, die Fragen zu regeln. Das ist die eine Seite. Die andere Seite allerdings ist, daß der Betrieb ganz andere Anforderungen stellt.

Wenn es um Fragen von Rationalisierungen, um Einsparungen, um Arbeitsplätze, um Stellen für Behinderte geht, bemüht sich der Betriebsrat zu helfen, aber er scheitert an den angelegten Maßstäben.

Es herrscht die Tendenz zur Rationalisierung vor. Und die steht in ganz engem Zusammenhang mit der Leistungshergabe der Leute. Und wenn heute vieles unter dem Motto „Belastungsminderung“, „Humanes Gestalten von Arbeitsplätzen“ gemacht wird, so läuft es meist am Ende doch



darauf hinaus, daß Arbeitsplätze abgebaut werden. Die Belastung für die Kollegen wird dadurch im Grunde gar nicht geringer, sondern trotz aller versprochenen technischen Veränderungen oder Verbesserungen sieht es einfach so aus, daß da, wo vorher 20 Mann gearbeitet haben, jetzt nur noch 8 arbeiten. Das ist nur ein Beispiel. Und das von diesen 8 eine erheblich höhere Arbeitsintensität verlangt wird. Zwar ist die körperliche Arbeit in vielen Fällen nicht mehr so hart, aber der Arbeitsdruck und die Hergabe von Leistung und Kraft sind größer geworden. Das zeigt sich in vielen Beispielen. Deshalb meine ich: Die Unternehmer sind heute bestrebt, zwar in gewisser Weise den Gesetzen Rechnung tragen zu müssen, etwas von Ergonomie oder anderen Dingen zu sagen, aber im Grunde genommen versuchen sie, die Si-

tuation für sich so auszunutzen, daß sie den Rationalisierungseffekt auf ihrer Seite haben. Und sie haben auch den Profit auf ihrer Seite.

Diejenigen, die darunter zu leiden haben, sind nach wie vor die Arbeiter. Ich bin nicht der Meinung, daß die Kumpels echt durch die Dinge, die unter dem Oberbegriff „Rationalisierung – Humanisierung“ laufen, gegenwärtig ein Plus haben. Im Gegenteil. Wenn wir das aus unserer Sicht sehen: die Kumpels werden hier doch heute noch mehr ausgeplündert und man versucht mit weniger Leuten immer noch mehr zu machen, als das jemals früher der Fall war.

DG: Gilt auch für diesen Betrieb, daß mit weniger Leuten eine erhebliche Produktivitätssteigerung erreicht wurde?

BR: Ganz genau, dafür gibt es Zahlen. Da kann man das ganz genau ablesen. Der Kollege Herb sagte kürzlich bei einer Tägung des gewerkschaftlichen Arbeitskreises: Während wir in der Stahlindustrie versuchen, dort wo Engpässe sind, Leute einzustellen, sind die Unternehmer gegenwärtig bemüht, Neueinstellungen von Leuten um jeden Preis zu unterlaufen. Die wollen mit der Mannschaft, die sie im Moment haben, eine möglichst hohe Produktion ausstoßen. Und das geht nur über den Leistungsknüppel. Es liegt aber auch daran, daß die Werksärzte zum Teil dazu verdon-



nert sind, bei Neueinstellungen besondere Maßstäbe anzulegen. Nach Berechnungen unserer IG Metall werden von den Bewerbern, die sich in den Stahlwerken heute vorstellen, 80% schon vorher abgelehnt.

DG: Nach dem Arbeitssicherheitsgesetz ist der Betriebsarzt heute immer noch – wenn auch in anderer Form – Angestellter des Unternehmens. Ergeben sich aus dieser Abhängigkeit Probleme? Wie ist das Vertrauensverhältnis zwischen Arbeitern und Werksarzt?

BR: Ich arbeite ja eng mit unserem Betriebsarzt zusammen und die Aufgaben sind ihm im Arbeitssicherheitsgesetz ja vorgegeben. Er hat einmal eine beratende Funktion für den Unternehmer aber auch für den Kollegen – unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht.



Gunther Plathner (verantw. für Lohn- und Akkordfragen, l.)
Heinz Luschinski (verantw. für Arbeitssicherheit)

In der betriebliche Praxis stellt sich das Problem ganz anders: Wenn z. B. ein Kollege wegen eines Arbeitsplatzwechsels zu ihm geht – und der Betriebsarzt nach der Untersuchung zu dem Ergebnis kommt: Der Kollege ist wegen der Wechselschichten oder der starken körperlichen Belastung von seiner jetzigen Arbeit zu befreien, dann wird der Arzt den Arbeitsplatzwechsel befürworten. Dann geht das ganze zur Personalabteilung und wir können mit dem Kollegen nichts mehr anfangen, weil für ihn kein leichter Arbeitsplatz mehr da ist, zumal der Trend dahingeht, die wenigen sogenannten Leichtarbeitsplätze abzubauen. Leider! Es ist so.

DG: Es läßt sich also nicht eindeutig sagen, ob eine medizinisch gerechtfertigte Entscheidung im Endeffekt im Interesse des Kollegen ist oder nicht?

BR: Genau, es sind ja zwei Paar Schuhe. Oftmals mag etwas medizinisch gerechtfertigt sein, aber dann kommt nämlich die Lösung für den Kollegen: Wo bleibt der? Entlassen werden will der ja nicht.

Manchmal haben wir 4 oder 5 auf einer Warteliste für einen anderen Arbeitsplatz und da gibt es dann – selbst wo wir hier einen guten Werksarzt haben – schizophrene Situationen. Es muß also einer 'raus, weil die Belastung zu groß ist. Aber solange wir nicht wissen wohin mit ihm, muß oft entschieden werden: er kann noch ein bißchen, er muß an der alten Stelle weiter arbeiten, weil ein anderer noch dringender ist als er.

Das Problem haben fast alle Werke und man muß versuchen, das generell zu lösen: Wie nimmt man ältere Kollegen aus dem Leistungsdruck, ohne sie zu entlassen? Das ist nicht medizinisch, sondern nur gewerkschaftlich zu lösen. Da müssen wir uns was einfallen lassen.

DG: Besteht denn die Möglichkeit, den Arbeitsplatz nach den Bedürfnissen des Arbeiters zu verändern, so daß er seine Arbeit fortsetzen kann?

BR: Nein. Die Leistung ist der Maßstab, an dem gemessen wird. In Wirklichkeit stellt sich nur die Frage, ob einer den Anforderungen noch genügt oder nicht.

Wir haben z. B. einen Werksarzt, der den Kollegen solidarisch verbunden ist, und der ein stark ausgeprägtes Gerechtigkeitsgefühl hat, aber auch der scheitert natürlich bei diesen Maßstäben, die er anlegen muß.

Zur konkreten Frage: Eine wirkliche Unabhängigkeit des Werksarztes ist zur Zeit nicht gegeben. Er hat ein Vertragsverhältnis mit dem Unternehmer und wir halten das nicht für richtig. Selbst wenn wir bei der Einstellung ein Mitspracherecht haben, ist das ein Status, den wir nicht akzeptieren. Der Betriebsarzt muß unabhängig sein und für sein Anstellungsverhältnis muß man andere Formen finden. Da gibt es sicherlich Möglichkeiten. Das ist eine alte Forderung.

DG: Hat es in den letzten Jahren eine Zunahme der Schicht- und Nachtarbeit gegeben?

BR: Bei uns hat das eher abgenommen. Aber das hängt nur mit der Auftragslage zusammen und mit der Rationalisierung. Beim letzten hat vor allen Dingen die



Gerd Weil (verantw. für Arbeitsschutz)



Herrman Bertram (verantw. für Wohnungsfragen)

Schichtarbeit im mechanischen Bereich abgenommen, gerade in der Walzenbearbeitung. Wenn aus Kalkulationsgründen nicht 3schichtig gefahren werden muß, fällt als erste die Nachtschicht weg. Die ist für die Unternehmen wegen der Zuschläge ja die teuerste.

DG: Was können die Betriebsräte und die Gewerkschaft zu Fragen des Arbeitsschutzes, bei Rationalisierungsmaßnahmen, bei notwendigen Neueinstellungen oder Umsetzungen konkret tun?

BR: Der Einfluß im Einzelbereich ist oft gleich null. Der Kampf des Betriebsrates oder der Belegschaft bei Rationalisierungen ist zwar beachtenswert ebenso wie der Druck, den die Kollegen manchmal entwickeln können. Aber er ist am Ende gering.

Die politischen Verhältnisse sind nicht zu übersehen. Man muß erkennen, daß heute die Leute unter einem ziemlichen Druck stehen. Manchmal sind auch – ich will das ruhig mal offen sagen – besonders in den letzten Jahren gewisse Resignationsercheinungen da. Der Kampf allein in einem Betrieb wie hier bei uns kann nicht maßgebend sein, sondern im Grunde genommen muß das starke Engagement der Gewerkschaft – auch die Kraft – überbetrieblich sein, um solche Dinge durchzusetzen.

Es ist manchmal schwer, wenn sich ein Betrieb – und wir haben das hin und wieder versucht – in solchen Fragen alleine durchsetzen will. Man stößt da ja an das System selbst und da fangen die Schwierigkeiten erst an. Das erfordert natürlich auch von den Arbeitern ein gewisses Maß an Bewußtsein.

Es wäre heute bestimmt möglich, hier und da bei Rationalisierungsmaßnahmen, bei denen am Ende mehr Leistungsdruck als Erleichterungen 'rauskommen, mehr Erfolge für die Kollegen zu erzielen, wenn die gesamte politisch-gesellschaftliche Situation eine andere wäre.

DG: Wirken sich Arbeitslosigkeit und Kurzarbeit auf den Krankenstand aus? Haben drohende Entlassungen einen Einfluß auf das gewerkschaftliche Engagement der Kollegen?

BR: Ja sicher, das wirkt sich aus. Sowas wirkt sich immer aus. Es ist doch so, wenn ich einen mit dem Knüppel auf den Kopf hauen, dann wird der sich ducken. Das Ganze ist irgendwie eine hypothetische Frage.

Wenn die oben immer mit dem Knüppel hauen und wir uns immer ducken würden, dann hätten wir noch heute das Sozialistengesetz. Es kann nicht ganz so sein, wie du das sagst. Jeder Druck erzeugt einen Gegendruck, da ist es ganz egal, welche Seite zuerst Druck macht.

Aber richtig ist natürlich eins: Wenn Arbeitsplatzunsicherheit herrscht und eine gewisse Existenzangst, dann gibt man einfach eher nach. Das hängt auch mit dem Bewußtsein zusammen, was bei den Kollegen zum Teil nicht vorhanden ist.

Ich sehe das so: Hier im Betrieb haben wir Walzen- und Kokillenfertigung. Und die Walzenfertigung ist nicht ausgelastet. Die dort arbeitenden Kollegen werden zum Teil im Wechsel auch im Kokillenbau eingesetzt und dabei stellen wir fest: Wenn nach 14 Tagen von einem Betriebsbereich in den anderen gewechselt wird, dann geht die Zahl der Krankmeldungen ganz automatisch in die Höhe. Das liegt daran, daß in beiden Bereichen eine extreme Belastung herrscht und die Kollegen zu Spitzenleistungen angehalten werden.

Es gibt insgesamt klare Beweise für zwei Tatsachen:

1. Die Kollegen haben Angst, sich krank schreiben zu lassen, wenn Arbeitslosigkeit herrscht und sie um ihren Arbeitsplatz fürchten müssen, aber
2. werden auch wiederum mehr Krankenscheine genommen, wenn der Arbeitsdruck und die Belastung so enorm zunehmen, wie wenn du z. B. abwechselnd in Walzenfertigung und im Kokillenbau arbeiten mußt.

DG: Welches sind die wesentlichen Belastungen, die die Schichtarbeit mit sich bringt; im Betrieb, zu Hause, durch den Tag/Nacht-Wechsel usw.?

BR: Wir sind im Vergleich zu den anderen Betrieben noch gut dran, denn wir haben

hier regelmäßig 3 Schichten zu 8 Stunden, bei allen Nachteilen, die die auch schon bringen. In anderen Thyssen-Werken hat man z. B. die Conti-Arbeit. Die ist wesentlich schlimmer. Die Kollegen machen ihre 7 Frührschichten, machen 2 Tage frei und gehen dann auf Nacht- oder Mittagschicht. In diesem Wechsel geht das dauernd weiter. Da sind die freien Tage zum Teil mitten in der Woche und nur alle 7 Wochen hängt ein Wochenende dran. So ein Kollege ist doch ausgeschlossen vom Vereinsleben, vom kulturellen Leben, von Fernsehen, Familienfeiern – das fällt doch alles der Schichtarbeit zum Opfer. Die Kollegen sind von der Öffentlichkeit ausgeschlossen, bei allen Nachteilen, die das auch noch gesundheitlich mit sich bringt. Sie müssen sich doch alle 3 Wochen wieder regenerieren, damit sie wieder zu sich selber finden. Und wenn er wieder einigermaßen auf dem Damm ist, dann geht er wieder auf Nachtschicht.

Gehen wir doch mal von unseren eigenen Erfahrungen aus, die wir mit der Wechsel-schicht gemacht haben. Wir stellen heute fest, daß in den Bereichen wie etwa der Kokillenfertigung, in denen jahrelang regelmäßig 3 Schichten gefahren wurden, in denen körperlich schwer gearbeitet wird und in denen eine enorme physische Leistungshergabe notwendig ist, kaum noch einer arbeitet, der älter ist als 50 Jahre. Die Leute, die dort jahrelang im Schichtbetrieb gearbeitet haben, die sind alle erledigt; die sind heute, abgesichert durch den Tarifvertrag, irgendwo als Pförtner beschäftigt. Gesundheitlich sind sie ramponiert.

DG: Kann die Verkürzung der Tages- oder Wochenarbeitszeit hier eine wesentliche Verbesserung bringen?

BR: Diese Frage ist äußerst wichtig. Die Forderung nach Einstieg in die 35-Stunden-Woche hat im Mittelpunkt des letzten Streiks gestanden und die Belegschaft war in dieser Frage sehr stark engagiert. Wir meinen, daß es gerade für die Bereiche der Eisen- und Stahlindustrie und auch für den Zulieferbereich wie die Gießereiindustrie zwingend notwendig ist, aus gesundheitlichen und humanitären Gründen, die Arbeitszeit zu verkürzen.



Heinz Lukrawka (Betriebsratsvorsitzender)

Wir können den Verschleiß doch ganz einfach feststellen, wenn wir sehen, daß das Durchschnittsalter in den Produktionsbetrieben relativ niedrig liegt. Wenn die Kumpel in ein bestimmtes Alter kommen, sind sie einfach fertig. Deshalb ist für uns die Forderung nach der 35-Stunden-Woche auch heute noch – und wir betonen das immer wieder – nicht abgeschrieben. Sie ist eine Notwendigkeit, um den Leuten einigermmaßen die körperliche und gesundheitliche Verfassung zu erhalten.

Was auch wichtig wäre: Die Regelung, die heute schon für Stahlarbeiter mit Hitzebelastung die Pensionierung mit 55 Jahren vorsieht, sollte auf die Gießerei-Arbeiter ausgedehnt werden, die ja auch zum großen Teil Hitze-Arbeiter sind.

DG: Werden die gesetzlichen Vorschriften zur Einstellung Schwerbehinderter befolgt oder versucht man durch finanzielle Abgeltung die Einstellung zu umgehen?

BR: Im allgemeinen ist es so, daß man die Leute nicht gerne nimmt. Die für uns geltende Einstellungsquote wird allerdings nicht unterschritten. Wir haben hier etwa 10% Schwerbehinderte. Und wenn das bei uns so ist, dann hängt es im wesentlichen mit dem Einfluß des Betriebsrates zusammen.

Nach der vorhergegangenen Diskussion kann ich eine Tatsache nur unterstreichen: Der Betrieb hier produziert seine Schwerbehinderten selbst und der Betrieb ist dann auch dafür verantwortlich, die Leute so unterzubringen, daß sie ihrer Behinderung gemäß einen entsprechenden Arbeitsplatz haben.

DG: Was sind nach Eurer Erfahrung die wesentlichen Ursachen für das frühzeitige Ausscheiden aus dem Produktionsprozeß oder für die Minderung der Erwerbsfähigkeit?

BR: Das sind wohl zum größten Teil Bandscheibenschäden, auch Hüftgelenksgeschichten und Kreislaufschäden. Alles Dinge, die auf schwere körperliche Arbeit und Wechselschichten zurückzuführen sind. Dann auch innere Leiden und in letzter Zeit – das muß man jetzt mal ganz deutlich herausstreichen – seelische Behinderungen. Allgemein ist festzustellen, daß alles unwahrscheinlich verschälimmert ist. Die Betriebsleitung gibt nach unten eine echte Atmosphäre der Kälte hinab, die natürlich auch nur wieder kalt zurückstrahlen kann, wo man sagen muß: Jede Menschlichkeit ist hier auf der Strecke geblieben.

DG: Es gibt eine Reihe von Erkrankungen – auch von euch genannte – die nicht als Berufskrankheiten anerkannt und entschädigt werden. Sind nach eurer Erfahrung mehr Erkrankungen berufsbedingt als bisher anerkannt?

BR: Das ist doch ganz klar! Ich erinnere nur an Lärm, ich erinnere an Silikose. Da soll mal einer versuchen, die anerkannt zu be-



Walter Proßwitz (Schwerbehinderten-Vertrauensmann)

kommen. Da fällst Du bei der Berufsgenossenschaft aber auf den Bauch.

Lärm und Silikose sind aber doch anerkannte Berufskrankheiten. Der Kollege meint, daß es schwierig ist, selbst in solchen Fällen eine Anerkennung durchzuführen.

Was z. B. nicht anerkannt ist und womit wir sehr viel zu tun haben, sind sogenannte Gewebeschäden und Gelenkschäden in Folge der Lufthammerkrankheit. Im Bergbau ist diese Erkrankung anerkannt, nicht aber im Bereich der Eisen- und Stahlindustrie. Wir bemühen uns gerade bei diesen Schäden einen Durchbruch zu erzielen.

Hinzugefügt werden muß, daß z. B. die Versorgungsämter in der Anerkennung von Behinderungen wesentlich großzügiger verfahren als die Berufsgenossenschaften bei der Anerkennung von Berufskrankheiten.

Wenn der Arzt bei dir ein chronisches Wirbelsäulenleiden oder eine rheumatische Erkrankung feststellt, dann geht die Berufsgenossenschaft ja noch einen Schritt weiter. Die fragen: Wo liegt die Ursache dieser Erkrankung?

Wir wissen, daß die Ursache z. B. in der jahrelangen harten Arbeit eines Gußputzers liegt, der Gewebe- und Knochenschäden aufgrund seiner beruflichen Tätigkeit erlitten hat. Aber sowas erkennen die ja nicht an. Für die gleiche Sache wird man beim Versorgungsamt vielleicht mit 40% oder 50% eingestuft. Die Berufsgenossenschaft streitet dir im übrigen ebenfalls nicht ab, daß du zu 50% geschädigt bist. Die streiten bloß ab, daß die Arbeit daran schuld ist. Aber wesentlich an der Sache ist, daß man seine Rente nur bekommt, wenn die Berufsgenossenschaft anerkennt.

DG: Könnt ihr feststellen, ob mit dem zunehmenden Streß ein Medikamentenmeherverbrauch oder -mißbrauch einhergeht?

BR: Ich würde mir nicht zutrauen ja zu sagen. Einzelne nehmen sicher mehr, als ih-

nen zuträglich ist. Trotzdem meine ich, daß die überwiegende Masse keine nimmt.

Ich glaube, wir sind falsch beraten, wenn wir da nicht die Realität sehen: Es gibt heute viele Leute – und das trifft auch für unsere Belegschaft zu – die Beruhigungstabletten oder andere starke Medikamente nehmen.

Wir haben Kollegen, die gehen jeden Tag zum Arzt und haben die Taschen voller Pillen. Andere wiederum gehen überhaupt nie hin, selbst wenn es nötig wäre. Ich glaube, das kann man nicht generalisieren. Wir könnten unsere Krankenkassen sehr entlasten, wenn nur das verschrieben und genommen würde, was wirklich gebraucht wird. Spaßhalber habe ich einmal gesagt, daß wir die Krankenkassenreform und vieles andere vergessen könnten, wenn es uns gelänge, den humanen Arbeitsplatz zu schaffen. Da wäre die ganze Sache schon gelaufen.

Wenn wir auf der einen Seite sehen und anerkennen, daß die Streßsituation am Arbeitsplatz stärker wird, dann erkläre du mir doch, womit der Kumpel die Erscheinungen kuriert, die er aufgrund dieses Stresses zeigt? Der säuft sich einen oder nimmt Medikamente oder beides. Wieviele haben wir denn schon in Heilverfahren schicken müssen?

Ich kenne nicht nur ein paar. Die, die man kennt, sind nur die Spitze des Eisberges. Trotzdem kann man nicht einfach sagen, daß Rauchen und Trinken mit dem Streß ansteigen. Früher, als ich jung war, habe ich selbst sehr viel geraucht und getrunken und der Streß war oft sehr unterschiedlich.

DG: Welchen Anteil schreibt ihr nach eurer Erfahrung dem Arbeitsprozeß zu, wenn ihr den schlechten gesundheitlichen Zustand vor allem älterer Kollegen betrachtet? Spielt nicht auch die Lebensführung – etwa zuhause – wie vielfach behauptet, eine große Rolle?

BR: Die Gesundheit wird nicht ausschließlich am Arbeitsplatz beeinflusst und das Problem läßt sich nicht dort alleine lösen

und beantworten. Hier sind auch Fragen rückgekoppelt: Wie wird der private Bereich gestaltet? Da spielen auch Bildung und Ausbildung eine Rolle. Eine gewisse Wechselwirkung ist gegeben, wenngleich der Arbeitsplatz mit Abstand das wichtigste ist. Das Arbeitsleben bestimmt doch weitgehend das private Leben mit. Davon kann man nach unserer Erfahrung ausgehen.

Die Technologie hat zwar Fortschritte gemacht, aber die Arbeitsmediziner sollten sich ruhig etwas mehr in das Arbeitsleben begeben. Ich sage es nochmal: Stahlwerker, Gießereiarbeiter und Bergleute sind durch das Schichtsystem und die Umgebungseinflüsse sowie durch den körperlichen Einsatz vielfachen Belastungen ausgesetzt. Das sind immer noch sehr, sehr

harte Berufe. Wenn mehr Arbeitsmediziner zu uns kämen, würden die da ganz andere Eindrücke gewinnen.

Wir hatten hier mal Ärzte, die haben gesagt: „Wie, so etwas gibt es noch?“ Und da habe ich gesagt: „Das ist noch eine der modernsten Gießereien, es gibt noch ganz andere.“ Da haben die nur noch mit den Ohren gewackelt.

Arbeitsbelastungen, arbeitsbedingte Erkrankungen und Frühinvalidität

Kurzfassung des Beitrags zum 16. Deutschen Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Düsseldorf, November 79.

Von Rainer Müller
und Volker Volkholz

In den nächsten 10 Jahren werden etwa 1,3 Millionen Arbeitnehmer invalide, also als Frührentner vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Weitere 1,2 Millionen Arbeitnehmer werden sterben, bevor sie die Altersrente erreicht haben.

Diese Zahlen sind so groß, daß sie als Vielzahl individueller Schicksale kaum noch vorstellbar sind. Auch wissen wir über die Ursachen und Bedingungen, über die Möglichkeiten der Verhütung dieser Verletzungen und Schädigungen von Menschen zu wenig. Sicher ist nur, daß die Arbeitswelt hieran einen größeren Anteil hat, als die veröffentlichten Zahlen über Unfälle und Berufskrankheiten zugeben. Bekannt und belegt ist u.a.:

- Frührentner sind in den letzten 10 Jahren ihrer Berufstätigkeit häufiger als Normalrentner Arbeitsbelastungen ausgesetzt wie: Lärm, Stäube, Gase, Schichtarbeit mit Nacharbeit, Fließbandarbeit oder körperlich schwerer Arbeit.
- Die Unfall- und Berufskrankheitenrisiken sind sehr ungleich in der Arbeitswelt verteilt. Die Wahrscheinlichkeit einen Unfall zu erleiden schwankt für verschiedene Berufsgruppen um mehrere 100 Prozent. Auf nur 3 % der Arbeitnehmer entfallen 60 % der angezeigten Berufskrankheiten.
- Millionen von Arbeitnehmern sind Belastungen wie Lärm, Schichtarbeit, Monotonie, Arbeitshetze und vielen anderen ausgesetzt; vergl. Tabelle 1. Für die gesundheitliche Beanspruchung schlimmer als die einzelnen Belastungen sind die Mehrfachbelastungen, also das gleichzeitige Einwirken mehrer Belastungsfaktoren auf den Arbeitnehmer. Für knapp 6 Millionen Arbeitnehmer gilt, daß an ihren Arbeitsplätzen 5 und mehr Belastungsfaktoren vorhanden sind.
- Sowohl durch die betriebliche Praxis als auch durch die wissenschaftliche For-



Häufigkeit von Belastungsfaktoren in der BRD 1975

Belastungsfaktor	Anteil der Betroffenen an der Erwerbsbevölkerung in %	Anzahl der Betroffenen in Millionen
Streß 1)	25,4	6,8
Monotonie 1)	22,7	6,1
Lärm 2)	22,2	6,0
Schicht 3)	21,7	5,8
Hitze 2)	17,1	4,6
Arbeit im Freien 2)	16,4	4,4
Zugluft 2)	16,0	4,3
Staub 2)	14,8	4,0
Konzentrierte Beobachtung 1)	14,5	3,9
Schwere Lasten 1)	13,4	3,6
Nässe 2)	10,9	2,9
Nacharbeit 3)	8,5	2,3
Zwangshaltung 1)	7,9	2,1
Schweres Werkzeug 1)	7,6	2,0
Rütteln, Vibrieren 1)	6,9	1,8
Gestank, giftige Gase 2)	6,5	1,7
Akkord 4)	6,2	1,7
Schlechte Beleuchtung 2)	5,5	1,5
Grelles Licht 2)	4,6	1,2
Kälte 2)	3,2	0,9

Quelle: Vgl. Autorengruppe: Arbeitsplätze und Arbeitsbelastungen, Bonn-Bad Godesberg, Dezember 1975; Projekt Forschungsbericht beim Auftraggeber

sung sind zahlreiche berufliche Tätigkeiten bekannt, die kaum ein Leben lang ausgeübt werden können. Solche Berufe sind beispielsweise: Bergmann, Metallarbeiter, Walzer, Former, Gießer, Schweißer, Kranfahrer, Verkehrsberufe, Fließband und Schichtarbeitstätigkeiten.

Es ist also nicht so, daß die Ursachen von Frühinvalidität und vorzeitigem Tod völlig unbekannt sind.

In der Erkennung und Bekämpfung von – häufig langwierigen – Prozessen gesundheitlicher Schädigung sind möglich aber schwierig.

Medizin und Recht sind nämlich im Arbeitsschutz eine Koalition eingegangen, die den Arbeitenden und seine Arbeitswelt nur insoweit zur Kenntnis nimmt, wie sie in ihre naturwissenschaftlich-experimentelle und fallorientierte Methodik passen. Bekämpft werden einzelne Belastungsfaktoren, aber nicht Mehrfachbelastungen an Arbeitsplätzen; geschützt werden einzelne Organe des Menschen aber nicht der Arbeitnehmer während ihrer gesamten Erwerbstätigkeit.

Dieser eingeschränkten Perspektive der Medizin und Rechtswissenschaften sind wichtige Erfolge zu verdanken: das muß man vorbehaltlos zugestehen. Für eine brauchbare Behandlung der Zusammenhänge von Arbeitsbelastung, Erkrankung und Frühinvalidität jedoch ist die radikal verstärkte Einbeziehung der epidemiologischen Betrachtungsweise erforderlich. Nur diese sozio-medizinische Forschung kann klären, ob im Vergleich vieler Arbeitsplätze bzw. Lebensgeschichten der Arbeitnehmer bestimmte Arbeitsplätze, Arbeitsstoffe oder Belastungsfaktoren gesundheitlich risikoreicher als andere sind.

Unter epidemiologischer Forschung wird verstanden:

1. Die Darstellung von Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen,
 2. deren Zurechnung zu wichtigen Tatbeständen der Arbeitswelt wie Belastungen, Arbeitsplätze oder Arbeitsbereiche,
 3. Die Darstellung der Lebensgeschichte der Arbeitnehmer in der Arbeitswelt.
- Gelingt es, diese Forschungen in Zusammenarbeit mit den in den Betrieben vorhandenen Erfahrungen voran zu bringen, so wird auch ein besseres Verständnis der arbeitsbedingten Erkrankungen möglich sein.



Der Begriff der arbeitsbedingten Erkrankung taucht in Gesetzen zum erstenmal im Arbeitssicherheitsgesetz auf. Dort heißt es in § 3, der sich mit den Aufgaben des Betriebsarztes befaßt: Sie – die Betriebsärzte – haben „Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen, die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankungen vorzuschlagen“. Es ist leider eine Tatsache, daß viele Betriebsärzte dies nicht tun.

Zu erinnern ist auch an den § 384 der Reichsversicherungsordnung, der sich mit der Festsetzung von Beiträgen durch die Krankenkassen befaßt. Dort heißt es: „Die Satzung (der Krankenkasse) kann die Höhe der Beiträge nach den Erwerbszweigen und Berufsarten der Versicherten abstimmen und eine höhere Bemessung des Arbeitgebers für einzelne Betriebe zulassen, soweit die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist.“ Auch von dieser rechtlichen Möglichkeit wird kaum Gebrauch gemacht. In Anlehnung also an die praktischen Notwendigkeiten und die rechtlichen Möglichkeiten ist dann der Begriff der arbeitsbedingten Erkrankungen wie folgt zu bestimmen: Arbeitsbedingte Erkrankungen sind Krankheiten, die unter Angehörigen einer bestimmten Berufs- bzw. Tätigkeitsgruppe oder bestimmten Arbeitsbereichen regelmäßiger und häufiger auftreten als unter der übrigen Bevölkerung.

Wie der Begriff der Berufskrankheit und der Erwerbsunfähigkeit wird der Begriff der arbeitsbedingten Erkrankung nur Erfolg haben, wenn er als medizinisch-rechtlich und politischer Begriff verstanden und entwickelt wird. Während Erwerbsunfähigkeit und Berufskrankheiten Rentenansprüche begründen, sollte der Nachweis einer arbeitsbedingten Erkrankung sofortige Vorbeugemaßnahmen erzwingen. Insbesondere ist hierbei an Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit zu denken. Die Verpflichtung zur Prävention muß einhergehen mit dem Recht der Arbeitsverweigerung, wenn die begründete Vermutung einer gesundheitlichen Schädigung besteht.

Diese Überlegungen gehen weit über das vorhandene Recht und die vorhandene Praxis des Arbeitsschutzes hinaus. Sie zeigen aber, daß es möglich ist, einen besseren Gesundheitsschutz, in dessen Mittelpunkt mehr als bislang der Mensch steht, zu entwickeln.

Aus den bisherigen Erfahrungen ergeben sich aber auch praktische Schritte, die in einer solidarischen Diskussion sofort angegangen werden können. So ist zu überlegen,

1. ob in Zusammenarbeit mit Betriebsräten und Gewerkschaften nicht daran gegangen werden kann, konkrete Listen gesundheitlich risikoreicher Arbeitsplätze zu veröffentlichen. Erreicht werden soll hierdurch, daß die Arbeitsschutzeinrichtungen und die Forschung sich stärker als bislang mit tatsächlichen Problemen der Arbeitswelt befassen,
 2. ob gewerkschaftlich interessierte Ärzte bei ihren Diagnosen nicht stärker als bislang die Berufsgeschichte der Patienten erheben; vielleicht sollte man hierzu Kurse einrichten. Erreicht werden könnte hierdurch, daß mehr und konkretere Diskussionen zwischen betrieblichen Praktikern und den Arbeitnehmern im Krankenhaus möglich werden.
- Weder der Ruf nach Reformen, noch die Forderung nach mehr Wissenschaft werden alleine etwas bewirken.

Arbeitsunfälle in der Bundesrepublik: Was verschweigt die amtliche Statistik?

Von Klaus Priester

„In enger Zusammenarbeit mit den Berufsgenossenschaften und unter dem Einsatz erheblicher Mittel haben die Unternehmer die technischen Einrichtungen ihrer Betriebe und die Arbeitsvorgänge weitgehend unfallsicher gemacht.“¹⁾ Glaubt man derartigen propagandistischen Äußerungen aus dem Unternehmerlager, dann müßte in der Arbeitssicherheit alles zum besten bestellt sein. Spielen Arbeitsunfälle also keine Rolle mehr für Gesundheits- und Lebensgefährdung der Arbeiter und Angestellten?

In der Bundesrepublik ereigneten sich 1978 1.821.928 angezeigte Arbeitsunfälle, 195.002 Unfälle auf dem Weg zur und von der Arbeit; ferner wurden 45.442 Fälle von Berufskrankheiten angezeigt. Im gleichen Jahr wurden 4.370 tödliche Arbeits- und Wegeunfälle sowie Berufskrankheiten erstmals entschädigt. Die unlängst veröffentlichten Daten für das erste Halbjahr 1979 lassen auch für das 1979 weiter ansteigende Unfallzahlen erwarten.²⁾

Ist es angesichts der Größenordnungen, mit denen wir es hier zu tun haben, gerechtfertigt, daß Problem zu verharmlosen, zu verschleiern und zu vernachlässigen? Mehr als 2 Millionen Unfälle und Berufskrankheiten in einem Jahr – eine quantität négligeable? Sicherlich: In den letzten 20 Jahren sind die angezeigten Arbeitsunfälle stark zurückgegangen, aber es scheint, daß die rückläufige Entwicklung vorerst zum Stillstand gekommen ist.

Was verschweigt die amtliche Unfallstatistik?

Hinzu kommt, daß die offiziellen amtlichen Daten über das Unfallgeschehen genauer betrachtet werden müssen. In sie gehen nämlich nur solche Arbeitsunfälle ein, die eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen (den Unfalltag nicht eingerechnet) oder den Tod nach sich ziehen; die sog. „Bagatellfälle“ bleiben hierbei also unberücksichtigt. Nach Berechnungen und Schätzungen auf der Basis von Mikrozensus-erhebungen des Statistischen Bundesamtes und verschiedener Fallstudien liegt die Gesamtzahl der Arbeitsunfälle um mindestens ein Drittel, wahrscheinlich jedoch noch mehr, über den offiziellen Zahlen.³⁾

Realistischerweise wäre demnach von etwa 2,5 Mio. Arbeitsunfällen 1978 auszugehen.

Allerdings sagen diese absoluten Zahlen, so eindrucksvoll sie im einzelnen sein mögen, über die Entwicklung des Unfallgeschehens über längere Zeiträume hinweg nur wenig aus. Hierfür muß die Zahl der je-



weils Beschäftigten mitberücksichtigt werden, müssen Häufigkeitsziffern (also etwa: Arbeitsunfälle je 1.000 Beschäftigte) gebildet werden. Da es jedoch sehr viele Beschäftigte gibt, die mehr als nur eine versicherte Tätigkeit ausüben, haben sich die Unfallversicherungsträger des sog. „Vollarbeiter“ geschaffen, eine fiktive Rechengröße, mit deren Hilfe Teilzeit- und Mehrfachbeschäftigte auf „Vollbeschäftigte“ umgerechnet werden, wobei ein „Vollarbeiter“ zwischen etwa 1.850 (gegenwärtig) und 2.000 (vor 1970) Arbeitsstunden entspricht. Und genau hierin liegt der zweite Unsicherheitsfaktor der amtlichen Daten, denn nur den wenigsten Berufsgenossenschaften ist die tatsächlich in ihrem Bereich geleistete Zahl der Arbeitsstunden bekannt. Oftmals wird – übrigens recht großzügig – geschützt, gemutmaßt und in kaum noch zu überprüfender Weise mit den Arbeitsstundenzahlen manipuliert. In der Regel völlig unberücksichtigt bleiben dabei etwa Überstunden, die ja bekanntlich gerade in den unfallträchtigen industriellen Sektoren besonders häufig geleistet werden. Kurz: Für die amtliche Statistik ist es gleichgültig, ob ein „Vollarbeiter“ 7,8,9 oder gar mehr Stunden pro Tag arbeitet; so kommt es, daß der „Vollarbeiter“ des Jahres 1957 z.B. (der sicherlich mehr als die angenommenen 2.000 Stunden im Jahr gearbeitet hat)⁴⁾ natürlich nicht mehr mit dem des Jahres 1978 (für den eine Jahresarbeitsleistung von 1.870 Stunden angenommen wurde)⁵⁾ vergleichbar ist, die Berechnung von Zeitreihen des Unfallgeschehens also fast unmöglich wird. Dies jedoch kümmert die amtlichen Stellen kaum; sie weisen auch weiterhin und ganz

unbekümmert darauf hin, daß die Unfallziffern ständig sinken.

Langfristige Unfallrückgänge...

Trotz dieser – z.T. recht großen – Ungenauigkeiten in der Statistik bleibt der langfristige Rückgang der angezeigten Arbeitsunfälle eine erfreuliche Tatsache, die allerdings mit vielen Fragezeichen zu versehen ist.

So wurden 1949 in der Bundesrepublik rund 1,1 Mio. Arbeitsunfälle angezeigt; 1961 fast 2,9 Mio., 1967 etwa 2,2 Mio., 1970 2,4 Mio. und 1978 schließlich „nur“ noch 1,8 Mio., wovon sich etwas mehr als drei Viertel im gewerblichen Bereich, und jeweils ca. 10 Prozent in der Landwirtschaft und im öffentlichen Dienst ereignen.

Bezogen auf 1.000 Vollarbeiter ergibt sich für die genannten Jahre folgendes Bild: 1949 wurden 61 Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter angezeigt, 1961: 118, 1967: 90, 1970: 95 und 1978: 74. Demnach wären die Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter zwischen 1949 und 1961 um 93 Prozent gestiegen, zwischen 1961 und 1973 dagegen um 37 Prozent gefallen.

Die vorstehend aufgeführten Jahre wurden hier nicht zufällig gewählt: Vielmehr markiert das Jahr 1961 den bisherigen Höhepunkt im Unfallgeschehen der Bundesrepublik, das Jahr 1978 den seit mehr als 25 Jahren nicht mehr erreichte Tiefpunkt. Zudem fällt auf, daß 1967, dem Tiefpunkt der ökonomischen Krise der sechziger Jahre, auch die Unfallziffern stark absanken, um

danach bis 1970/71 wieder merklich ansteigen. Diese Erscheinung verweist auf die Tatsache, daß in Zeiten ökonomischer Krisen und allgemeiner Arbeitsplatzunsicherheit offenbar weniger Arbeitsunfälle angezeigt werden; was nicht heißt, daß sich die Unfälle auch tatsächlich um diesen Betrag verringern. Vielmehr verschweigen viele Beschäftigte aus Angst vor dem Verlust ihres Arbeitsplatzes „leichtere“ Unfälle oder werden auf sog. „Schonarbeitsplätze“ gesetzt.

Wie bereits erwähnt ist diese Entwicklung mit einigen statistischen Unsicherheiten behaftet. Legt man statt des fiktiven „Vollarbeiters“ die Zahl der tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden als Meßgröße zugrunde (dies ist seit 1968/69 möglich), so wird der Rückgang der Unfälle bereits geringer.

Gleichwohl ist ein Absinken der angezeigten Arbeitsunfälle je 1 Mio. Arbeitsstunden in der Periode 1968/78 zu verzeichnen, das etwa im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften (für die anderen Bereiche sind die Arbeitsstundenzahlen nicht bekannt bzw. werden nicht erhoben) rund 21 Prozent beträgt (rund 26 Prozent wären es, legte man die Bezugsgröße „je 1.000 Vollarbeiter“ zugrunde!).

... aber auch gegenläufige Tendenzen!

Das bisher vermittelte Bild der Unfallentwicklung kann jedoch lediglich grobe Tendenzen veranschaulichen, für detailliertere Aussagen gibt es nur wenig her. Geht man auf die Ebene der einzelnen Industriezweige hinab, so stellt man fest, daß es einmal „unfallträchtige“ Branchen (wie den Bergbau, die Holzindustrie, die Fleischverarbeitung, die Bauindustrie, die Metallindustrie u.a.) und weniger gefährliche Bereiche (wie das Gesundheitswesen, den Handel, die Druckindustrie, die elektrotechnische und chemische Industrie usw.) gibt. Zum anderen läßt sich feststellen, daß sich hinter dem festgestellten globalen Unfallrückgang auch gegenläufige Tendenzen verbergen. So haben sich zwischen 1968 und 1978 in neun von 36 gewerblichen Berufsgenossenschaften die Unfallziffern (je 1 Mio. Arbeitsstunden) sogar erhöht (es handelt sich hierbei um die Zweige Gas- und Wasserwerke, die Holzindustrie, die Leder- und Textil-/Bekleidungsindustrie, die Bereiche Nahrungsmittel/Gaststätten und Fleischereien, die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft sowie die Binnen- und Seeschifffahrt), in weiteren drei Bereichen waren nur geringe Rückgänge zu verzeichnen, so daß man von echten Stagnationstendenzen sprechen kann, und in weiteren 12 Branchen waren lediglich unterdurchschnittliche Rückgänge zu melden.

In rund einem Drittel der Branchen also stieg oder stagnierten die Unfallziffern in den letzten zehn Jahren – zum über-

schwenglichen Jubilieren auf breiter Front besteht also kein Grund. Auf dem Gebiet der Unfallverhütung bleibt noch viel zu tun.

Warum gehen die Arbeitsunfälle zurück?

Dies gilt umso mehr, wenn man genauer analysiert, warum eigentlich die Unfallzahlen rückläufig sind. Wie eingangs geschildert, vermitteln Unternehmer, Regierungsstellen und leider nur allzu oft auch noch Gewerkschaftssprecher ein zu optimistisches Bild der Entwicklung, ohne sich ernsthaft zu fragen, wie es zustande kommt.

Ohne die fraglos großen Verdienste der betrieblichen und gewerkschaftlichen Interessenvertreter der Arbeiter und Angestellten auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes (insbesondere seit den sechziger Jahren) schmälern zu wollen – ohne ihre in den Betrieben oftmals wenig ernst genommene, zähe Kleinarbeit wäre der Arbeitsschutz in der Bundesrepublik heute nicht so weit entwickelt –, muß nämlich festgestellt werden, daß in erster Linie andere Ursachen als die von den Unternehmern immer wieder strapazierte betriebliche Unfallverhütungsarbeit für den starken Rückgang der Arbeitsunfälle verantwortlich sind. Sie sind objektiver, struktureller Natur und weitgehend der wissenschaftlichen-technischen Entwicklung und ihren Folgen zu verdanken. (Dies heißt natürlich nicht, daß die kapitalistische Anwendung des wissenschaftlich-technischen Fortschritts hinsichtlich der Entwicklung der Arbeitsbedingungen nicht auch entgegengesetzte Folgen haben kann und zur Genüge hat!) Gemeint ist damit, daß sich im Gefolge der wissenschaftlich-technischen Entwicklung in der Bundesrepublik der letzten 30 Jahre starke Strukturveränderungen in der Wirtschaft vollzogen haben, die Auswirkungen auf die Unfallentwicklung hatten:

– **Veränderung der Wirtschaftsstruktur:** Der Anteil der Erwerbstätigen in den besonders „unfallträchtigen“ Bereichen Landwirtschaft und produzierendes Gewerbe nimmt ab, während der Anteil der Erwerbstätigen in weniger unfallgefährdeten Sektoren (Dienstleistungssektor, öffentlicher Dienst) zunimmt.

– **Veränderung des Arbeitsvolumens:** Zwischen 1960 und 1975 sank die jahresdurchschnittliche Arbeitszeit je Erwerbstätigen in der Gesamtwirtschaft um ca. 16 Prozent, gleichzeitig ging die Zahl der Erwerbstätigen im 3 Prozent zurück. Das Arbeitsvolumen sank um insgesamt ca. 18 Prozent. Rein rechnerisch wird natürlich, gleichbleibende Arbeitsbedingungen unterstellt, dadurch allein schon das Unfallrisiko geringer.

– **Veränderungen in der Struktur der Erwerbstätigen:** Zwischen 1960 und 1976 vollzogen sich gravierende Veränderungen in der Erwerbstätigenstruktur, deren

hervorstechende Merkmale der Rückgang des Anteils der Selbständigen und mithelfenden Familienangehörigen und der gleichzeitige Anstieg des Anteils der abhängig Beschäftigten sind. Hinzu kommt, daß innerhalb der Gruppe der Abhängigen in dieser Periode der Arbeiteranteil sank, während der Anteil der Beamten und Angestellten anstieg. Da bekannt ist, daß Selbständige (ein großer Teil von ihnen in der Landwirtschaft) und Arbeiter gegenüber Angestellten und Beamten einem höheren Unfallrisiko ausgesetzt sind, dürfte also auch in diesen sozialstrukturellen Veränderungen ein wesentlicher Grund für den Unfallrückgang liegen.

Nicht alle diese Veränderungen lassen sich hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Unfallgeschehen eindeutig quantifizieren. Allerdings konnte in entsprechenden Berechnungen für die Periode 1967/1975 gezeigt werden, daß der Rückgang der Unfallziffern zum weit überwiegenden Teil, wenn nicht gar vollständig, auf diese objektiven, strukturellen Veränderungen zurückgeführt werden kann.⁶⁾

Damit sollen jedoch keineswegs die Anstrengungen in der Unfallverhütung, insbesondere seit Wirksamwerden des Arbeitssicherheitsgesetzes, negiert werden. Allerdings sind die Erfolge der Unfallverhütung in ihrer Bedeutung zu relativieren, zumal entsprechende Erfahrungsberichte zeigen, daß die Werksärzte (soweit sie bisher überhaupt schon bestellt sind) ihren eigentlichen gesetzlichen Aufgaben häufig nur unzureichend nachkommen.

Eine nüchterne Darstellung und Analyse der Arbeitsschutzpolitik hätte die hier vorgebrachten Einwände zu berücksichtigen. Zugleich wird deutlich, daß im Arbeitsschutz für alle beteiligten Instanzen noch eine Menge zu tun bleibt. Die „Humanisierung der Arbeitswelt“ steht in dieser Hinsicht erst am Anfang.

Anmerkungen:

- ¹⁾ Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände: Fortschritt aus Idee und Leistung. Erklärung zu gesellschaftspolitischen Grundsatzfragen. Köln 1975, S. 68.
- ²⁾ Siehe Bundesarbeitsblatt 12/1979, S. 122 f.
- ³⁾ Vgl. dazu K. Priester: Zur Entwicklung der Arbeitsunfälle in der BRD. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Bd. 3. Berlin/West 1978 (Argument-Sonderband AS 27), S. 133 f.
- ⁴⁾ Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften: Übersicht über die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften im Jahre 1978. Bonn 1979, S. 8.
- ⁵⁾ Vgl. Priester, a.a.O., S. 147; ferner E. Dähne/K. Priester: Arbeitsbedingungen und gewerkschaftlicher Kampf. IMSF-Informationsbericht 20. Frankfurt/M. 1978, S. 79 ff.

Transparenz für Arzneimittel — eine Utopie?

Von Eckhardt Westphal, Dipl.-Volkswirt
Referent für Arzneimittel beim Bundesverband der Ortskrankenkassen.

Als das Bundesgesundheitsamt auf der Grundlage des neuen Arzneimittelgesetzes die Bestandsaufnahme aller verfügbaren Arzneimittel abschloß, waren insgesamt 130 000 Meldungen eingegangen. Diese 130 000 Präparate dürfen weiterhin zum Verkauf angeboten werden. Gewiß, faßt man Darreichungsformen, Wirkstärken und ähnliches zusammen, reduziert sich die Zahl von 130 000 beträchtlich; vielleicht auf 30 000. Die genaue Zahl weiß niemand. Die wegen des sich ständig drehenden Preiskarussells 14tägig als Mikrofilm erscheinende Preisliste für Apotheken umfaßt 60 000 Positionen. In der „Roten Liste“ der Mitgliedsfirmen des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie ist ein „Arzneltschatz“ von knapp 9000 Mitteln versammelt.

In einem so üppigen Markt, der nirgendwo in Europa oder den USA seinesgleichen hat, erscheint Transparenz als ein hoffnungsloses Unterfangen. Kein Arzt wird selbst mit den besten Hilfsmitteln jemals in der Lage sein, zwischen hunderten oder gar tausenden von Verordnungsalternativen rational zu entscheiden.

Allerdings lichtet sich das Gestrüpp gewaltig, wenn man die Umsatzanteile der Präparate zu Rate zieht. Nur 500 Arzneimittel sind es, die zwei Drittel des Gesamtumsatzes auf sich vereinen. Mit 2000 Präparaten sind über 90% des Umsatzes erfaßt. Man fragt sich, mit welchem geringem Umsatz wohl noch ein Gewinn zu erzielen sein muß, wenn es trotzdem lohnt, einige zigtausend Arzneimittel anzubieten.

Keineswegs ist die Hoffnung berechtigt, die umsatzstärksten Arzneimittel werden — da die Ärzte offenbar gute Erfahrungen mit ihnen gemacht haben — zugleich die wirksamsten sein. In einer Untersuchung der im Jahre 1974 umsatzhäufigsten 21 Arzneimittel, kommt der Hannoveraner Pharmakologe Prof. Schönhöfer zu dem Ergebnis, daß allein 9 der 21 Umsatzrenner nicht den Kriterien einer rationalen Arzneitherapie genügen, weil ihre Wirksamkeit nicht erwiesen sei. Kombinationspräparate wurden auch dann als nicht wirksam eingestuft, wenn in der Kombination unnötige Bestandteile enthalten sind. Insgesamt errechnete Schönhöfer einen Anteil von rund 30% der Kosten, die bei Beachtung einer rationalen Therapie nicht entstanden wären. Im Jahre 1979 haben die Kassen für die neun Präparate 600 Mio. DM bezahlt. Seit 1974 sind es also mehrere Milliarden DM, die nach Schönhöfers Voraussetzungen einer rationalen Verwendung für dringend verbesserungsbedürftige Bereiche der Gesundheitsversorgung entzogen wurden.

Herstellerunabhängige Information

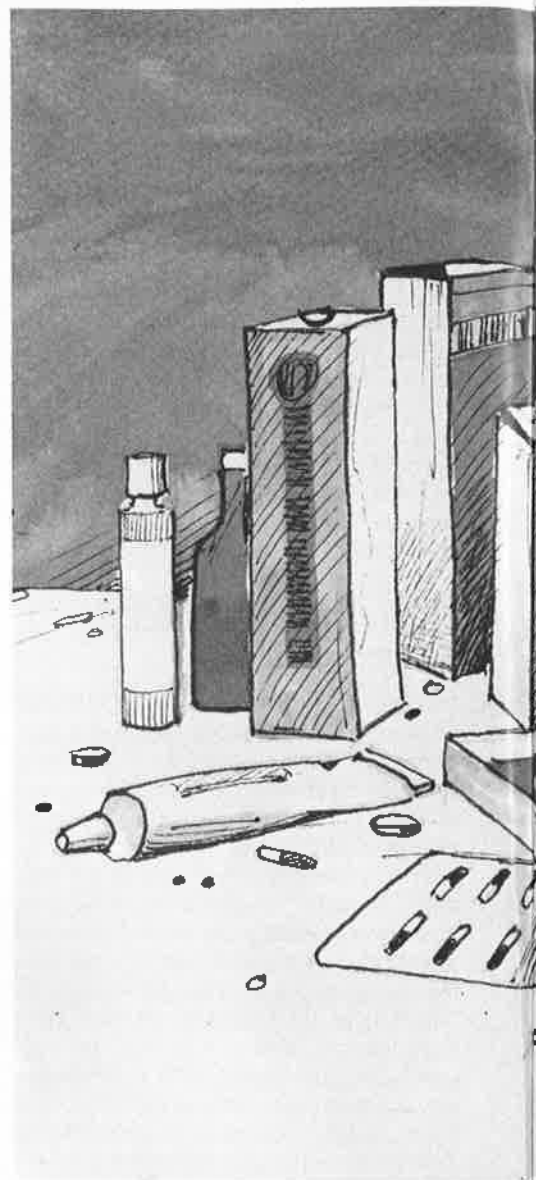
An Überlegungen, wie diesem Mißstand beizukommen wäre, fehlt es nicht. Eine von Liefmann-Keil im Jahre 1972 für das Bundesministerium für Wirtschaft erstellte

Studie schlägt vor, ein öffentlich-rechtliches Institut für Arzneimittelinformationen als Gegengewicht gegen die Herstellerwerbung einzurichten und dieses Institut auch mit der Veröffentlichung von Marktdaten über Arzneimittel zu beauftragen. Bauer, vom Wirtschaftsministerium, wollte Arzneimittelhersteller und Krankenkassen auf der Basis amtlicher Wirksamkeitsnachweise und amtlicher Preisvergleiche über die Preiswürdigkeit der Produkte verhandeln lassen.

Diese und ähnliche Vorschläge haben eines gemeinsam: Wenn schon ein Eingriff in die Angebotsseite des Marktes (Zulassungsbeschränkung) aus politischen Gründen nicht möglich ist (oder aus ökonomischen Gründen abgelehnt wird), dann soll wenigstens durch die Stärkung der Nachfrage ein Gegengewicht entstehen. Es geht nicht an, daß die Information über den therapeutischen Nutzen der Pharmaka ausschließlich dem am Umsatz interessierten Hersteller überlassen bleibt.

Hoffnungsvoller Anfang

Bereits im Oktober 1975 beschloß die Bundesregierung deshalb, eine Transparenzkommission einzurichten. Die Zusammensetzung der Kommission ließ nur gedämpfte Erwartungen aufkommen. 13



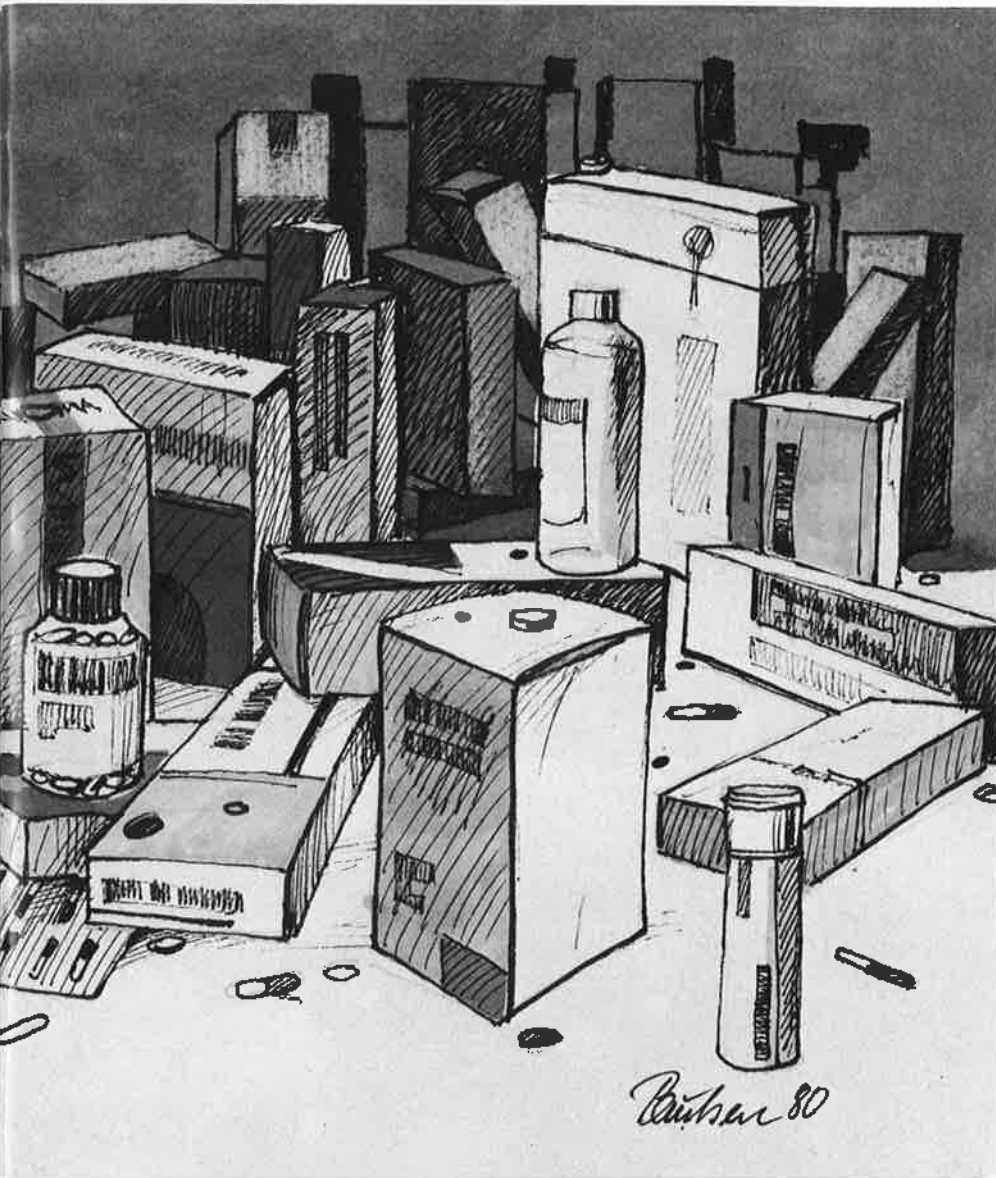
Mitglieder bilden einen ausgetüftelten Proportions aus Industrie, Schulmedizin, „besonderen“ Therapierichtungen, Apothekern und schließlich Krankenkassen und Verbrauchern. 2 1/2 Jahre nach Arbeitsbeginn liegen für zwei Indikationsgebiete erste Ergebnisse vor. Ein Blick in die Listen zeigt, daß der Anfang durchaus hoffnungsvoll ist. Es wird nicht nur über die Preise der Arzneimittel, sondern auch über ihre Qualität Auskunft gegeben. Aussagen über die wichtige Frage der therapeutischen Wirksamkeit gerieten allerdings zum Eiertanz. Nur der im politischen Sprachbereich Kundige wird hinter der Aussage „problematisch“ das offenbar gemeinte „unwirksam“ vermuten.

Für 4% des Arzneimittelmarktes hat die Transparenzkommission rund zwei Jahre gebraucht. Das ergibt rein rechnerisch, daß die Aufgabe in rund 50 Jahren gelöst wäre. Bis dahin dürfte die pharmazeutische Industrie rund 70 Mrd. DM mit Präparaten verdient haben, deren therapeutischer Nutzen umstritten ist. So „gering“ wäre der Betrag allerdings nur, wenn die Ärzte ihre Verordnungen tatsächlich Zug-

cherungs-Kostendämpfungsgesetz (KV-KG) beruhende Monosubstanzliste mit etwa 40 nach ihrem kaum aussprechbaren chemischen Freinamen sortierten Einzelstoffen. Zugang zu den Listen der Transparenzkommission hat deshalb gegenwärtig nur der Arzt, der auch Bezieher des Bundesanzeigers ist. Hier werden diese Listen nämlich veröffentlicht.

Einen anderen Versuch auf privatrechtl-

können. Die Antwort ist – auch wenn man die traditionell enge Verbindung zwischen Pharmaindustrie und Ärzteschaft einmal beiseite läßt – denkbar einfach. Transparenzlisten könnten die Ärzte in eine Situation bringen, in der sie ihre Verordnungsentscheidungen der Überprüfbarkeit aussetzen. Die mit einer Milliarde Einzelverordnungen häufigste ärztliche „Behandlungsmaßnahme“ würde zumindestens in Teilbereichen einer rationalen Kontrolle zugänglich. Selbst wenn die Krankenkassen ihre Hoffnung allein auf die verbesserte Information der Ärzte setzen, wird diese prinzipielle Überprüfbarkeit ärztlicher Einzelmaßnahmen den Widerstand der Standesorganisationen nähren. Eine dauerhafte Nichtbeachtung der Listen könnte aus gesundheitspolitischen und aus Kostengründen kaum langfristig hingenommen werden. Jetzt stellt sich heraus, daß in der jahrzehntelang ungehemmten Pharmawerbung eine Macht oder besser ein Machtmißbrauch erwachsen ist, dessen man sich nun nicht mehr so leicht entledigen kann.



um Zug mit dem Erscheinen jeder neuen Liste ändern. Für diese Hoffnung gibt es indessen wenig Anlaß.

Das Tauziehen um die Listen

Die ärztlichen Organisationen haben – sofern sie sich nicht völlig über das Thema ausschweigen – die Listen der Transparenzkommission einstweilen nur im Deutschen Ärzteblatt als Abendlektüre empfohlen. Für die kassenärztliche Versorgung sei ausschließlich die sogenannte Preisvergleichsliste maßgebend. Hierbei handelt es sich um eine auf dem Krankenversi-

cher Basis, die „Weiße Liste“ des Berliner Arztes U. M. Moebius, ließen die offiziellen Standesorganisationen auf Bundesebene vollends unbeachtet. Inzwischen haben die Krankenkassen einen Großteil der Auflage des 6000 Arzneimittel umfassenden Werkes aufgekauft und kostenlos – zum Teil mit Zustimmung der regionalen kassenärztlichen Vereinigungen – an die Ärzte verteilt. Meist gelangen solche Aktionen allerdings nur, wo nicht die Pharmaindustrie in den Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen ihr Veto einlegen konnte.

Man fragt sich, warum die offiziellen ärztlichen Standesorganisationen der Transparenz so wenig Geschmack abgewinnen

Weitere Maßnahmen erforderlich

Mit halbherzigen Reformversuchen ist diesem Mißstand nicht mehr beizukommen. Dauerhafte Abhilfe wird nur möglich sein, wenn zunächst einmal die Arzneimittelgesetzgebung die Voraussetzungen dafür schafft, daß die zigtausend im Handel befindlichen Präparate auf die sicher wirksamen und unbedenklichen reduziert werden. Beispiele aus dem Ausland zeigen, daß ein effizientes Zulassungsverfahren die Zahl der Arzneimittel auf etwa 2000 bis 3000 begrenzen kann und damit Transparenz allein von der Quantität her möglich macht.

Ferner müßte ein unabhängiges Institut für Arzneimittelinformationen die behandelnden Ärzte und die Verbraucher mit neutralen Informationen über den therapeutischen Nutzen und die Preiswürdigkeit der Pharmaka informieren. Die Kosten für ein solches Institut wären leicht aufzubringen. Die Hersteller geben zur Zeit jährlich weit über eine Milliarde DM für Werbung und Information aus. 1% hiervon würde wahrscheinlich genügen, um das Institut großzügig zu finanzieren.

Schließlich wäre es erforderlich, der allein am Umsatzinteresse ausgerichteten Pharmawerbung wirksame Beschränkungen aufzuerlegen. Das mindeste wäre hier die Genehmigungspflicht für jede Werbemaßnahme, so wie sie in Frankreich seit etwa einem Jahr mit einigem Erfolg praktiziert wird.

Verbung & Wahrheit



Glück dreimal täglich

oder, wie Antidepressiva an die Frau gebracht werden sollen

Mit dunklen düsteren Farben oder künstlerischem Schwarz-Weiß wird unsere Aufmerksamkeit geweckt. Die Hersteller von Psychopharmaka haben bei ihren mehrseitigen Anzeigenserien zum Thema Depression an nichts gespart. Der Grund liegt auf der Hand: „Die Depression gehört heute zu den häufigsten psychischen Erkrankungen“. „Etwa jeder zehnte Patient, der den praktischen Arzt aufsucht, leidet an einer seelischen Störung.“ Die Pharmafirmen haben die Hilflosigkeit der Ärzte erkannt und bieten ihre Lösung an: der Griff zur Pille.

In den Bildern begegnen uns Alltagsmenschen: der Schulfuge, der in seinen Leistungen nachläßt und zum Einzelgänger wird; die Hausfrau, der plötzlich alles zu viel wird; der ehrgeizige Karrieremann, der von Versagensängsten geplagt wird; die alte Frau, die nach dem Tod ihres Mannes, abgeschoben im Altenheim, an nichts mehr Interesse zeigt.

Die Firma Hoechst als der Welt größter Arzneimittelproduzent tut ein übriges: sie gestaltet den Anzeigentext als Kurzvorlesung – da gibt es „psychogene Depressionen“ und Altersdepressionen, die Ursache wird in dem Ungleichgewicht der Trägerstoffe „an den Schaltstellen des Nervensystems“ gesucht, und dem praktischen Arzt werden Grundregeln der psychotherapeutischen Führung an die Hand gegeben. Was eben noch für die „larvierte Depression“ galt wird zum Allgemeinut: „Die modernen Antidepressiva ermöglichen es, den depressiven Grundprozeß gezielt zu beeinflussen und damit die Ursache der Depression zu beseitigen.“

Das Ziel wird klar: dem Arzt, der bisher den Griff zum Rezeptblock als Scheinlösung erkannte, soll das schlechte Gewissen genommen werden.

Anzeigen spiegeln soziale Wirklichkeit wieder

Frauen sind wesentlich häufiger von Depressionen betroffen als Männer. So ist auch die Mehrzahl der Anzeigen Frauen gewidmet und zwar solchen Frauen, die immer für andere da waren, still und bescheiden nur für das Glück ihrer Familie lebten, deren Kinder aus dem Hause sind, deren Männer eine gesicherte Position haben. „Sie sollte zufrieden sein.“ Kein Wunder, daß Frauenzeitschriften als erste empört darauf reagierten, daß erneut mit der Abhängigkeit der Frau Geschäfte gemacht werden sollen.

Immer mehr Eltern haben Erziehungsprobleme, der Leistungsdruck in der Schule nimmt zu – immer mehr Kinder versagen. Der Rat der Lehrerin: „Sie sollten mit Ihrem Sohn einen Arzt aufsuchen.“ führt direkt in die Arme der Medikamentenhersteller. Der

Blumen von der Heimleitung.

Bis zum Tode ihres Mannes war sie aufgeschlossen und unternehmungslustig. Dann gab sie ihre Wohnung auf und zog ins Altersheim. Ein paar Möbel und wenige Erinnerungsstücke nahm sie mit. Seit damals kränkt sie, klagt über mangelnden Appetit, Schlaflosigkeit, Druck- und Schmerzgefühle in der Brust- und Magengegend. Ihr waches Interesse von früher hat nachgelassen. Sie grübelt viel, fühlt sich müde und schwunglos, oft auch schwindelig. Alles, was um sie herum geschieht, scheint ihr gleichgültig. Zusammenkünfte mit den übrigen Heimbewohnern meidet sie. Heute ist ihr Geburtstag. Sie verbringt ihn allein. Nur der Heimleiter brachte ihr am Morgen die üblichen Geburtstagsblumen. Sie empfindet keine Freude und keine Trauer. Oft aber Angst. Ein Fall für Dogmatil? Hier hilft ein Psychopharmakon, das seelisch-körperliche Spannungen löst, die depressive Erlebnisreaktion überwinden hilft und die Vigilanz steigert.

Ein Fall für Dogmatil.

Dogmatil®

Bei Depression und psychosomatischen Erkrankungen.

ZUSAMMENSETZUNG: 1 Kapsel enthält 50 mg Sulpirid N(1-Athylpyrrolidin-2-yl)-methyl-2-methoxy-3-sulfamoyl-benzamid. INDIKATIONEN: Psychogener Zustand mit depressiver Komponente, Stimmungsabfall mit Leistungs- und Initiationsverlust, Psychose, endogen depressive Verstimmungszustände, larvierte Depressionen, reaktive Depressionen, depressive Syndrome im Alter, abnorme Reaktionen bei Erwachsenen und Kindern, Antriebs- und Affektstörungen jeder Genese, psychosomatische Erkrankungen, Organneuropathien, stoffwechselbedingte psychische Dyskompensation, psychogene Anorexie. Zur Unterstützung psychopharmakologischer Verfahren. Weiterhin: Schwindelsymptome verschiedener Genese, ulcus ventriculi et duodeni sowie akute und chronische Gastritis. DOSIERUNG: Psychische oder psychogener Zustand: 3 x tgl. 1-2 Kapseln HNO (Verdauungs-, Ullus-Therapie und gastrische Beschwerden): 3 x tgl. 1-2 Kapseln. Pädiatrie: 3 mg/kg Körpergewicht (= 1 ml DOGMATIL Sal) verteilt auf 3 Einzeldosen pro die. Für die klinische Psychiatrie stehen DOGMATIL FORTE Tabletten zu 200 mg zur Verfügung. BEGLEITWIRKUNGEN: Gelegentlich akute Simulation, Tinnitus, Allergien, Mundtrockenheit, Nausea, Akkommodationsstörungen, Hypotonie, Erregungszustände, Dyskinesien, extrapyramidale Erscheinungen, Parkinsonismus, Zyklastörungen, Galaktorrhöe, Einschlafstörungen, Gewichtszunahme, übermäßige Speichelsekretion. KONTRAINDIKATIONEN: Epilepsie, manische Phasen, in der Schwangerschaft nur wenn es nach Ansicht des Arztes für den Zustand der Patientin notwendig ist. HINWEIS: Infolge der positiven Wirkung auf das Wachstum empfiehlt es sich, DOGMATIL nicht nach 18.00 Uhr einzunehmen. Parkinsonismus lassen sich, falls erforderlich, durch Verabreichung von Antiparkinsonmitteln ohne Schwierigkeiten beheben. Die Reaktion auf Alkoholgehalt nicht vorhersehbar ist, sollte die gleichzeitige Einnahme von Alkohol und DOGMATIL vermieden werden. Bei careful vorgeschädigten Patienten ist die Dosierung des individuell verschriebenen Toleranzgrenze anzupassen. Sorgfältige ärztliche Überwachung wird empfohlen. VERSCHREIBUNGSFORMEN: DOGMATIL Kapseln, 20 zu 50 mg DM 18,15, 50 zu 50 mg DM 40,80 - DOGMATIL Sal, Flasche mit 200 ml Sal (1 Teelöffel = 5 ml Sal) = 25 mg Sulpirid DM 18,27 - DOGMATIL Ampullen, 6 Ampullen zu 2 ml (1 Ampulle entspricht 100 mg Sulpirid) DM 14,33 - DOGMATIL FORTE Tabletten, 12 Tabletten zu 200 mg DM 32,15, 60 Tabletten zu 200 mg DM 135,35 inkl. MwSt. Ferner: Anstaltspackungen. SCHÜRHOEHL, ARZNEIMITTEL GMBH, vorm. Chemische Fabrik Schürholz GmbH, Fritz-Berne-Str. 47, 8000 München 60. (Stand: Juli 1979)

Rückzug des Kindes wird als „autistisches Verhalten, das primär geprägt ist durch die Ich-Versunkenheit und den Verlust der Realitätsbezogenheit“ diagnostiziert. Ein Fall für Dogmatil- oder ein anderes Psychopharmakon.

Soziale Probleme werden zu medizinischen

Unsere Kritik richtet sich nicht gegen den Einsatz von Psychopharmaka. Sie haben ihre Berechtigung. Doch wenn das Schulversagen gleich zur Krankheit gestempelt wird, wenn sie dem Schulfungen den Weg zum schulpseudologischen Dienst versperren, wenn sie der Altenheiminsassin anstelle von Zuwendung verpaßt werden, wenn nicht mehr der Versuch gemacht werden muß, an der abhängigen Situation der Hausfrau etwas zu ändern, da wird die Verordnung eines Psychopharmakons zum Drogenmißbrauch.

Doch wenn Pharmafirmen Millionen in

aufwendige Anzeigenserien investieren, wissen sie, daß es noch mehr Millionen zu verdienen gibt. Dies gelingt am besten, wenn das Einsatzgebiet des Wirkstoffes möglichst ungenau beschrieben wird. Hoechst preist sein Antidepressivum bei „depressiven Erkrankungen unterschiedlicher Erscheinungsformen und Ursachen“ an. Dogmatil soll u. a. bei „abnormen Reaktionen bei Erwachsenen und Kindern“ helfen, sowie „Antriebs- und Affektstörungen jeder Genese“.

In den kürzlich veröffentlichten Thesen zur Arzneimittelforschung behauptete der Verband der Pharmazeutischen Industrie: „Arzneimittel kosten Geld; sie helfen aber auch Geld sparen. Arzneimittel sind das preiswerteste Instrument des „Medizinbetriebes“. Die unkritische Verordnung von Psychopharmaka hilft Zeit sparen, sie verschleiert den Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten und verhindert die Veränderung krankmachender sozialer Bedingungen.

Eine klägliche Bilanz

Hintergründe und Ergebnisse zum Jahr des Kindes

Von Lottemi Doormann



Lottemi Doormann mit Söhnen.

Donnerstag, 6. Dezember. Im 3. Programm des NDR eine Fernsehdiskussion zum Jahr des Kindes. Wer vielleicht, insbesondere von den Vertretern der etablierten Parteien, eine realistische Bestandsaufnahme und Kritik der Ereignisse des Jahres erwartet hatte, wurde bitter enttäuscht: Die wesentlichen Ursachen der Kinderfeindlichkeit unserer Gesellschaft und die Probleme, mit denen gerade Mütter konfrontiert werden, wurden in erschreckender Weise ausgeklammert und verschleiert. Mit Schlagworten wie „persönlicher Egoismus, Konsumdruck, Zeitmangel, Werteverlust und Emanzipation“ lenkten die „Kinderspezialisten“ gründlich von den miserablen Lebensbedingungen der Kinder und ihrer Eltern ab und auch von den Möglichkeiten, eben diese Bedingungen durch politisches Handeln zu verändern.

Verbale Beteuerungen wie die in diesem Jahre veröffentlichten „Kinderprogramme“ der CDU und F.D.P. und der armselige Dritte Familienbericht der Bundesregierung belegen dies nachdrücklich. Daß die Regierung einer der reichsten Nationen der Welt keinerlei Anstrengungen machte, das von der nationalen Kommission vorgelegte Programm zur Verbesserung der Kindersituation in die Wirklichkeit umzusetzen, veranlaßte Prof. Kurt Nitsch, Präsident des Kinderschutzbundes, unter Protest von seinem Amt als stellv. Vorsitzender der Nationalen Kommission zurückzutreten. Angesichts der Konzeptlosigkeit der Bundesregierung fühlten sich klerikal-konservative Kräfte im Verein mit den sog. Christlich-Sozialen ermutigt, eine beispiellose Kampagne gegen den § 218, gegen die Berufstätigkeit und Emanzipation der Frau und liberale Erziehungsvorstellungen zu starten.

Am Ende des Jahres des Kindes schließlich zog der Präsident des Deutschen Roten Kreuzes eine furchtbare Bilanz: Noch niemals seit dem Zweiten Weltkrieg seien in einem einzigen Jahr so viele Kinder ums Leben gekommen wie ausgerechnet im Jahr des Kindes. Die Kinder in Vietnam, in Kampuchea, im Libanon sind weiterhin Opfer imperialistischer Gewaltpolitik geworden. In Südafrika zählt das Leben eines Kindes nichts gegenüber den Machtinteressen einer kleinen rassistischen Herrschaftsclique. In Lateinamerika lassen faschistische Regimes den meisten Kindern nicht einmal die Hoffnung auf ein menschenwürdiges Leben.

In den Massenmedien wurde fast immer die patriarchalische Familie mit herkömmlicher Rollenteilung gegen öffentliche Erziehungseinrichtungen ausgespielt. Und die verlogene „Herz für Kinder“-Aktion von „Bild“ lenkte gründlich von den berechtigten Forderungen und Initiativen engagierter Eltern, Erzieher, Lehrer und fortschrittlicher Organisationen ab.

Selbst in Europa gibt es noch unzählige Kinder, die trotz Verbots von Kinderarbeit von klein auf ihre Tage mit Sklavenarbeit fristen.

Die Situation der Kinder in der Bundesrepublik ist erschreckend. Laut Aussagen des Bundesministeriums Jugend-Familie-Gesundheit werden pro Jahr 30 000 Kinder mißhandelt und vernachlässigt. Die Dunkelziffer beträgt dabei etwa 90%. 600 Kinder starben an den Folgen der Mißhandlungen. Als Ursache wird die „soziale und wirtschaftliche Lage der Familien“ genannt.

Trotz eines „positiven Trends“ in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit liegt die Bundesrepublik im EG-Vergleich vor Irland und Italien an drittletzter Stelle.

Selbst der Ärztetag in Nürnberg zeigte sich betroffen über die Selbstmordziffern bei Kindern und Jugendlichen. 1978 gab es in dieser Altersgruppe etwa 14 000 Selbstmordversuche. Demgegenüber gab es lediglich 157 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und endlose Wartelisten in den öffentlichen Erziehungsberatungsstellen.

Die grausame Wahrheit über Kinder in vielen Teilen der Welt faßte Freda Brown, Präsidentin der internationalen Demokratischen Frauenföderation, bei der Weltkonferenz zum Jahr des Kindes in Moskau in dem leidenschaftlichen Appell zusammen, sich folgende Zahlen einzuprägen: „Jährlich werden 400 Milliarden Dollar für die Rüstung vergeudet, jährlich verhungern 12 Millionen Kinder!“

Freda Brown fügte hinzu: „Macht diese Zahlen zu einem Ansporn für die Menschheit, dem Wettrüsten ein Ende zu setzen und unsere Zukunft, unsere Kinder zu retten. Unser ganzes Wirken für ein besseres Leben der Kinder, für ein besseres Leben aller ist ohne Frieden sinnlos.“



Von der Kinderklinik zum Familienkrankenhaus!

Zur Situation von Kindern in bundesdeutschen Krankenhäusern

Von Ursula Moll

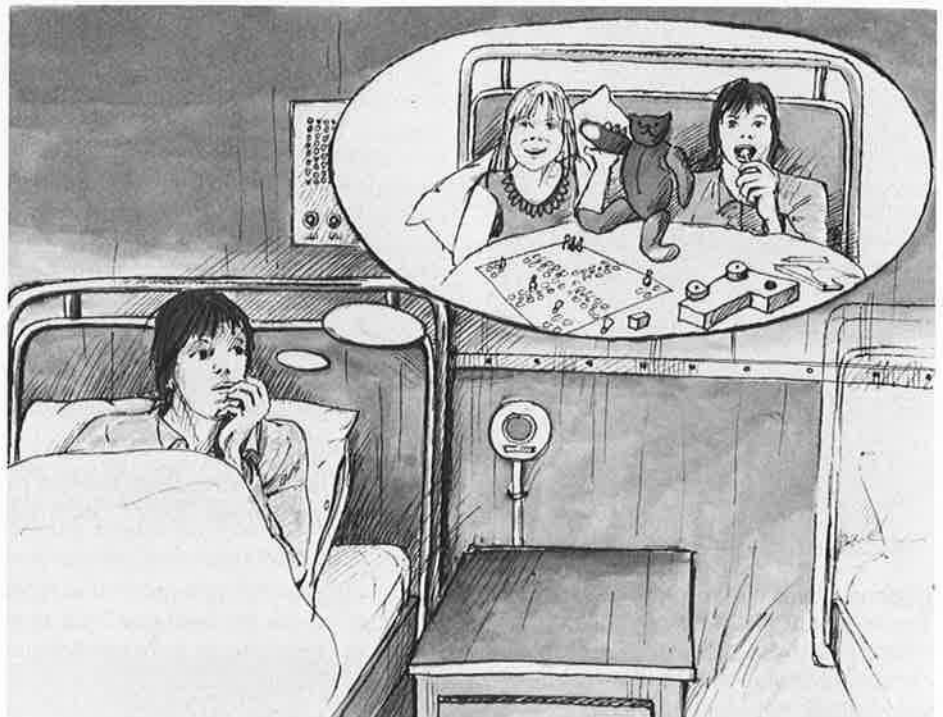
Trotz des oft zitierten klassenlosen Krankenhauses gilt auch heute noch, daß es Privatversicherten leichter fällt, Hospitalismusschäden bei ihren Kindern zu verhindern als sogenannten Kassenpatienten. Normal versichert sind aber über 80% der Kinder.

Die Aktion Kind im Krankenhaus hat in Selbsthilfe Wege und Umwege entwickelt, um kassenversicherten Eltern zu helfen, ihre kranken Kinder im Krankenhaus möglichst umfassend mitbetreuen zu können. Solche Fürsorge bringt den Eltern aber immer noch vermeidbare zusätzliche Belastungen wie weite Wege zu offenen Kliniken, einen damit verbundenen großen Zeitaufwand und vor allem höhere finanzielle Kosten.

Unbestritten ist die Notwendigkeit der Aufrechterhaltung des Eltern-Kind-Kontaktes während eines Krankenhausaufenthaltes. Diese Tatsache führt jedoch nur schlep-pend zu den erforderlichen Konsequenzen.

Die Einschränkung der Besuchszeiten für Eltern kranker Kinder sind ein Relikt aus dem vorigen Jahrhundert. Die Infektionsgefahr, die zu dem Besuchsverbot führte, hat durch die Fortschritte der Medizin an Schrecken verloren. Es ist bewiesen worden, daß der Elternbesuch und auch die ständige Anwesenheit der Eltern am Krankenbett des Kindes nicht zu vermehrten Sekundärinfektionen führt. Dennoch halten die Krankenhäuser an einer längst überholten Krankenhausordnung fest, d. h. sie bestimmen durch die starren Besuchszeiten den Kontakt zwischen Mutter und Kind. Die Praxis der Erziehungsberater und Psychologen kennen die Folgen. Kontaktstörungen, Angstträume, Bettnässen etc. sind Symptome einer Krankenhaus-straumatisierung. Entscheidend für das Auftreten von Verhaltensstörungen ist primär das Ausmaß der Trennung zwischen Mutter und Kind. Je kleiner das Kind, desto stärker ist es von dem Trennungsfaktor betroffen.

In den meisten Krankenhäusern, vorwiegend Fachkliniken und Allgemeinkrankenhäuser mit Kinderstationen und Belegbetten, liegen die Besuchstermine in den Nachmittagsstunden. Die Kinderkrankenhäuser haben in der Mehrzahl den Schritt zu offeneren Besuchszeiten bereits vollzo-



gen. Dies heißt jedoch nicht, daß sie Besuch rund um die Uhr erlauben. Auch hier gibt es noch gravierende Einschränkungen.

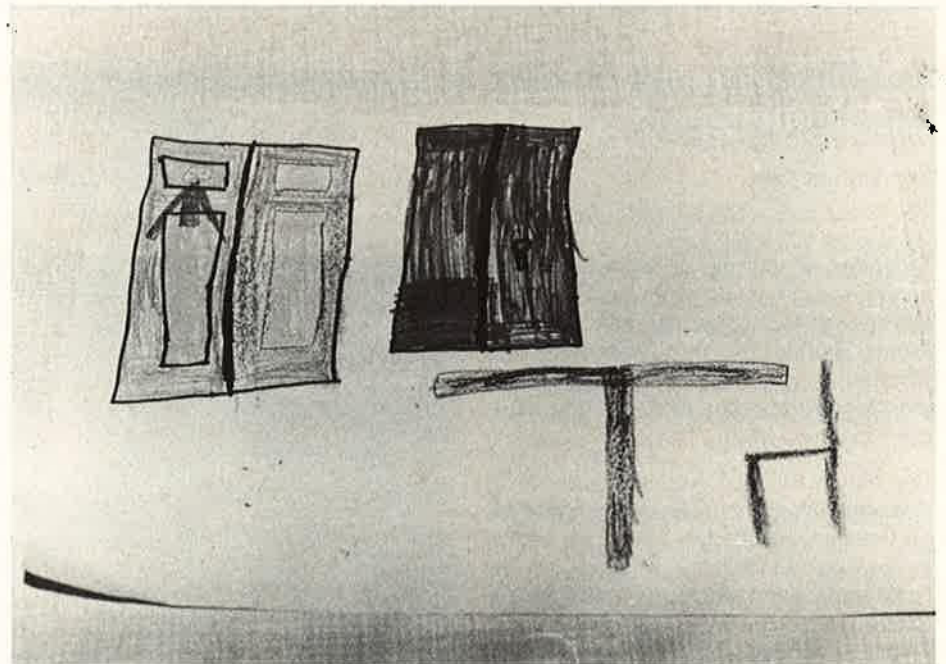
Die üblichen Nachmittagsbesuche erlauben den Eltern von kleinen Kindern nicht, diese zu einer Mahlzeit des Tages selbst zu füttern. Sie bedeuten auch Härten für berufstätige Frauen und solche mit mehreren Kindern, die zum Beispiel während der Schulzeit der übrigen Kinder leichter besuchen könnten oder durch ihren Dienst oder Schichtdienst ganz vom Besuch ausgeschlossen sind. Die für die kleinen Patienten schmerzhaften Eingriffe, bei denen sie den elterlichen Beistand brauchen könnten, liegen in der Regel am Vormittag. Auch die ärztlichen Visiten erfolgen zu dieser Zeit, dies führt dazu, daß die Eltern von einer wichtigen Information über ihr Kind ausgeschlossen werden.

Die Diskrepanz zwischen offiziellen Aussagen der Kliniken über ihre Besuchsmöglichkeiten und den realen Praktiken ist bemerkenswert. Ärzte und Schwestern geben auf Befragungen immer wieder an, großzügige Besuchsregelungen inoffiziell zu praktizieren. Diese Zusagen erweisen sich jedoch meist als leere Versprechungen, denn Eltern stehen nach wie vor vor

verschlossenen Türen oder sie trauen sich gar nicht erst, das Haus zu betreten, weil das Schildchen an der Pforte nicht darauf hinweist, daß sie fragen können. Besonders betroffen hiervon sind die ausländischen Arbeitnehmer.

Die Mitaufnahme eines Elternteils ins Krankenhaus ist mit Sicherheit die optimale Form zur Vermeidung von Trennungsängsten. Bedenkt man jedoch die damit verbundenen Selbstkosten so wird diese Maßnahme zu einem Privileg einer kleinen sozialen Schicht unserer Gesellschaft, fördert in keinsten Weise die soziale Chancengleichheit im Krankenhaus. Die Kosten für eine Mitaufnahme schwanken in den bundesdeutschen Krankenhäusern zwischen 0 und 220 DM.

Es sieht so aus, als ob die Verbesserung der Lage der Familien von Zufällen und nicht von dafür eingesetzten Gremien abhängig wäre. Wenn man beobachtet, daß der clevere Verwaltungsangehörige einer Klinik durch Auslegen einer Verfügung erreichen kann, daß bei einem ärztlichen Gutachten ein Kleinkind kostenlos von seiner Bezugsperson begleitet werden kann, eine andere Verwaltung einer Klinik noch nicht einmal eine zutreffende Auskunft über die ganz normalen Besuchszeiten im



Aus Kindersicht:
Trostloser ist die Atmosphäre eines Krankenzimmers kaum zu beschreiben.
Der gewaltige „Onkel Doktor“ flößt auch mehr Angst als Vertrauen ein!

eigenen Hause geben kann, so ahnt man, von welchen Zufälligkeiten und Unwägbarkeiten in der Realität das Schicksal der Kinder abhängt.

Bei der Diskussion über die Gestaltung eines kindgerechten Krankenhausaufenthaltes darf nicht vergessen werden, daß immer noch zuviele Kinder unnötig ins Krankenhaus eingewiesen werden. Ein Grund sind die häufig fehlenden kinderärztlichen Notdienste. Dem Ziel, Einweisungen zu vermeiden oder die Aufenthaltszeiten in den Krankenhäusern zu verkürzen, wäre man deutlich näher, wenn ein intensiver Kontakt zwischen Krankenhaus- und niedergelassenen Kinderärzten bestünde. Dieser Austausch würde Kinderärzte ermutigen, kranke Kinder länger oder ganz in ihrer Obhut zu behalten, sie auch früher wieder in eigene Verantwortung zu übernehmen. Die Übernahme der Pflege durch die Eltern ist durch eine sogenannte mobile Kinderkrankenschwester unterstützbar. In Frankfurt sind z.B. durch die Einrichtung des Systems der mobilen Kinderkrankenschwester ca. 60 % der zunächst für einen Krankenhausaufenthalt vorgesehenen Kinder ambulant versorgt worden.

Die Aufenthaltszeiten in den Krankenhäusern ist bei vergleichbaren Erkrankungen bzw. operativen Eingriffen recht unterschiedlich. Die Ursache hierfür liegt u.a. darin, daß die Güte und Effizienz eines Krankenhauses nach der Belegung der Betten beurteilt wird. Gerade diese Einstel-

lung ist vor allem Kindern gegenüber nicht vertretbar. Kurze Verweildauer muß eine dringende Forderung an das Krankenhaus sein.

Die Mißstände in unseren Krankenhäusern haben somit ihre Wurzel in der am Patienten vorbeiziehenden Gesundheitspolitik unserer Gesellschaft.

Die Ausbildung der Kinderschwester und des Kinderarztes bereitet in keiner Weise auf den Umgang mit Eltern kranker Kinder und mit den psychischen Belangen der kleinen Patienten in der Situation des Krankseins vor. Kaum eine deutsche Krankenschwester hat das Thema: „Psychische Situation des stationär aufgenommenen Kleinkindes“ in der Ausbildung kennengelernt oder es gar im Prüfungsplan gefunden. Hierzu gehört z. B. Wissen über das seit Jahrzehnten im Ausland bekannte Drei-Phasen-Modell der kindlichen Reaktionen bei Trennung von der Mutter. (Protestphase, Phase der Verzweiflung und Depression und die Phase der Gleichgültigkeit.) Darum kann es nicht verwundern, wenn immer noch Schwestern besten Wissens und Gewissens Eltern aufordern, ihre Kinder im Krankenhaus nicht zu besuchen.

Daß das Rollenbild der neuen Familienchwester „normal“ werden kann, zeigen die Beispiele der englischen Schwestern, denen seit über 10 Jahren eine Krankenhauspflege von kleinen Kindern ohne die Mitbetreuung ihrer Eltern nicht mehr vor-

stellbar ist. Sie werden von Routinearbeiten (wie Wickeln, Füttern etc.) durch die Eltern entlastet, haben dafür neue wichtige pädagogische Aufgaben übernommen wie die Anleitung der Eltern zum richtigen Umgang mit dem kranken Kind im Krankenhaus und auch in der ersten Zeit zu Hause.

Nur durch Wandel der Kinderklinik zum Familienkrankenhaus kann eine humane medizinische Versorgung der Kinder erzielt werden. Reformen gehen leider nur im Schnecken-tempo in unsere Krankenhäuser ein.

Kinderrechte – made in USA

Als einen „traurigen Beitrag zum Jahr des Kindes“ wertet die Münchener „Kommission für Verstöße der Psychiatrie gegen Menschenrechte e.V.“ eine amerikanische Erfindung, die dem kindlichen „Zappelphilipp“ Ruhe eintrichten soll. Wie die Kommission in einer Pressemitteilung berichtet, biete eine Firma im US-Bundesstaat Nebraska einen „Aversionsschockstimulator“ an. Mit diesem Gerät, so das Handelsblatt vom 20.12.79, könnten Kinder mittels unhörbarer, aber spürbarer Ultraschalltöne „buchstäblich zurückgepiffen und mit elektrischen Schlägen bestraft werden“, wenn sie sich nicht richtig verhielten. Es bleibe, so die Kommission, nur zu hoffen, daß das Unternehmen vergeblich versuche, einen bundesdeutschen Repräsentanten für diese Erfindung zu gewinnen.

In Memoriam

150 Jahre Kinderarbeitsschutzgesetz

Spätestens seit u.a. Rudolf Virchows (1821—1902) Untersuchungen ist bekannt, daß schlechte Arbeits- und Lebensbedingungen in direktem ursächlichen Zusammenhang mit menschlichem Krankheitsgeschehen stehen. Dies gilt besonders für das Kindes- und Jugendalter: die Körperkräfte werden hier überwiegend zum geregelten Wachstum gebraucht; insbesondere Muskulatur, Skelettsystem und Herz sind noch weit weniger belastbar als beim Erwachsenen. Dabei besitzt der jugendliche Organismus sehr hohe Anpassungsfähigkeit, wodurch sich bei großen Belastungen zunächst keine Folgen zeigen. Erst sehr viel später, wenn die Kompensationsfähigkeit des Organismus gesunken ist, werden Schäden sichtbar, die dann meistens nicht mehr zu beheben sind.

Diesen Erkenntnissen haben internationale humanitäre Organisationen in ihren Forderungen Rechnung getragen: z.B. im Beschluß der 841. Vollversammlung der UNO im Nov. 1959, der „Erklärung der Rechte des Kindes“ fordert denn auch der Grundsatz 9: „Das Kind wird erst nach Erreichen eines geeigneten Mindestalters zur Arbeit zugelassen;...“. Doch damit ist nur eine Etappe auf dem für die betroffenen Kinder unglaublich leidvollen, immer noch nicht beendeten Weg zu humaner Kindheit skizziert.

So mußte sich erst die Sorge der preußischen Militärs um den Rekruten-Nachwuchs – ausgedrückt in einer Kabinettsorder des Königs vom 12. Mai 1828 – einstellen, ehe man sich in Deutschland staatlicherseits besinnte „des Übelstandes, daß von den Fabrikunternehmern sogar Kinder in Masse des Nachts zu den Arbeiten benutzt werden...“, während „die Fabrikgehenden ihr Kontingent zum Ersatze der Armee nicht vollständig stellen können...“. Erst daraufhin wurde am 6. April 1839 – in erster Linie also zum „Schutze“ des „Kanonenfutters“ – das erste Gesetz zur Beschränkung der Kinderarbeit in Preussen und damit in Deutschland überhaupt erlassen. Dieses „Regulativ über die Beschäftigung jugendlicher Arbeiter in Fabriken“ verbot (allerdings eben nur in der Fabrikindustrie) die Nacht- und Sonntagsarbeit, sowie die von Kindern unter 9 Jahren und beschränkte die Arbeitszeit für Jugendliche unter 16 Jahren auf 10 (!) Stunden täglich.

Damals war das Kind (neben Frauen) zur billigsten Arbeitskraft der Unternehmer „aufgerückt“ – beschränkt einsetzbar, aber unter den Bedingungen sog. extensiver Produktion während des sich entwickelnden Manufaktur- und Fabrikkapitalismus in Deutschland ungemein profitbringend. Zitat aus „Handwörterbuch der Staatswissenschaften“, Jena 1923: „Die kleinsten Kinder (4- bis 5jährige) wurden



zum Sammeln der Abfälle verwendet; sie krochen unter die Maschinen. In den heißesten Spinnsälen arbeiteten sie von 5 Uhr morgens bis 7 Uhr abends. Während der Pausen der Erwachsenen putzten sie die Maschinen“.

Bezüglich der Befolgung der Kinderschutzgesetze spricht der Jahresbericht der Handelskammer des Kreises Altena für 1856/57 ganz offen und zugleich scheinheilig von der „ebenso peinlichen als unvermeidlichen Gesetzesübertretung“. Daran vermochte auch die während des sog. „Vormärz“ sich in Deutschland entwickelnde moderne Arbeiterbewegung

(„Hambacher Fest“, „Bund der Gerechten“ etc.) und die („März“-)Revolution von 1848 zunächst wenig zu ändern.

Erst am 1. Juni 1891 wurde im Rahmen der als „Beschwichtigungsinstrument“ gegenüber der erstarkten Arbeiterbewegung und als Zugeständnis an ihre Forderungen erlassenen „Bismarckschen Sozialgesetzgebung“ das Alter der in Fabriken „beschäftigungsfähigen“ Kinder von mittlerweile 12 auf 13 Jahre heraufgesetzt und die Beschäftigung schulpflichtiger Kinder in den Fabriken überhaupt verboten (immerhin erforderte der zunehmend komplizierter werdende Produktionsprozess wenigstens minimal „gebildete“ Nachwuchskräfte).

Auch das 1903 vom Reichstag angenommene „Gesetz betreffend Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben“ unterließ weiterhin im Interesse der Junker faktisch die Ausdehnung der Kinderschutzgesetzgebung auf die Landarbeit, jenen Bereich, in dem der größte Teil der Kinderarbeit erzwungen wurde; und diese Feststellung gilt bis in die Zeit der Weimarer Republik und die Jahre des Faschismus!

Selbst die „November-Revolution“ von 1918 führte zu keinen einschneidenden Veränderungen der Kinderschutzgesetzgebung. Allerdings sind Ende des 1. Weltkriegs und Anfang der 20-er Jahre des 20. Jahrhunderts sehr wichtige Verbesserungen durch die erstarkte Arbeiterbewegung auch hierzu insofern durchgesetzt worden, als die Einführung des 8-Stunden-Tages, die Anerkennung der Gewerkschaften als berufene Vertretung der Arbeiterschaft und die Regelung der Arbeitsbedingungen durch Tarifverträge im Zuge der verschärften Klassenauseinandersetzungen erkämpft werden konnten.

Nach 1903 trat erst wieder ein umfassenderes „Gesetz über Kinderarbeit und die Arbeitszeit der Jugendlichen“ am 1. Januar 1939 in Kraft. Über dieses Gesetz ist in seiner praktischen Auswirkung nichts zu sagen: Neun Monate später stürzte der deutsche Faschismus die Völker in den 2. Weltkrieg, der zum Massengrab wurde für Millionen Kinder und Jugendliche, die dem Alter nach dem Jugendschutzgesetz unter-

standen. Jugendschutz durch Krieg – so lautete faktisch die wahnsinnige Lösung des faschistischen Regimes!

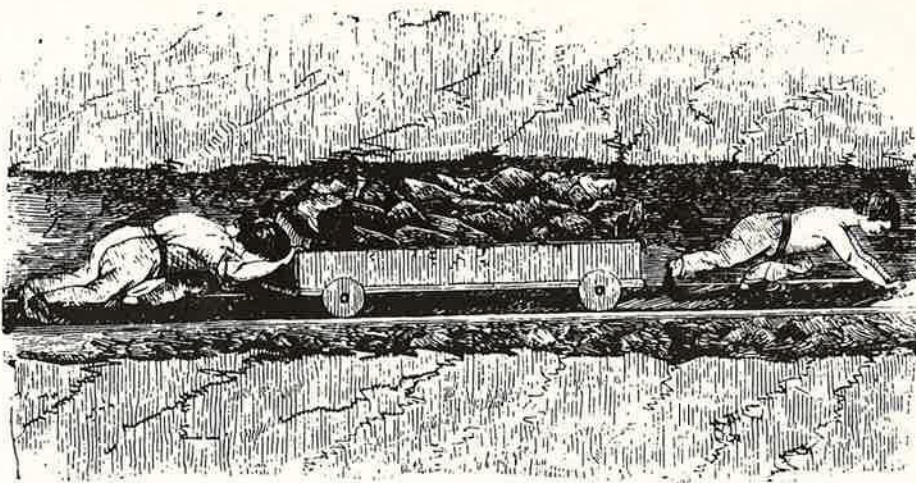
An der Lage der Kinder und Jugendlichen (bis zu 16 Jahren) hat sich auch in der Bundesrepublik zunächst wenig gegenüber den Weimarer Jahren geändert, und das faschistische Jugendschutzgesetz galt zur vollsten Befriedigung der Unternehmer bis 1960/61! Wie das Organ „Der Arbeitgeber“ (Düsseldorf, Juli 1957, Nr. 13/14) schrieb, hatte sich das Gesetz „durchaus bewährt“.

Nachdem die CDU-„Volksvertreter“ der Unternehmer einen Regierungsentwurf jahrelang überhaupt hinausgezögert hatten, enthielt nun das neue „Gesetz zum Schutze der arbeitenden Jugend“ von 1960/61 gegen die Forderungen der SPD, des DGB und ihrer Jugendorganisationen in der Mehrzahl der Paragraphen Ausnahme-Bestimmungen. So wurde weiterhin in vielen „familienwirtschaftlichen“ Bereichen, insbesondere in der Landwirtschaft Kinder-Arbeit ausdrücklich „gelegentlich“ erlaubt, d.h. auch jetzt blieb die Uralt-Forderung eines generellen Verbots der Kinderarbeit unerfüllt!

So ist es kein Wunder, wenn den jährlichen Berichten der staatlichen Gewerbeaufsichtsämter erschreckende Beispiele und Zahlen von Verstößen gegen selbst dieses unter dem Druck der Unternehmervverbände so unzureichend ausgefallene Gesetz zu entnehmen waren: Nach Untersuchungen des Deutschen Jugendinstituts in München 1965/66 gab es „so gut wie keinen Betrieb, in dem alle Bestimmungen eingehalten wurden“.

Nur hartnäckigste Forderungen und vielfältige Aktionen von Seiten der Gewerkschaften setzten schließlich in den siebziger Jahren eine Novellierung der Jugendarbeitsschutzgesetzgebung durch. Doch schon bei Inkrafttreten mußten die Gewerkschaften deutlich machen, daß sie „ihre Forderungen auch in dem neuen (diesmal unter der SPD/FDP-Regierung zustand gekommenen; d.Verf.) Jugendarbeitsschutzgesetz von 1976 nicht voll durchsetzen“ konnten.

So sehen sich die Gewerkschaften und auch andere Organisationen, die sich die Interessenvertretung der Jugendlichen und Kinder in der BRD zur Aufgabe gemacht haben, in letzter Zeit wieder verstärkt dazu veranlaßt, auf wachsende Probleme vor allem auch der Kinder (!)-Arbeit aufmerksam zu machen! Denn immerhin dürfen seit 1976, seit der „Reform“ der Jugendarbeitsschutzgesetzgebung Kinder über 13 Jahren bis zu drei Stunden täglich (auch sonntags) in der Landwirtschaft beschäftigt werden und bis zu zwei Stunden täglich beim u.a. Zeitungsaustragen und für Handreichungen beim Sport. Nimmt man die Dunkelziffer von verbotener Kinderarbeit hinzu (geschätzt werden 60 000), so muß angenommen werden, daß die



Die Graphik über Kinderarbeit unter Tage erschien 1844 in der „Leipziger Illustrierten Zeitung“

Zahl der arbeitenden Kinder bei über 300 000 liegt! In einer Untersuchung von 1977 unter Hauptschülern gaben 65 bis 80 % der Jungen und 45 bis 60 % der Mädchen an, daß sie neben der Schule „jobben“, (siehe: „Das Parlament“, Nr. 32 vom 12.8.1978). Sollten das repräsentative Zahlen sein, so würde man für das Ausmaß der Kinderarbeit erschreckende Zahlen hochrechnen müssen! Kinderarbeit ist bei uns also keinesfalls eine gesellschaftliche Randerscheinung, eine Verharmlosung ist völlig fehl am Platze.

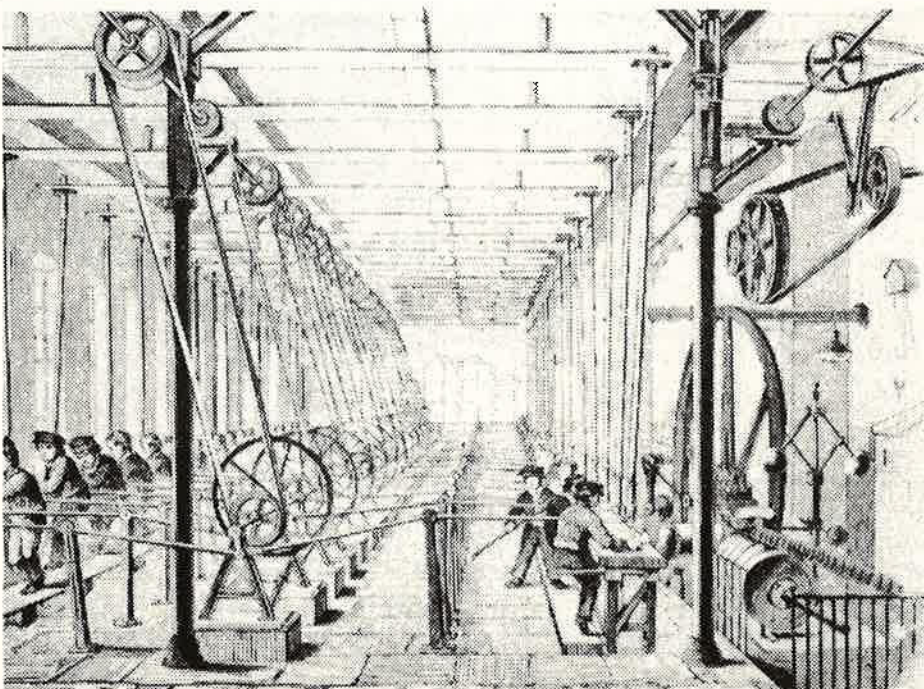
Wenn die UNO-Charta in ihrem 4. Grundsatz fordert: „Das Kind erfreut sich der Wohltaten der sozialen Sicherheit. Es ist berechtigt, in Gesundheit heranzuwachsen und zu reifen.....“, so wird angesichts

der aufgeführten Zahlen und Fakten deutlich, wie weit unser Land noch davon entfernt ist, die UNO-Charta voll zu verwirklichen.

Oder sollte sich Prof. Kurt Nitsch, Präsident des Kinderschutzbundes und stellvertretender Vorsitzender der Nationalen Kommission zur Verbesserung der Kindersituation geirrt haben, als er aus Protest gegen die Untätigkeit der politisch Verantwortlichen in unserem Lande hinsichtlich der Umsetzung des zum UNO Jahr des Kindes 1979 erarbeiteten Programms von seinem Amte zurücktrat?!

Helmuth Koch

Quellenangaben und eine ausführlichere Darstellung der Geschichte der Kinderarbeitsschutzgesetzgebung in Deutschland beim Verfasser.



Dieser Holzstich von 1858 zeigt Kinderarbeit in einer Papierfabrik

Aufruf zum Gesundheitstag 1980

Als „bewußte Ergänzung“ zum gleichzeitig in West-Berlin stattfindenden 83. Deutschen Ärztetag sehen die Initiatoren den Aufruf zum Gesundheitstag 1980, der vom 14. – 18. Mai in West-Berlin stattfinden soll. Damit schließt diese Veranstaltung an eine Reihe von Gegen- und Ergänzungsveranstaltungen zu den Ärztetagen der letzten Jahre an. Koordiniert durch den „Gesundheitsladen Berlin“, Kantstraße, arbeiten seit einigen Monaten Gruppen in der Bundesrepublik und Westberlin an den Vorbereitungen. Bisher rufen u.a. folgende Gruppierungen und Organisationen zum Gesundheitstag auf: Berliner Gesellschaft für soziale Psychiatrie-BGSP; Pro Familia Berlin und Bremen; Medizinredaktion des ARGUMENT; Arbeitsgemeinschaft kritische Medizin Wien und Innsbruck; Gesundheitsbereich der Alternativen Liste Berlin; die Redaktionen von Dr. med. Mabuse, Forum für Medizin und Gesundheitspolitik und DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN. Auch der Marburger Bund Landesverband Berlin gehört mit zu den Aufrufern, was ihm schon einen schweren Rüttel des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES einbrachte, ohne daß das Vorhaben als solches geschildert wurde.

Das DEMOKRATISCHE GESUNDHEITSWESEN unterstützt diese Initiative, weil 1. gegenüber den standespolitischen Gebetsmühlen des Ärztetages – der in diesem Jahr ein neues Programm verabschieden will – deutlich gemacht werden muß, daß eine breite Front von Beschäftigten aller Berufe aus dem Gesundheitswesen sich diesen reaktionären Vorstellungen nicht länger unterordnen will, sondern die bewußte Kooperation von Patienten und Sozialversicherten, Gewerkschaften und Beschäftigten sucht. 2. gibt der Gesundheitstag die Möglichkeit zur Diskussion fortschrittlicher Alternativen. Dabei kann es weniger darum gehen, den bereits entwickelten fortschrittlichen gewerkschaftlichen und gesundheitspolitischen Reformprogrammen ein neues hinzuzufügen. Vielmehr muß es darum gehen, bisherige Erfahrungen kritisch aufzuarbeiten, unterschiedliche Ausgangspunkte und Perspektiven zu diskutieren, um zu gemeinsamen Standpunkten und Aktionen zu kommen.

Vorläufiges Programm:

Das bisher vorliegende Programm sieht folgende Schwerpunkte vor:

I. Situation der bestehenden Gesundheitsversorgung

(u.a. Kostendämpfungspolitik, ökonomische Krise im Gesundheitswesen, Arbeitszeit im Krankenhaus, Arzneimittelversorgung, Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen)

II. Die Ursachen von Krankheit und Leiden

(Gesundheit und soziale Umwelt, Umweltschutz, Kernenergie, chemische Schadstoffe)



III. Perspektiven der Gesundheitspolitik

(Kritik des gesundheitspolitischen Programms des Ärztetages; gesellschaftspolitische Relevanz der „alternativen Medizin“; Selbsterfahrungsgruppen und Bürgerinitiativen)

IV. Alternative Heilmethoden in Theorie und Praxis

(Darstellung verschiedener von der Schulmedizin vernachlässigter Heilmethoden wie Akupunktur, Homöopathie, Neuraltherapie)

V. Ansätze einer besseren Gesundheitsversorgung

(Gesundheitsvorsorgezentrum; Problem Sterben im Krankenhaus; Versorgung Alkohol- und Drogenabhängiger; therapeutische Gemeinschaft; Selbsthilfegruppen; psychosoziale Arbeit in ländlichen Raum; Kind im Krankenhaus und Praxis; Gesundheitszentren und Gemeinschaftspraxen).

VI. Situation der Psychiatrie

(Situation der deutschen Psychiatrie sowie Erfahrungen aus Italien und Frankreich)

VII. Medizin und Nationalsozialismus

Dazu ist eine Podiumsdiskussion geplant, an der u.a. teilnehmen sollen: Leibfried, Tennstedt, Mausbach, A. Mitscherlich, Mausbach-Bromberger, Luc Jochimsen, K.H. Roth.

VIII. Situation der Frau und das Gesundheitswesen

(Schwangerschaftsabbruch; Klinik- oder Hausgeburten; Methoden der Geburtenkontrolle und Verhütung; Frauen und Pharmaindustrie; Erfahrungen von Pro Familia)

IX. Erfahrungen und Verantwortung der Medizin in der Dritten Welt

Hier findet neben vielen Veranstaltungen zu Problemen einzelner Länder auch eine Podiumsdiskussion mit Vertretern der Gesundheitsbehörden aus Nicaragua, Mozambique und Kap Verdeische Inseln statt. Geplant sind ferner eine Großveranstaltung als Podiumsdiskussion sowie ein kulturelles Programm.

Beitrag von DG

Unsere Zeitung wird auf dem Gesundheitstag nicht nur mit einem Informationsstand vertreten sein und eine ständige Diskussion mit Lesern und Mitarbeitern führen, sondern auch eigene Veranstaltungen beisteuern bzw. sich beteiligen, so an einer Diskussion über den alternativ-medizinischen Zeitungsmarkt mit Dr. med. Mabuse, Eingriffe, Forum für Medizin und Gesundheitspolitik. Außerdem haben wir geplant: eine Diskussionsveranstaltung mit Vertretern der Standespresse, eine Veranstaltung zur Ärzteschwemme sowie zur Situation der Krankenpflegeausbildung und Krankenpflege.

Informationen zum GESUNDHEITSTAG 1980 kann man erhalten bei:

Medizinisches Informations- und Kommunikationszentrum
GESUNDHEITSLADEN Berlin
Kantstraße 148
1000 Berlin 12
Tel.: 030/31 70 76

Der Stoltzenberg-Skandal

Von Helga Schuchardt (F.D.P.-MdB)



Der Stoltzenberg-Skandal in Hamburg-Eidelstedt hat bei vielen Bürgern auch über Hamburgs Landesgrenze hinaus Unruhe und Besorgnis ausgelöst. Unruhe über die jahrelange Gefährdung, die von dem maroden Betrieb in Eidelstedt ausgegangen ist, Sorge hinsichtlich der Wiederholbarkeit derartiger Vorfälle in anderen Bereichen der chemischen Industrie. Jedoch ist die Liste, die die Sonderkommission der Hamburger Kriminalpolizei nach den Funden vom September letzten Jahres aufzustellen hatte, nicht nur hinsichtlich ihres Umfangs bemerkenswert, sondern insbesondere wegen der Beschaffenheit der aufgefundenen Substanzen: Darunter Chemikalien, die in der Kriegswaffenliste genannt werden – Löst, Tabun – und auf deren Produktion, auch schon in kleinsten Mengen, die Bundesrepublik durch die Unterzeichnung der Brüsseler Verträge vom 23. Oktober 1954 verzichtet hat. Ihre Herkunft bleibt auch bis heute rätselhaft.

Besorgnis erregt darüberhinaus die Tatsache, daß Stoltzenberg scheinbar 56 Jahre unbeeinträchtigt von den Auflagen öffentlicher Stellen auf seinem Werksgelände an der Schnackenburgsallee in unverantwortlicher Weise mit Chemikalien hantieren konnte, obwohl dem Verantwortlichen bewußt sein mußte, daß in seinen Laboratorien nicht nur Wunderkerzen produziert wurden.

Dabei war der Betrieb des im 1. Weltkrieg von der Reichswehr als Kampfgasexperte geschätzten Chemikers wahrlich kein unbeschriebenes Blatt: Im Frühjahr 1929 mußten 10 Hamburger durch ausströmendes Phosgengas ihr Leben lassen, weitere 350 erkrankten; während des zweiten Weltkrieges – die damaligen Aktivitäten der Unternehmung liegen noch immer im Halbdunkel – bescheinigten die Behörden dem Inhaber seine Unzuverlässigkeit bei der Organisation und Führung seines Betriebes und ließen ihn nur im Hinblick auf den kriegsnotwendigen Betriebszweck gewähren. Unmittelbar nach Kriegsende monierte das zuständige Gewerbeaufsichtsamt die Zustände bei der mit der Delaborierung von Kriegsmaterial beauftragten Firma: „Überall treten aus zerfressenen Fässern giftige Gase und Dämpfe ins Freie und verpestet die Umwelt ...“ Indes, an diesem Geschäftsgebaren des Unternehmens änderte sich in den kommenden Jahren nichts. Wie ein roter Faden zieht sich die Nichterfüllung von behördlichen Auflagen durch die Geschichte der Firma Stoltzenberg, ohne daß sie jedoch direkte Konsequenzen zur Folge gehabt hätten, wie sie etwa in der Gewerbeuntersagung nach § 35 der Gewerbeordnung bestand. Zwischen 1976 und 1979 gaben sich die Beauftragten der verschiedensten Dienststellen, Ämter und Behörden bei Stoltzenberg die Türklinke in die Hand, jedoch folgenlos. Diese Erkenntnisse, wie sie aus dem Rabels-Bericht und der Darstellung des Senats zum Sachverhalt Stoltzenberg hervorgehen, wiegen um so schwerer, da der achtjährige Oliver Ludwig nicht hätte sterben brauchen, wenn die Warnungen der Polizei schon aus dem Jahre 1968 nicht ungehört verhallt wären.

Aber wie konnte es zum Eidelstedter Giftgasskandal kommen?

Die vier von Dr. Rabels gekennzeichneten Ursachenbereiche, Zersplitterung von Zuständigkeiten, Koordinations- und Kommunikationsprobleme, Vertrauen auf das Handeln anderer und fehlende Gesamtschau, treffen sicherlich in hohem Maße zu, reichen allein zur Erklärung aber nicht aus. So ist das mangelnde Durchgreifen der insgesamt 11 mit der Firma Stoltzen-

berg befaßten Dienststellen vermutlich auch darauf zurückzuführen, daß das Unternehmen mitunter den Behörden wohlgeleitete Dienste leistete. Sei es bei der Delaborierung von Kriegsstoffen, der Beseitigung hochtoxischer Substanzen oder der Lieferung von CN-Stammlösung an die Hamburger Polizei. Ein zusätzlich lähmender Verunsicherungsfaktor war sicherlich die auch bislang nicht schlüssig aufgeklärte Geschäftsbeziehung zwischen der Bundeswehr und Stoltzenberg, durch die Stoltzenberg selbst bald zum Geheimnisträger avancierte. Gerade die Gesichtspunkte müssen auch Berücksichtigung finden, wenn man die unbefriedigende Antwort des damaligen Senats auf die Anfrage der FDP-Bürgerschaftsfraktion aus dem Jahre 71 bewertet, die sich auf die in der Zeitschrift „Konkret“ veröffentlichten Enthüllungen über Stoltzenberg bezogen. Hingewiesen sei auch auf den Beschluß des damaligen Senats, dem Deputierten Jacobs (FDP) den Einblick in die Stoltzenberg-Akte unter Hinweis auf § 139b der Gewerbeordnung zu untersagen.

Desweiteren ist als Ursache sicherlich zu nennen, daß berechtigte Proteste gegen Stoltzenberg unter Bezugnahme auf die den Protest tragenden Organisationen weitgehend ignoriert wurden. Symptomatisch ist das geringe Echo auf die von Günther Wallraff, dem Projektbereich Kriegsforschung des VDS, den Hamburger Jungdemokraten und anderen Verbänden initiierte Pressekonferenz am 16. Juli 1970 oder die lapidare Antwort der Bürgerschaft auf eine Petition von besorgten Anwohnern des Stoltzenberggeländes, die schlicht „als nicht abhilfefähig“ beschieden wurde.

An dieser Stelle muß aber auch Gelegenheit sein, die Frage aufzuwerfen, ob und wie die Verwaltung in der Lage ist, die aus unserer komplizierten, naturwissenschaftlich-technischen Umwelt resultierenden Gefahren zu erkennen und kontrollierbar zu halten.

Erinnert sei hierbei nur an die Vielfalt der heute über 60 000 bekannten (davon 3 000 giftigen) chemischen Substanzen, zu denen jedes Jahr 200–300 neue hinzukommen oder die Risiken bei der Nutzung der Kernenergie. Auch hier sollte Stoltzenberg Warnung und Denkanstoß zugleich sein.



Umweltchemikaliengesetzgebung

— ein unzureichender Schritt in die richtige Richtung

Von Ullrich Ewers

Gefährliche Chemikalienflut

Die Gefahren sind praktisch allgegenwärtig: — in der Luft unserer Großstädte, in Nahrungsmitteln und im Trinkwasser, am Arbeitsplatz und in der Hobbywerkstatt. Mensch und Umwelt sind einer wachsenden Zahl von Chemikalien ausgesetzt. Fachleute schätzen, daß weltweit gegenwärtig etwa 50 000 Stoffe in mehr als einer Million Zubereitungen oder Mischungen und in Substanzmengen von z. T. mehreren hundert Millionen Jahrestonnen in den Verkehr gebracht werden. Hinzu kommen jährlich mehrere hundert neue Chemikalien: innerhalb der Europäischen Gemeinschaft wird z. B. mit einer jährlichen Vermarktung von etwa 3000 neuen Stoffen gerechnet; allein in der Bundesrepublik dürften es — nach Schätzungen des Bundesinnenministeriums — jährlich zwischen 300 und 500 neue chemische Substanzen sein.

Nur ein verschwindend kleiner Teil dieser Chemikalien — so der Senatsausschuß für Umweltforschung der deutschen Forschungsgemeinschaft in einer Denkschrift über die Umweltwirksamkeit chemischer Stoffe — wird daraufhin geprüft, ob und ggfs. welche schädlichen Wirkungen er in der Umwelt verursacht. Während bestimmte Produkte der chemischen Indu-

strie — so etwa Lebensmittelzusatzstoffe, Arzneimittel, Pflanzenbehandlungs- und Schädlingsbekämpfungsmittel sowie gefährliche Arbeitsstoffe — bereits gesetzlichen Regelungen unterworfen sind, unterliegt die Mehrzahl der neu in den Verkehr gebrachten Chemikalien gegenwärtig noch keiner gesetzlichen Regelung.

Umweltwirksamkeit chemischer Stoffe

Die gefährlichen Eigenschaften vieler Chemikalien und Stoffe wurden und werden häufig erst erkannt, nachdem sie bereits in Verkehr gebracht und z. T. über Jahre verwendet wurden. Zu den Folgen, die durch chemische Substanzen hervorgerufen werden können, gehören die Entstehung von Krebserkrankungen, Veränderungen des Erbgutes und die Entstehung von Mißbildungen des Kindes während der Schwangerschaft. Von Bedeutung sind ferner neuropsychologische und zentralnervöse Effekte, Störungen der Blutbildung, Leber- und Nierenschäden sowie die Anreicherung gefährlicher Stoffe im Körper oder in der Nahrungskette. Bei vielen Stoffen wurden derartige Eigen-

schaften erst nach längerer Anwendung und oftmals erst nach vielen leidvollen Erfahrungen erkannt. Beispiele hierfür sind die krebserzeugenden Eigenschaften von Vinylchlorid (Grundstoff für die PVC-Herstellung), Asbest und Dichlordimethyläther, die Verminderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit bei Blei-belasteten Kindern oder die in Einzelfällen bedenklich hohe Anreicherung chlorierter Kohlenwasserstoffe in der Frauenmilch.

Die gefährlichen Eigenschaften bestimmter Chemikalien betreffen jedoch nicht nur den Menschen; sie können auch gravierende Auswirkungen auf sehr komplexe und ausgedehnte Ökosysteme haben. Die besondere Empfindlichkeit bestimmter Pflanzen gegenüber Fluor- und Schwefeldioxid-Immissionen ist seit langem bekannt. Weiteres Beispiel: saure Niederschläge, die durch Schwefeldioxid- und Stickoxid-Emissionen (Verunreinigungen, die bei Verbrennungsprozessen entstehen) entstehen, können — insbesondere in Südkandinavien beobachtet — zu schwerwiegenden Veränderungen von Wasser- und Waldökosystemen führen. Zu erwähnen ist schließlich auch die Zerstörung der Ozonosphäre durch Treibgase, die Fluorchlorkohlenwasserstoffe enthalten (Emissionen allein in der BRD 1975:

60 700 t/Jahr. Fluorchlorkohlenwasserstoffe sind z. B. in Spraydosen enthalten). Eine Schädigung des als „Schutzfilter“ gegen kosmische Strahlung wirkenden Ozongürtels würde u. a. einen Anstieg der Hautkrebserkrankungen zur Folge haben.

Gesetzliche Regelungen

Eine gesetzliche Regelung des in Verkehr-bringens neuer Chemikalien wird bereits seit Jahren gefordert. Kerngedanke ist dabei, neue Chemikalien bereits vor ihrer Vermarktung und damit weitreichenden Verwendung auf ihre Gesundheits- und Umweltverträglichkeit zu prüfen. Da viele Chemikalien sich in praktisch allen Bereichen der Umwelt verbreiten, werden gesetzliche Regelungen für erforderlich gehalten, die alle Umweltbereiche umfassen (Boden, Wasser, Luft, einschließlich der Tier- und Pflanzenwelt), die bereits bei der Herstellung oder dem Inverkehrbringen der Chemikalien ansetzen. Vorbilder für derartige Regelungen gibt es bereits in einer Reihe von Ländern. 1976 trat in den USA das sog. „TOSCA“ (= toxic substances control act) in Kraft. Umweltchemikaliengesetze gibt es inzwischen auch in Japan, Kanada, Schweden, Norwegen, Frankreich sowie in der Schweiz.

Nach langem Kompetenzgerangel zwischen den beteiligten Ministerien und anhaltendem, heftigem Widerstand der chemischen Industrie liegt nun auch ein Gesetzentwurf der Bundesregierung „zum Schutz vor gefährlichen Stoffen“, kurz Chemikaliengesetz genannt, vor. Ziel des Gesetzes ist es, Mensch und Umwelt besser als bisher vor den Wirkungen gefährlicher Stoffe zu schützen. Hierzu sollen alle Stoffe, die erstmals in den Verkehr gebracht werden (neue Stoffe), grundsätzlich vorher nach festgelegten Kriterien auf gefährliche Eigenschaften geprüft und bei einer staatlichen Behörde angemeldet werden. Alte Stoffe, die bereits im Verkehr sind, sollen generell nicht überprüft werden, können jedoch durch Rechtsverordnung der Regelung für neue Stoffe unterworfen werden, sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß von dem Stoff „eine erhebliche Gefahr für Leben oder Gesundheit des Menschen oder die Umwelt ausgeht“. Außerdem müssen alle gefährlichen Stoffe ihrer Gefährlichkeit entsprechend verpackt und gekennzeichnet werden. Die staatlichen Behörden werden durch das Gesetz ermächtigt, das Inverkehrbringen bestimmter gefährlicher Stoffe oder Zubereitungen zu beschränken oder zu verbieten, soweit es zum Schutz des Menschen und der Umwelt erforderlich ist.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Prüfung neuer Stoffe folgt einer 3-Stufenregelung. Grundsätzlich alle neuen Stoffe müssen einer sog. Grundprüfung unterzogen werden. Diese umfaßt:

- eine Ermittlung aller umweltrelevanten chemischen und physikalischen Eigenschaften des Stoffes;
- eine Prüfung der akuten und subakuten Giftigkeit (Toxizität) an einer Tierart;
- eine Prüfung auf Anhaltspunkte für krebserzeugende (= cancerogene) oder erbgutverändernde (= mutagene) Wirkungen (in der Regel hier die Durchführung eines oder mehrerer Kurzzeittests wie z. B. der Ames-Test);
- eine Prüfung auf reizende, ätzende oder Allergie-auslösende Eigenschaften;
- eine Prüfung auf umweltgefährdende Wirkungen (Ökotoxikologische Tests).

Übersteigt die in den Mitgliedsstaaten der EG in den Verkehr gebrachte Menge 100 t pro Jahr, so müssen vom Anmelder zusätzliche Unterlagen vorgelegt werden. Diese umfassen u. a. die Prüfung des Stoffes auf subchronische Toxizität (d. h. Prüfung über einen bestimmten Zeitraum, ca. 3 Monate), Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit, fruchtschädigende (= teratogene) Wirkungen u. a. m.

Übersteigt die in den Mitgliedsstaaten der EG in den Verkehr gebrachte Menge des Stoffes 1000 t pro Jahr, so müssen darüber hinaus weitergehende Prüfungsunterlagen (u. a. Prüfung auf chronische Toxizität, verhaltensstörende Eigenschaften, toxikokinetische Eigenschaften u. a. m.) vorgelegt werden.

Schwierigkeiten der Risikobeurteilung

Auf die besonderen Schwierigkeiten bei der Beurteilung und Bewertung der Umweltwirksamkeit von Chemikalien, sog. Umweltchemikalien, hat der Senatsausschuß für Umweltforschung der DFG in der bereits erwähnten Denkschrift eindringlich hingewiesen:

- Umweltchemikalien treten zumeist in niedrigen Konzentrationen auf; erfahrungsgemäß wirkt die Erfassung von Wirkungen im untersten Bereich der Dosis-Wirkungs-Beziehung häufig besondere Probleme auf.
- Umweltchemikalien wirken in der Regel über lange Zeiträume auf große Populationen und Ökosysteme ein. Sie begegnen dem Menschen im allgemeinen ohne dessen Zustimmung und oft ohne seine Kenntnis, im Gegensatz etwa zu Arzneimitteln oder Lebensmittelzusatzstoffen.
- Eine weitere Schwierigkeit betrifft schließlich die Tatsache, daß viele Umweltchemikalien vielfältigen biotischen und abiotischen Veränderungsprozessen unterliegen und damit nicht nur in ihrer ursprünglichen Form, sondern auch in Form von Umwandlungs- und Abbauprodukten an Mikroorganismen, Pflanzen, Tiere sowie an den Menschen gelangen können.

Die Ermittlung des umweltgefährdenden Potentials von Chemikalien ist bisher nur in Ansatzpunkten möglich, weil hierfür sowohl Verfahren und Modelle als auch Kriterien und Bewertungsmaßstäbe fehlen. Abgesehen von einzelnen Fällen, bei denen schwere Umweltverseuchungen oder starke Belastungen durch bestimmte Chemikalien auftraten, gibt es hinsichtlich der Wirkung von Umweltchemikalien auf den Menschen bisher nur mehr oder weniger starke Verdachtsmomente dafür, daß in der Allgemeinbevölkerung durch Umweltschadstoffe Gesundheitsschäden hervorgerufen werden. Dies schließt jedoch nicht aus, daß derartige Schäden vorkommen; ihre Entdeckung und die Erkennung ursächlicher Zusammenhänge ist jedoch nur außerordentlich schwer möglich, vor allem dann, wenn sich die hervorgerufenen Schäden nicht durch ein typisches, unverwechselbares Beschwerdebild äußern oder in starker Häufung auftreten.

Insbesondere bei den Krebserkrankungen wird ein Zusammenhang mit der Belastung durch chemische Substanzen als sehr wahrscheinlich angesehen. Viele Wissenschaftler gehen heute davon aus, daß mindestens 60%, vielleicht sogar 90% aller Krebsfälle ursächlich auf durch die Umwelt bedingte Faktoren zurückgehen; diese sind überwiegend Chemikalien. Von fast 1000 chemischen Verbindungen ist bekannt, daß sie bei Menschen und Tieren eine Tumorbildung bewirken können; die – vorerst noch unbekannte – konkrete Zahl solcher Stoffe dürfte ein Vielfaches davon betragen. Wahrscheinlich ist, daß bisher niemand das tatsächliche Gefahrenpotential auch nur annähernd übersieht – und daß dieses vermutlich sehr viel größer ist als bisher angenommen wurde.

Kritik am Gesetzentwurf der Bundesregierung

Seit seiner Vorlage am 17. 8. 1979 ist der Gesetzentwurf der Bundesregierung wie auch schon sein „Vorgänger“, der Referentenentwurf vom 9. 2. 1979 sowohl von wissenschaftlicher Seite als auch von Seiten der Gewerkschaften und der Umweltschutzorganisationen einer z. T. scharfen Kritik unterzogen worden. Die chemische Industrie hatte von Anfang an massiv versucht, das Gesetzgebungsunternehmen zu torpedieren und mit sehr hoch angesetzten Mengenschwellen das vorgesehene Frühwarnsystem zu unterlaufen. Eine Prüfung der bereits vermarkteten Stoffe wurde gänzlich abgelehnt.

Die Kritik des Sachverständigenrats für Umweltfragen läßt sich wie folgt zusammenfassen:

1. Es wird ein Zulassungsverfahren für bestimmte Stoffklassen, bei denen schädliche Einzelsubstanzen besonders häufig auftreten, gefordert. Der

DOKUMENTE

16. Deutscher Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Düsseldorf November 1979

**Rede von
Heinz Oskar Vetter
Vorsitzender
des DGB**

Vollständiger Wortlaut

Meine Damen,
meine Herren!

Liebe KollegInnen, liebe Kollegen!

Der Schutz von Leben und Gesundheit der Arbeitnehmer in unserer Arbeitswelt ist eine der großen sozialen Aufgaben unserer Zeit.

Ich bin deshalb für die Gelegenheit dankbar, auf diesem Kongreß zu aktuellen Fragen des Arbeitsschutzes Stellung nehmen zu können.

Arbeitsschutz ist für mich sehr viel mehr als die eingeeingte Reparatur-Tätigkeit von Sicherheitsfachkräften.

- Unfälle und gesundheitliche Risiken für die Arbeitnehmer müssen schon bei der Konstruktion von Produktionsanlagen ausgeschaltet werden.
- Rationalisierung ohne Untersuchungen über die Belastungen des Menschen ist unverantwortlich!
- Der kritische Punkt der Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer ist erreicht und in manchen Bereichen überschritten.
- Jedes weitere Drehen an der Leistungsschraube ist zuviel!
- Auf dem Weg zur menschengerechten Arbeitsgestaltung sind beachtliche Fortschritte erzielt.
- Das Forschungs- und Aktionsprogramm „Humanisierung des Arbeitslebens“ hat dazu beigetragen.

Wir haben dieses Programm begrüßt, weil dort erstmals in größerem Umfang und in umfassender Betrachtung Arbeitsbedingungen zu einem Gegenstand staatlicher Forschungspolitik gemacht wurden. Wir wenden uns deshalb entschieden gegen alle Versuche, dieses Programm insgesamt in Frage zu stellen, einzuschränken oder in seiner Weiterentwicklung zu behindern.

Doch das Ausmaß gesundheitlicher Zerstörung in weiten Bereichen der Arbeitswelt steht noch immer in krassem Widerspruch zum Menschenbild unserer Verfassung.

Neue Technologien mit neuen Gefahren und die steigende Tendenz zur optimalen Ausschöpfung menschlicher Arbeitskraft führen zu neuen gesundheitlichen Schädigungen.

Viele gesundheitliche Risiken werden bisher überhaupt nicht erkannt oder weit unterschätzt. Dazu gehört das gesundheitliche Risiko von Nacht- und Schichtarbeit.

Die Zahl der Nacht- und Schichtarbeiter ist stark angestiegen.

Sie sind starken gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt, die sich oft erst sehr viel später bemerkbar machen.

Weiterhin alarmiert uns, daß die Zahl der chronischen Erkrankungen zunimmt, wobei zunehmend jüngere Altersklassen betroffen werden.

Schließlich nimmt der Anteil vorzeitiger Berufs- und Erwerbsunfähigkeit zu. Bei den Arbeitern macht dieser Anteil mehr als die Hälfte der Rentenbezugsgänge aus.

So ist es eine geschichtliche Herausforderung an unsere Gesellschaft, diese Probleme einer dauerhaften Lösung zuzuführen.

Dabei darf Arbeitsschutz nicht als isoliertes Ziel betrachtet werden, das von den anderen betrieblichen und gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen getrennt ist.

Denn die Erfahrung zeigt – leider – daß auch die Gesundheit am Arbeitsplatz von betrieblichen und gesellschaftlichen Interessengegensätzen betroffen wird.

Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung steht in unauf lösbarer Wechselbeziehung zur Beschäftigungssicherung, den beruflichen Entfaltungsmöglichkeiten und der Verdienstsicherung. Arbeitsschutz darf nicht den konjunkturellen Schwankungen unterworfen werden.

Es wird manchmal behauptet, daß die veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Humanisierung des Arbeitslebens keinen Spielraum ließen. Übrigens von den gleichen Leuten, die in Zeiten der Hochkonjunktur gegen den Arbeitsschutz als lästige Behinderung des Wachstums zu Felde zogen.

Dazu ist festzustellen: Gerade die Sozial-, Arbeits- und Technologiepolitik ist dem sozialen Rechtsstaat verpflichtet.

Das hat Konsequenzen, will man die Rentabilität von Produktion beurteilen.

Hierzu gehören auch die Kosten, die vom Unternehmen über Krankheit, Erwerbsminderung, Frühinvalidität und Arbeitslosigkeit auf die Allgemeinheit abgewälzt werden.

Daher ist die Bekämpfung gesundheitlicher Risiken, langfristig betrachtet, die wirksamste Maßnahme um Kosten zu dämpfen.

Eine an den Interessen der Arbeitnehmer orientierte Arbeitsschutzpolitik hat auch eine herausragende beschäftigungspolitische Funktion.

Krankheits- und Unfallrisiken lassen sich oft nur durch eine Verkürzung der Arbeitszeit, Erholungspausen, eine Herabsetzung des Leistungsdrucks vermindern. Damit wird die Arbeit auf mehr Arbeitnehmer verteilt. Ich nenne als Beispiel die Bildschirmarbeit und den Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen.

Die europäische Regionalkonferenz der Internationalen Arbeitsorganisation hat sich vor einigen Wochen (übrigens mit den Stimmen der Arbeitgeber) für die Verkürzung der Normalarbeitszeit bei besonderen gesundheitlichen Belastungen ausgesprochen.

Zunehmende Bedeutung kommt der Arbeitsschutzindustrie zu. Ihr Markt befindet sich teilweise noch im Entwicklungsstadium.

Ihre Produktionspalette muß den wachsenden Erkenntnissen über die menschengerechte Arbeitsgestaltung angepaßt werden.

Schließlich möchte ich auch die Arbeitsplätze nennen, die beim Staat, bei den Unfallversicherungsträgern, in der Forschung geschaffen werden müssen.

Wir müssen bereit sein, dem Arbeitsschutz in unserer gesellschaftspolitischen Skala einen führenden Stellenwert einzuräumen.

Die Erfahrungen zeigen, daß technologische Fehlentwicklungen kaum zu korrigieren sind.

Das erschwert die wirksame Bekämpfung von krankmachenden Faktoren und Unfallgefahren in der Arbeitswelt.

Nur durch den Aufbau eines umfassenden Frühwarnsystems über die Risiken der technologischen Entwicklung können diese Probleme in Zukunft gelöst werden. Auch die Entwicklung der Technologie muß der Humanität verpflichtet und vorausschauend gestaltet werden.

An diesem Prozeß müssen die Gewerkschaften gleichgewichtig beteiligt werden.

Die Ankündigung von Bundesarbeitsminister Herbert Ehrenberg, ein Arbeitsschutzgesetz vorzulegen, betrachten wir als eine Chance.

So kann die Reformpolitik im Arbeitsschutz auf dem Boden der gewonnenen und abgeklärten Erfahrungen fortgesetzt werden.

Mein Kollege Gerd Muhr hat bereits beim letzten Arbeitsschutzkongreß ein solches Gesetz gefordert.

Bei diesem Arbeitsschutzgesetz müssen folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Weitere inhaltliche Fortschritte bei der menschengerechten Arbeitsgestaltung;

- die Einbeziehung aller Arbeitnehmer in das Gesetz, auch derjenigen des öffentlichen Dienstes und der Landwirtschaft;
- die Überprüfung des Organisationssystems im Arbeitsschutz;
- die Aufhebung der rechtlichen Zersplitterung und
- eine größere Allgemeinverständlichkeit für die betriebliche Praxis.

Arbeitnehmer (und auch Arbeitgeber) müssen eine Brücke schlagen können von der allgemeinen Arbeitsschutzvorschrift zu den konkreten Bedingungen der Arbeit selbst.

Dazu gehören mehr Erkenntnisse, als ausschließlich in den Büroräumen von Juristen erzeugt werden.

Wir haben begrenzte Erfolge in der Unfallverhütung und bei der Bekämpfung einzelner Berufskrankheiten zu verzeichnen.

Wir dürfen uns aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß uns der große Durchbruch im Arbeitsschutz noch nicht gelungen ist.

Denn die offiziellen Statistiken über anerkannte Berufskrankheiten spiegeln die gesundheitlichen Schädigungen in der Arbeitswelt nur bruchstückhaft wider. Fragen wir nach den Gründen, so stoßen wir auf das geltende Recht über die Berufskrankheiten.

Es ist Ausdruck eines einengenden, versicherungsrechtlichen Entschädigungsdenkens.

Seine reaktive Sicht schnürt Impulse zur Vorsorge ein. Verschärft wird die Problematik noch dadurch, daß selbst bei vielen anerkannten Berufskrankheiten eine extrem hohe Dunkelziffer gegeben ist.

Ein Beispiel dafür sind Krebserkrankungen durch Asbeststaub.

Darüber sind wir mit fürchterlicher Wucht besonders in diesem Jahr informiert worden.

Auch für die Bundesrepublik ist mit einem verheerenden Maß an asbestbedingten und sonstigen arbeitsbedingten Krebserkrankungen zu rechnen.

Das Berufskrankheitsrecht beschränkt sich aber nur auf die Verhütung eines geringen Teils aller arbeitsbedingten Erkrankungen.

Damit entspricht es nicht den Maßstäben einer fortschrittlichen Sozialpolitik.

Alle arbeitsbedingten Erkrankungen müssen in das System von Verhütung und Rehabilitation einbezogen werden.

Hierzu gehören vor allem gesundheitliche Verschleißprozesse, wenn mehrfache Belastungen zusammenwirken.

Viele Mechanismen führen langfristig und oft im Verborgenen zu Erkrankungen.

Diese Zusammenhänge müssen endlich aufgeheilt werden.

Ein Beispiel hierfür sind die arbeitsbedingten Krebserkrankungen.

Ursache und Wirkung werden oft erst viele Jahre nach der schädigenden Einwirkung am Arbeitsplatz erkennbar.

Das Recht der Berufskrankheiten muß reformiert werden.

Es ist notwendig, ein System zur Erfassung von krankmachenden Faktoren und Unfallrisiken aufzubauen.

Die in den Betrieben gesammelten Erkenntnisse müssen einem zentralen Erfassungssystem von Staat und Berufsgenossenschaften zugeführt werden.

Nur so kann eine erfolgreiche Arbeitsschutzstrategie betrieben werden, die der technologischen Vielfalt entspricht.

Dabei müssen auch Arbeitsorganisation, Arbeitszeit, Arbeitsintensität und psychische Belastungen berücksichtigt werden.

Die beachtlichen staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Vorschriften über den Umgang mit krebs-erzeugenden Arbeitsstoffen schätzen wir als Gewerkschaften hoch ein.

Sie sind ein bedeutsamer Schritt für die wirksame Bekämpfung arbeitsbedingter Krebserkrankungen.

Wir sprechen die Erwartung aus, daß keine Verwässerung dieser Entwürfe erfolgt.

Die Herabsetzung der Beschäftigungszeit auf 30 bzw. 35 Stunden wöchentlich beurteilt der DGB als ein wichtiges Mittel zur Verminderung des Krebsrisikos.

Wir haben ja auch entsprechende Vorschläge gemacht.

Oberstes Ziel muß aber die Beseitigung der Krebsgefahren in der Arbeitswelt sein.

Der DGB hat dem Bundesarbeitsminister hierfür eine 10-Punkte-Programme unterbreitet.

Ich darf noch einen weiteren Zusammenhang deutlich machen:

Ein Arbeitsschutzgesetz sollte zur weiteren Demokratisierung unseres Arbeitsschutzsystems beitragen.

Dies gilt einmal für das Arbeitssicherheitsgesetz.

Die bisherige Umsetzung dieses Gesetzes hat gezeigt, daß die fehlende Mitbestimmung der Arbeitnehmer die Zielsetzungen des Gesetzes entscheidend gefährdet. Ich denke hier an die Verpflichtung oder Entpflichtung freiberuflich tätiger Ärzte oder überbetrieblicher arbeitsmedizinischer Dienste.

Die Arbeitsmedizin (nach dem Arbeitssicherheitsgesetz) ist zu einem großen Teil in den sog wirtschaftlichen Wettbewerbs geraten.

So läßt es sich erklären, daß die berufsgenossenschaftlichen arbeitsmedizinischen Zentren der Steuerpflicht unterworfen werden sollen.

Und dies, obwohl sie Einrichtungen der paritätischen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Unfallversicherung sind.

Wir haben dem Bundesfinanzminister erklärt, daß damit die Bemühungen gefährdet würden, eine unabhängige arbeitsmedizinische Versorgung aufzubauen.

Arbeitsmedizin berührt ureigene Interessen der Arbeitnehmer.

Ihre wichtigste Aufgabe ist es, zur menschengerechten Arbeitsgestaltung beizutragen.

Ein umfassendes Mitbestimmungsrecht in den Fragen der Vertragsgestaltung muß sich vor allem auf die Tätigkeit von Arbeitsmedizinern und Sicherheitsfachkräften im Betrieb beziehen.

Mir scheint es notwendig, einen weiteren kritischen Punkt anzusprechen:

Ich meine eine sinnvollere Arbeitsteilung und eine bessere Kooperation von Staat, Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung und Normung.

Was der Staat im Arbeitsschutz tut, muß noch stärker mit der wirklichen Arbeitswelt verzahnt werden.

Auch dies wäre ein demokratisierendes Element. Gegenwärtig haben wir ja ein beratendes Kuratorium der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung.

An seine Stelle sollte ein Entscheidungsgremium treten, das je zu einem Drittel mit Vertretern des Staates, der Gewerkschaften und der Arbeitgeber besetzt ist.

Um eine bessere Verbindung zur betrieblichen Wirklichkeit herzustellen, müssen bei allen Gewerbeaufsichtsämtern paritätisch besetzte Beiräte errichtet werden.

Dies würde auch die regionalen Aktivitäten im Arbeitsschutz fördern.

So können effektiver die Wechselbeziehungen zwischen Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt, der allgemeinen Umwelt und der privaten Lebenssphäre berücksichtigt werden.

Damit ist ein wichtiger Punkt angesprochen, den gerade der DGB immer wieder versucht, deutlich zu machen

– nämlich die Verknüpfung zwischen Arbeitsschutz und Umweltschutz.

Diese einheitliche Sicht der Problematik begrüßen wir im Entwurf eines Chemikaliengesetzes.

Es ist für uns aber nicht akzeptabel, daß die öffentliche Diskussion um das Chemikaliengesetz einseitig an der Bedrohung der allgemeinen Umwelt ansetzt und die Gefährdungen in der Arbeitswelt unterschlägt.

Denn die Arbeitnehmer sind durch neue, aber auch durch schon vorhandene Arbeitsstoffe am massivsten in ihrer Gesundheit bedroht.

Es muß bedenkl. stimmen, daß der Bundesratsausschuß für Arbeit und Sozialpolitik aufgrund der Zuständigkeitsverteilung diesen Gesetzentwurf überhaupt nicht behandeln konnte.

Ich meine auch, es ist bedauerlich, daß es erst der Initiative der Europäischen Gemeinschaften bedurfte, um diesen Gesetzgebungsprozeß in der Bundesrepublik in Gang zu setzen.

Gerade beim Chemikaliengesetz sind Regierung und Parlament unseres Landes aufgerufen, ihrer Verantwortung gegenüber den Arbeitnehmern gerecht zu werden

– auch gegenüber den Arbeitnehmern anderer Länder.

Denn unsere chemische Industrie ist einer der größten Exporteure.

Durch das Chemikaliengesetz muß

1. der Staat bessere Eingriffsmöglichkeiten erhalten;

2. die schrittweise Prüfung alter Stoffe auf ihre Gesundheitsgefährlichkeit sichergestellt werden und

3. die Instrumente ausgebaut werden, um chronische Erkrankungsprozesse und Krebsgefahren besser aufzuspüren.

Jeder neue Stoff ist zunächst auch ein Problem des Arbeitsschutzes.

Deshalb sollte die Diskussion darüber, wo die nationale Meldestelle einzurichten ist, endgültig zugunsten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Unfallforschung beendet werden – so wie der Gesetzentwurf es auch vorsieht.

Ich möchte noch ein anderes drängendes Problem nennen:

Die Arbeitnehmer tragen auch als erste das Risiko im Störfall.

Deshalb haben wir auch kein Verständnis dafür, daß die Bundesregierung bei der geplanten Störfallverordnung weder eine Unterrichtung des Betriebsrates über Störfälle vorsieht, noch die Betriebsräte bei der Aufstellung von innerbetrieblichen Schutz- und Katastrophenplänen beteiligen will.

Wer das Risiko der Produktion analysieren und begrenzen will – und das will die Bundesregierung mit der Störfallverordnung –; der darf die Funktion der Arbeitnehmervertretungen nicht ignorieren.

Das Ziel der Störfallverordnung, nämlich den größtmöglichen Schutz der Arbeitnehmer und der Bevölkerung zu bewirken, kann nicht durch obrigkeitstaatliche Maßnahmen allein erreicht werden.

Es geht nicht nur um das Verhältnis zwischen Behörden und Unternehmensleitung.

Wir brauchen auch die Information und Kooperation aller Betroffenen.

Der DGB und seine Gewerkschaften sind sich ihrer eigenen Verantwortung im Arbeitsschutz bewußt.

Sie betrachten die Verhütung von arbeitsbedingten Erkrankungen und Arbeitsunfällen als ein wichtiges Ziel ihrer Politik.

Humanisierung der Arbeit, kommt sie nicht einvernehmlich, muß sie durch gewerkschaftliche Solidarität erkämpft werden.

Das zeigen alle unsere bisherigen Erfahrungen.

Deswegen muß die gewerkschaftliche Tarifpolitik noch mehr als bisher zum Pionier menschengerechter Arbeitsgestaltung werden.

Ich hatte es schon erwähnt:

Viel kann im regionalen Bereich, vor Ort geschehen.

Deshalb hat der Bundeskongreß des DGB beschlossen, daß bei allen DGB-Kreisen Arbeitskreise für Arbeitsschutz zu errichten sind.

Die Gefährdung der Gesundheit durch Arbeitsstoffe, Maschinen und Anlagen ist in zunehmendem Maße auch ein Problem der internationalen Sozialpolitik.

Durch die wachsenden wirtschaftlichen Verflechtungen werden auch Gesundheitsrisiken über die Grenzen hinweg verbreitet.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund unterstützt deswegen entschieden den von der Internationalen Arbeitsorganisation eingeschlagenen Weg zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsumwelt.

Das Chemikaliengesetz ist ein Beispiel dafür, daß zunehmend Impulse zum Arbeitsschutz von der Europäischen Gemeinschaft ausgehen.

Das Programm dieses Kongresses zeigt übrigens die steigende Bedeutung der EG im Arbeitsschutz auf.

Der europäische Maßstab bei Harmonisierungen ist die jeweils beste nationale Arbeitsschutznorm innerhalb der EG.

Darin sind sich DGB und Europäischer Gewerkschaftsbund einig.

Die Gewerkschaften können nicht zulassen, daß gute nationale Arbeitsschutzstandards europäischen Wirtschaftsinteressen geopfert werden.

Unser Europa ist ein Europa der Menschlichkeit und nicht des bloßen Rentabilitätsdenkens.

Nach einer Phase stürmischen wirtschaftlichen Wachstums sind wir jetzt in einer Periode weltweiter Strukturveränderungen.

Es ist für unsere Zukunft entscheidend, in welchem Maße es uns gelingt, trotz aller technologischen Systeme ein Wachstum an Menschlichkeit durchzusetzen.

Denn Menschlichkeit ist nicht nur der höchste Wert, sondern auch der sicherste Garant für eine Entwicklung, die wir vor dieser und den künftigen Generationen verantworten können.

Dem 16. Deutschen Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin wünsche ich, daß er hierzu einen Beitrag leistet.

Gewerkschaft ÖTV fordert Verbesserung der ärztlichen Ausbildung

Die steigende Zahl der Medizinstudenten und die deswegen zu erwartende Zahl junger Ärzte hat das Schlagwort von der „Ärztenschwemme“ geprägt. Da es nicht genügend Assistenzarztstellen für die Weiterbildung gibt, wird befürchtet, daß sich künftig viele junge Ärzte nach Erteilung der Approbation sofort niederlassen. Vor diesem Hintergrund muß die in vergangener Zeit verstärkte geführte Diskussion, zu diesem Thema beispielsweise im Deutschen Bundestag, in den politischen Parteien und in der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, gesehen werden.

Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit berief deshalb eine Kommission von Vertretern der ärztlichen Standesorganisationen, der Krankenhäuser, von Lehre und Wissenschaft, der Medizinstudenten, der beteiligten staatlichen Stellen, der Krankenkassenverbände und der Gewerkschaften.

Die Gewerkschaft ÖTV war in dieser „Kleinen Kommission“ zu Fragen der ärztlichen Ausbildung und der künftigen Entwicklung im Bereich des ärztlichen Berufsstandes durch ein Mitglied des Bundesabteilungs-vorstandes „Bund gewerkschaftlicher Ärzte“ vertreten.

Die Kleine Kommission hatte den Auftrag, folgende Probleme aufzuarbeiten:

1. Zugang und Auswahlverfahren zum Medizinstudium,
2. Ausbildung,
3. Weiterbildung.

In ihrer ersten Beratungsphase hat sie sich zunächst nur mit Fragen der ärztlichen Ausbildung befaßt.

Die Kleine Kommission kommt in ihrem Abschlußbericht zu dem Ergebnis: Die ärztliche Ausbildung bedürfte keiner grundsätzlichen Reform. Sie kranke jedoch an

- einem Mangel an praktischer Ausbildung,
- einer Überlastung mit entbehrlichem Detailwissen,
- Unzulänglichkeiten in der Organisation und
- fehlender Abstimmung unter den an der Ausbildung Beteiligten.

Nach Auffassung der Kleinen Kommission sind diese Probleme nicht auf die strukturellen und inhaltlichen Vorgaben der ärztlichen Approbationsordnung von 1970 zurückzuführen, sondern vor allem auf

- die hohe Zahl der Medizinstudenten,
- unerwartete Verzögerungen bei der Umstellung auf die gegenüber den Anforderungen der Bestellungsordnung für Ärzte andersartigen Forderungen der ärztlichen Approbationsordnung und
- mangelnde Planung und Organisation der Ausbildung.

Diese Analyse deckt sich im wesentlichen mit den Erfahrungen der an der Mediziner-Ausbildung beteiligten Kolleginnen und Kollegen. Daraus allein jedoch die Forderung nach einer erneuten Änderung der Approbationsordnung abzuleiten, erscheint aufgrund der noch sehr kurzen Erprobungszeit verfrüht.

Wenn außerdem fast ausschließlich die Frage der Ausbildungsverlängerung diskutiert wird, drängt sich der Verdacht auf, daß es vielen nur darum geht, unliebsame Konkurrenz von der Niederlassung fernzuhalten, nicht aber die Mediziner-Ausbildung insgesamt zu verbessern.

Dr. Monika Wulf-Mathies, Mitglied des geschäftsführenden Hauptvorstandes der Gewerkschaft ÖTV, hat deshalb vor der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen am 22. November 1979 für die Gewerkschaft ÖTV folgende Erklärung abgegeben:

„Die Gewerkschaft ÖTV kritisiert, daß mit Mitteln der Bildungspolitik gesundheitspolitische Steuerungsprobleme und Fragen der Niederlassung von Ärzten gelöst werden sollen, während wichtige bildungspolitische Akzentverschiebungen unterbleiben. Die Gewerkschaft ÖTV hätte es begrüßt, wenn zunächst alle Möglichkeiten ausgeschöpft worden wären, die Ärzteausbildung innerhalb der bestehenden Studiendauer zu verbessern.“

Das gesundheitspolitische Problem eines unkontrollierten Zustroms auf die freie Niederlassung unmittelbar im Anschluß an das Studium, wird durch eine einjährige Verlängerung der Arzt Ausbildung nicht gelöst, sondern nur um ein Jahr verschoben. Selbst wenn eine solche Praxisphase technisch realisierbar wäre, würde die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung angesichts der vorhandenen Ausbildungskapazitäten nicht grundlegend verbessert. Auch die Problematik, daß eine steigende Zahl von Ärzten eine steigende Nachfrage und steigende Kosten produziert, bleibt weiter bestehen.

Die zwingend erforderliche Durchforstung und Umgestaltung der ärztlichen Weiterbildung sollte deshalb nicht durch formale Korrekturen der Erstausbildung aus dem Blickfeld gedrängt werden. Die Vorbereitung und Qualifizierung der Ärzte für ihre berufliche Tätigkeit kann nur durch eine angemessene Weiterbildung für alle Ärzte gewährleistet werden. Deshalb fordert die Gewerkschaft ÖTV, daß jeder Arzt eine gesetzlich geregelte Weiterbildung durchlaufen muß, bevor er selbstständig und vollverantwortlich tätig werden kann. Eine geregelte Weiterbildung, die an den spezifischen fachlichen und gesundheitspolitischen Aufgaben der Primärversorgung ansetzt, ist vor allem für den Allgemein- und Spezialarzt unerlässlich.

Da es den Befürwortern einer Ausbildungsverlängerung im wesentlichen um die Erschwerung der Niederlassung zum praktischen Arzt für Berufsanfänger geht, wäre es redlicher, hier anzusetzen, statt eine unspezifische Praxisphase für alle Ärzte zu fordern.“

Gewerkschaft ÖTV gegen eine Verschärfung der Zulassungsvoraussetzungen

Die Kleine Kommission wird zu Beginn des Jahres 1980 ihre Arbeit wieder aufnehmen und sich mit der Entwicklung des ärztlichen Berufsstandes beschäftigen.

Aktuelle Bücher - Standardtitel

Überleben und Widerstehen

Zeichnungen von Häftlingen des Konzentrationslagers Auschwitz. Mit einführenden Betrachtungen von Martin Walser und Geleitworten von Walter Fabian und Willy Brandt · 85 Seiten, DM 9,80

Lydia Chagoll

Im Namen Hitlers

Kinder hinter Stacheldraht. Bild- und Dokumentarband über die Vernichtung von Kindern im Dritten Reich. Das Buch zum Film · 144 Seiten, DM 12,80

Reinhard Kühnl (Hrsg.)

Der deutsche Faschismus in Quellen und Dokumenten

5. Aufl., 538 Seiten, DM 9,80

Ulrike Hörster-Philipps (Hrsg.)

Wer war Hitler wirklich?

Großkapital und Faschismus 1918-1945. Dokumente
360 Seiten, DM 12,80

Reinhard Kühnl

Die von F. J. Strauß repräsentierten politischen Kräfte und ihr Verhältnis zum Faschismus

prv-aktuell. 60 Seiten, DM 5,—

Im März erscheint:

Manfred Bosch

Der Kandidat

Über die Verteidigung unserer demokratischen Möglichkeiten. 14 Briefe an einen Jungwähler, der Strauß für wählbar hält. Mit vielen Originalzitate von F. J. Strauß und mit 14 Karikaturen von Stefan Siebert
200 Seiten, DM 9,80

Ulrich Albrecht/Frank Deppe u. a.

Geschichte der Bundesrepublik Deutschland

Beiträge
530 Seiten, DM 14,80

Friedrich Hitzer (Hrsg.)

Offenheit gegen Offenheit

BRD-UdSSR: Meinungen, Kontroversen, Dialoge u. a. mit Andersch-Simonov, v. Weizsäcker-Wodolassow, Frisch-Rosow, Amery-Krawtschenko.
462 Seiten, DM 14,80

Winfried Schwamborn

Handbuch für Kriegsdienstverweigerer

6. Auflage. 160 Seiten, DM 9,80

Klaus Mannhardt/Winfried Schwamborn

Zivildienst-Handbuch

2. Auflage. 160 Seiten, DM 9,80

Johanna Hund/Christine Preiß (Hrsg.)

Die Unbescheidenen

Betriebsrätinnen erzählen
134 Seiten, DM 12,80

Hans Joachim Schwanitz

Die Theorie der praktischen Medizin zu Beginn des 19. Jahrhunderts

Hochschulschriften Bd. 29
134 Seiten, DM 18,—

Lottemi Doormann (Hrsg.)

Kinder in der Bundesrepublik

Materialien, Initiativen, Alternativen
2. Auflage. 277 Seiten, DM 14,80

Rüdiger Koch/Georg Rocholl

Kleinkinderziehung als Privatsache?

222 Seiten, DM 14,80

Anna A. Ljubinskaja

Kinderpsychologie

Vom Kleinkindalter bis ins jüngere Schulalter · 544 Seiten, DM 19,80

Pahl-Rugenstein Verlag Gottesweg 54 · 5000 Köln 51

gen. Dann wird die Frage des Bedarfs an Ärzten erneut diskutiert. Es wird deshalb darauf ankommen, zu verhindern, daß unsichere Bedarfsprognosen als politische Waffe mißbraucht werden.

Die vorhandenen Prognosen über den Bedarf an Ärzten setzen, je nach Herkunft, unterschiedliche gesellschaftliche Prioritäten. Der tatsächliche Bedarf an Ärzten läßt sich nur schwer voraussagen, da es in der Bundesrepublik keine umfassende Gesundheitsplanung gibt. Wir bezweifeln, daß in den Prognosen des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung und des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen der zusätzliche Bedarf an Ärzten, der sich aus

- dem verstärkten Ausbau von arbeitsmedizinischen Diensten, des öffentlichen Gesundheitswesens und sozialmedizinischer Einrichtungen,
 - einer notwendigen Verbesserung der psychosozialen Versorgung,
 - der Entwicklung und Durchführung präventiver Maßnahmen,
 - dem Generationswechsel im Bereich der niedergelassenen Ärzte und
 - der notwendigen Verkürzung der Arbeitszeit im ambulanten und stationären Bereich
- ergibt, richtig eingeschätzt wird.

Die Gewerkschaft ÖTV sieht keinen Grund, die Zahl der Studienanfänger durch zusätzliche Ausleseverfahren zu drosseln. Weder die Abiturnoten noch einer der bisher bekanntgewordenen Hochschuleingangstests sind ein geeignetes Mittel, den Hochschulzugang zu regeln und die Studienanfängerzahlen zu begrenzen. Auch ein obligatorisches Krankenpflegepraktikum muß abgelehnt werden. Unter den gegenwärtigen Bedingungen im Krankenhaus steht nicht einmal für die Auszubildenden in der Krankenpflege ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung. Die angehenden Medizinstudenten würden das Verhältnis zwischen qualifiziertem Krankenpflegepersonal und Hilfspersonal in den Krankenhäusern weiter verschlechtern.

Im Interesse der von der Gewerkschaft ÖTV geforderten Durchlässigkeit in den medizinischen Fachberufen mit unterschiedlichen Eingangsvoraussetzungen sollten bei der Zulassung zum Medizinstudium Kenntnisse und Erfahrungen aus der Berufspraxis berücksichtigt werden. Langfristiges Ziel ist eine gemeinsame Grundbildung für alle Medizinalfachberufe. Sie muß fester Bestandteil der Ausbildung sein und darf nicht zu einer Verlängerung der Ausbildungszeit führen.

Eine Reform der ärztlichen Ausbildung muß sich an den **Bedürfnissen der Medizinstudenten und Patienten ausrichten.**

Innere Reform der Ausbildung

Zur weiteren inhaltlichen Ausgestaltung der ärztlichen Ausbildung schlägt die Gewerkschaft ÖTV vor:

1. Ausbildungsziel

Die Gewerkschaft ÖTV begrüßt den Vorschlag der Kleinen Kommission, daß die Ausbildung unter anderem auch „die Bereitschaft und Befähigung zur Zusammenarbeit mit anderen Ärzten und mit Angehörigen anderer Berufe“ vermitteln soll.

Im Interesse einer umfassenden psychosozialen Betreuung der Patienten fordert die Gewerkschaft ÖTV, die Ausbildungsziele nach den Vorschlägen der eidgenössischen Expertenkommission zu ergänzen.

So sollten Ziele der Ausbildung auch sein:

- a) Bereitschaft zur Übernahme ärztlicher Verantwortung gegenüber Individuum und Gesellschaft;
- b) Kenntnis der wichtigen Gesundheitsstörungen, ihrer Ursachen, ihrer Erscheinungsformen, der Möglichkeiten ihrer Verhütung und Beeinflussung sowie das Verständnis für deren Erforschung;
- c) Fähigkeiten, Fertigkeiten und Bereitschaft, entsprechende Aufgaben der Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zu übernehmen;
- d) Fähigkeit und Bereitschaft, in seiner ärztlichen Tätigkeit zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen, aufrechtzuerhalten und mit anderen Menschen zusammenzuarbeiten;

e) Fähigkeit und Bereitschaft, die erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten zu erhalten, fortlaufend zu ergänzen und im Berufe anzuwenden;

f) die Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit zu erkennen und Bereitschaft, daraus Konsequenzen zu ziehen.

Nach unserer Auffassung sollte das allgemeine Ausbildungsziel aber für die jeweiligen Studienabschnitte konkretisiert werden.

2. Studienorganisation und Schwerpunktbildung

Im bisherigen Studienablauf muß der Student in den sogenannten vorklinischen Semestern fachübergreifende Lerngegenstände in acht voneinander isolierten Einzelfächern, zum Beispiel der Pathophysiologie, Physiologie, Anatomie, Physik erlernen. Selbst innerhalb der einzelnen Fächer wird der Student mit Einzelknoten überflutet, ohne daß eine Gewichtung und Reflektion des zu erlernenden Stoffs möglich wäre. Der festgefügte Stundenplan und die Stofffülle lassen Fragen und Ansätze zu Kritik gar nicht erst aufkommen. So wird auch der Anspruch an die vorklinische Ausbildung, Grundlagen für das weitere Studium zu bilden, nicht eingelöst.

Neben einer besseren Verbindung der beiden Studienabschnitte Vorklinik/Klinik sollte deshalb in Zukunft das exemplarische Lernen im Vordergrund stehen, da es die Anwendung und das Einordnen des erlernten Stoffes erleichtert.

Der Medizinstudent sollte auch während der klinischen Ausbildung Schwerpunkte in Fächern setzen können, die der von ihm angestrebten, späteren Tätigkeit entsprechen.

Bei der Neustrukturierung des Medizinstudiums müssen Fächern wie der medizinischen Psychologie, der Arbeitsmedizin und der Soziologie stärkeres Gewicht eingeräumt werden. Viele Krankheitsbilder der Gegenwart haben ihre Ursache in den Arbeits- und Lebensbedingungen der Bevölkerung, auf die eine rein naturwissenschaftliche Ausrichtung des Medizinstudiums keine angemessene Antworten gibt. Gerade bei der Behandlung psychosomatisch bedingter Krankheitsformen werden jedoch auch andere Berufsgruppen therapeutisch tätig. Wenn Ärzte in die Arbeit von integrierten, multidisziplinären Versorgungseinrichtungen miteinbezogen werden sollen, muß die ärztliche Ausbildung zur Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wie beispielsweise Psychologen, Soziologen, Sozialarbeitern befähigen. Hieran wird die Bedeutung dieses Ausbildungszieles ersichtlich.

3. Praktische Ausbildung

Das zentrale Problem medizinischer Studienreform bleibt die engere Verbindung von wissenschaftlich-theoretischer Ausbildung und berufspraktischer Qualifizierung. Die Gewerkschaft ÖTV begrüßt es, daß das Tätigkeitsfeld der Studenten im „Praktischen Jahr“ nach den Vorschlägen der Kleinen Kommission genauer festgelegt wird. Alle Studenten sollen entsprechend ihrem Ausbildungsstand unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung des auszubildenden Arztes ärztliche Tätigkeiten ausführen und die im vorangegangenen Studienabschnitt erworbenen Kenntnisse auf den einzelnen Krankheitsfall anwenden. Damit wird die Haltung der Gewerkschaft ÖTV bestätigt, daß der Absolvent im „Praktischen Jahr“ ärztliche Leistungen erbringt, die vergütet werden müssen. Wegen der Besonderheit und Eigenart des Ausbildungsverhältnisses im „Praktischen Jahr“ fordert die Gewerkschaft ÖTV eine Änderung der Approbationsordnung. Ziel ist es dabei, die Arbeitsbedingungen und Ausbildungsinhalte der Absolventen im „Praktischen Jahr“ tarifvertraglich abzusichern.

Die Gewerkschaft begrüßt ferner die detaillierten Vorschläge der Kleinen Kommission zur organisatorischen Verbesserung der klinisch-praktischen Ausbildung und des „Praktischen Jahres“. Voraussetzung dafür ist jedoch, daß

- eine ausreichende Zahl von Assistenzärzten zur Ausbildung zur Verfügung steht;
- die Beteiligung der Assistenzärzte an der Studientenausbildung bei der Arbeitsorganisation der Lehrkrankenhäuser berücksichtigt und in den Weiterbildungsordnungen entsprechend anerkannt wird;

– in der praktischen Ausbildung verstärkt Probleme der primärärztlichen Behandlung in den Vordergrund gestellt werden. Dazu ist ein systematischer Ausbau von Polikliniken an Lehrkrankenhäusern sowie die Schaffung zusätzlicher Ausbildungsplätze in betriebs- und sozialmedizinischen Diensten und in den Gesundheitsämtern notwendig.

Wenn die, auch von der Kleinen Kommission geforderten, inhaltlichen, organisatorischen und materiellen Korrekturen erfolgen, hält die Gewerkschaft ÖTV das Ziel eines berufs- und weiterbildungsfähigen Arztes innerhalb eines sechsjährigen Studiums für erreichbar.

4. Prüfungssystem

Nach den Empfehlungen der Kleinen Kommission entfällt der schriftliche Teil im Dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung. Dadurch soll sich der Student stärker auf die Inhalte der praktischen Ausbildung konzentrieren können. Dieser Vorschlag wird von der Gewerkschaft ÖTV begrüßt.

Dagegen lehnt die Gewerkschaft ÖTV zusätzliche mündliche Prüfungen bei der bestehenden Studienorganisation und Fächervielfalt ab. Sie würden nur zu größeren Studienbelastungen, nicht aber zu einer Verbesserung der Ausbildungsqualität führen.

Prüfungen müssen künftig in stärkerem Maße der Selbstkontrolle des Lernfortschritts dienen. Hierzu müssen von den Fakultäten Materialien und Angebote erarbeitet werden. Für Prüfungen sollte nach Auffassung der Gewerkschaft ÖTV die Vorschrift des Paragraphen 2 (3) der gültigen Approbationsordnung umgesetzt werden, nach der der Studierende in angemessener Weise zu zeigen hat, daß er sich die erforderlichen methodischen Grundkenntnisse und Fertigkeiten angeeignet hat und sie in der Praxis anzuwenden weiß.

Reform der Weiterbildung

Wer eine praxisorientierte Arztausbildung anstrebt, sollte sich für eine grundlegende Reform der Weiterbildung einsetzen. Ein gezielter Ausbau berufspraktischer Erfahrungen ist für den Allgemeinarzt wie für den Facharzt zur selbständigen und eigenverantwortlichen Berufsausübung dringend notwendig. Dazu bedarf es einer Überarbeitung der Weiterbildungsgänge, die sich an den späteren Aufgaben ausrichten. Das gilt vor allem für den praktischen Arzt, der bisher keine spezielle Weiterbildung durchlaufen muß. Die gesundheitspolitische Bedeutung des Allgemeinarztes läßt es nicht länger zu, daß der praktische Arzt der Lückenbüsser im Weiterbildungssystem bleibt.

Die Gewerkschaft fordert deshalb auch für den Allgemeinarzt eine Pflichtweiterbildung. Das gesundheitspolitische Ziel einer Verbesserung der allgemeinärztlichen Versorgung läßt sich nur durch eine qualitäts- und patientenorientierte Weiterbildung, nicht durch eine willkürliche Studienverlängerung erreichen.

Für die Gewerkschaft ÖTV ist es selbstverständlich, daß jeder Arzt in der Weiterbildung nach sechsjährigem Studium Anspruch auf volle Bezahlung hat, denn er erbringt – auch wenn dies unter kollegialer Anleitung geschieht – ärztliche Leistungen. Auch um den Patienten und das Krankenhauspersonal nicht mit einer neuen Ärztekategorie zu verunsichern, lehnen wir eine Teilapprobation ab. Damit soll auch der Gefahr vorgebeugt werden, daß Teilapprobation mit Teilbezahlung gleichgesetzt wird.

Die Gewerkschaft ÖTV wird die Interessen der angestellten und beamteten Ärzte weiterhin konsequent vertreten und dafür sorgen, daß die ärztliche Weiterbildung nur unter tariflich und arbeitsrechtlich abgesicherten Bedingungen stattfindet. Als Interessensvertreterin aller Beschäftigten im Gesundheitswesen wird sie darauf achten, daß bessere Ausbildungsbedingungen für Ärzte nicht zu Lasten des übrigen Personals gehen. Die Gewerkschaft ÖTV setzt sich deshalb dafür ein,

- die für die Ausbildung und Anleitung erforderlichen Stellen zu schaffen,
- das auszubildende Personal in Theorie und Praxis fachlich und pädagogisch zu qualifizieren,
- arbeitsmedizinisch nicht zu vertretende Überstunden und Bereitschaftsdienste abzubauen,
- mehr Lebensleistungen für Ärzte im Krankenhaus bereitzustellen.

Stuttgart, Dezember 1979

Chronik der Ausbeutung

Die Entwicklung des Jugendarbeitsschutzgesetzes

1802

Das englische Parlament erläßt das erste Gesetz zum Schutze der Kinder überhaupt. In dem Land, in dem die Industrialisierung am frühesten einsetzte, wurde – zum Teil selbst von Fabrikanten unterstützt – mit dieser Regelung versucht, die brutale Ausbeutung der Kinder zu mildern. Bezeichnend für die damalige Situation ist ein Auszug aus der Debatte im Englischen Parlament über dieses Gesetz. Ein Abgeordneter stellt die Frage:

„Wird ein Kind in seiner Gesamtheit geschädigt und in seinem Wachstum behindert, wenn es täglich 18 Stunden in einer Wollspinnerei arbeitet und nur 6 Stunden schlafen darf?“

Ein Arzt antwortet zögernd:

„Er glaube nicht, aber er könne kein endgültiges Urteil abgeben.“

1828

Generalleutnant von Horn, der Kommandeur der Rheinarmee, kritisiert in einem Landwehrgeschäftsbericht an den Preußischen König die übermäßige Arbeit in den Fabriken und Bergwerken. Vorausgegangen war die für einen Militär sehr unerfreuliche Tatsache, daß der Rekrutierer von jungen Fabrikarbeitern eine sehr große Zahl zurückstellen mußte. Er schloß daraus:

„Infolge der Nacharbeit der Fabrikinder können die Industriebezirke nicht mehr den erforderlichen Rekrutennachwuchs stellen.“

Diese Überlegungen, die beim Preußischen König mit Sicherheit schwerer wogen, als die bereits seit Jahrzehnten eingehenden Vorschläge seiner Minister und Präsidenten, etwas für den Schutz der Kinder zu tun, führten zur ersten gesetzlichen Initiative in Deutschland, zum „Regulativ“.

1839

In Preußen wird im April das „Regulativ“ für die Beschäftigung jugendlicher Arbeiter in Fabriken erlassen. Die wesentlichsten Bestimmungen sind:

- Ein Verbot der Arbeit für alle Kinder unter 9 Jahren
- Eine Begrenzung der täglichen Arbeitszeit für Jugendliche unter 16 Jahren auf 10 Stunden
- Verbot der Nacharbeit zwischen 23 Uhr und 5 Uhr
- Verbot der Arbeit an Sonn- und Feiertagen für Jugendliche
- Für Vergehen gegen das Gesetz werden Ordnungsstrafen angekündigt.

Bis 1845 gelten diese Bestimmungen nur für Fabriken. Mit Erlaß der „Allgemeinen Preußischen Gewerbeordnung“ werden dann auch Handwerksbetriebe in den Geltungsbereich mit einbezogen.

Selbstverständlich beschränken diese Bestimmungen die Einsatzmöglichkeiten und damit die Ausbeutung der Kinder und Jugendlichen. Die davon befürchtete Schmälerung des Profits ruft den härtesten Widerstand der Arbeitgeber hervor. Dies zeigt sich sowohl in den Auseinandersetzungen bis zum Erlaß des Regulativs, als auch nach Inkrafttreten. Es hat ja immerhin 11 Jahre gedauert, bis sich die Militärs – trotz ihrer überragenden Stellung im Staat und ihres Einflusses beim König – gegen die Unternehmer durchsetzen konnten und das Regulativ verabschiedet wurde. Nach Erlaß der Bestimmungen führte eine so gut wie nicht durchsetzbare Kontrolle dazu, daß die Bestimmungen in der Praxis keine Wirkung zeigten.

1853

Vier wesentliche Faktoren führen zu einer Verbesserung des Regulativs.

- Unverändert sind die preußischen Militärs an gesunden Rekruten interessiert;
- fortschrittliche Pädagogen und Schulbeamte kämpfen um die Einhaltung der Schulpflicht;
- die Ministerialbürokratie, insbesondere die Justiz verlangen ein Instrumentarium zur Überwachung und Einhaltung der Bestimmungen;
- nicht zuletzt ist die Verbesserung des Regulativs mit der Absicht verbunden, weiteren sozialen Unruhen und politischen Aktivitäten der Arbeiter vorzubeugen.

Die wesentlichsten Verbesserungen des Regulativs von 1853 bringen ein Verbot der regelmäßigen Kinderarbeit für Kinder unter 12 Jahren und die Einführung von fakultativen Fabrikinspektoren, d. h. von Aufsichtsbeamten, die jedoch nur mit Zustimmung des Betriebsinhabers die Fabriken betreten konnten. In der Frage der Kontrolle der gesetzlichen Bestimmungen durch Aufsichtsbehörden ist das Regulativ ein wackeliger Kompromiß. Es dauert immerhin noch 25 Jahre, bis eine obligatorische Gewerbeaufsicht im Jahre 1878 durchgesetzt werden kann, die auch das Recht hat, gegen den Willen der Unternehmer die Fabriken zu betreten.

1869

Mit Errichtung und dem Ausbau der Gewerkschaften und der Sozialdemokratischen Partei in Deutschland beginnt die organisierte Arbeiterbewegung u. a. auch einen verstärkten Schutz der Kinder und Jugendlichen zu fordern und durchzusetzen. In etwa von diesem Zeitpunkt an beginnt auch der gewerkschaftliche Kampf für bessere Arbeitsbedingungen in den Betrieben und Verwaltungen. 1869 fordern die Sozialdemokraten im Eisenacher-Programm die Einschränkung der Frauenarbeit und das absolute Verbot der Kinderarbeit.

1891

Das sogenannte Arbeiterschutzgesetz vom 1. Juli 1891 ist ein wesentliches Ergebnis Bismarckscher Sozialgesetzgebung unter dem Druck der Arbeiterbewegung. Es hat zum Ziel, durch Zugeständnisse an die Arbeiterbewegung beschwichtigend auf deren Forderungen einzugehen. Als wichtigster Punkt ist das Verbot jeglicher Kinderarbeit für Kinder unter 13 Jahren festzuhalten.

1903

Wird das überwiegend für Fabriken geltende Verbot der Kinderarbeit auf alle Handwerksbetriebe, das Handels- und Verkehrsgewerbe und auf Gast- und Schankwirtschaften ausgedehnt. Kinder über 12 Jahren dürfen in diesen Bereichen nur noch 3 Stunden täglich beschäftigt werden.

1918/19

Durch die Demobilisierungsverordnungen im Zusammenhang mit der Novemberrevolution 1918 wird der 8-Stunden-Tag eingeführt. Damit ist eine seit langem erhobene Forderung der Arbeiterbewegung erfüllt. Diese Regelung kommt zwar auch den Jugendlichen zugute, aber im Gegensatz zu anderen Fortschritten in der Sozialpolitik wird der Jugendarbeitsschutz nicht weiter ausgebaut.

1923

Die Arbeitszeitordnung beinhaltet bereits wieder die Möglichkeit, Jugendliche 10 Stunden täglich arbeiten zu lassen.

1938

Mit dem „Jugendschutzgesetz vom 30. 4. 1938“ werden im wesentlichen die bisher in einzelnen Gesetzen und Verordnungen verstreuten unterschiedlichen Bestimmungen zusammengefaßt.

Das Gesetz enthält keine Verbesserungen im Bereiche des Schutzes vor Gefahren am Arbeitsplatz. Im wesentlichen sind Arbeitszeit, Urlaub und Nachtruhe und Berufsschulbesuch geregelt. Ein wichtiger Punkt ist die Heraufsetzung des Schutzesalters von 17 auf 18 Jahre für alle Jugendlichen. Entscheidend für die Wirksamkeit bzw. Unwirksamkeit dieser Bestimmungen sind allerdings zahllose Ausnahmeregelungen, die quasi jedem Arbeitgeber die Möglichkeit geben, daß Gesetz zu umgehen. Hinzu kommt, vor allem, daß auch bei diesem Gesetz die zunächst getamte Absicht einer verstärkten Wehrertüchtigung der Jugendlichen im Vordergrund steht.

Mit Kriegsbeginn werden alle Bestimmungen zum Jugendarbeitsschutz faktisch außer Kraft gesetzt, da sie den Interessen der Kriegsproduktion entgegenstehen.

Nach 1945

Nach dem 2. Weltkrieg fordern die Gewerkschaften ein Jugendarbeitsschutzgesetz, das den Interessen und Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen besser entspricht als das geltende Gesetz von 1938. Insbesondere die Forderungen des DGB nach Einführung der 40-Stunden-Woche für alle Jugendlichen führt zu harten Auseinandersetzungen mit den Arbeitgebern. Vor allem die Mittel- und Kleinbetriebe wenden sich entschieden gegen diese Forderung, da dies nach ihrer Auffassung „zu betriebsorganisatorisch kaum überwindlichen Schwierigkeiten führen werde“.

1959

Die Entschließung Nr. 11 des 5. Ordentlichen Bundeskongresses des DGB aus dem Jahre 1959 verdeutlicht die Position der Gewerkschaften.

Der Bundeskongreß fordert mit allem Nachdruck die sofortige Verabschiedung eines neuen Jugendarbeitsschutzgesetzes. In der Begründung hierzu heißt es: „Das seit dem Jahre 1938 geltende Jugendarbeitsschutzgesetz entspricht seit langem nicht mehr dem Stande der wissenschaftlichen Erkenntnisse, der Arbeitsmedizin und den sozialpolitischen Erfahrungen. Die jahrelangen Beratungen des Bundestages sollten schnellstens mit der Verabschiedung eines fortschrittlichen, zeitnahen Arbeitsschutzgesetzes für die Jugend abgeschlossen werden...“.

1960

Der Deutsche Bundestag reagiert auf den einmütigen Druck der Gewerkschaften und verabschiedet am 9. August 1960 ein neues Jugendarbeitsschutzgesetz.

Viele Bestimmungen entsprechen nicht den gewerkschaftlichen Forderungen, dennoch werden die gesetzlichen Regelungen von 1938 wesentlich verbessert:

Die Ausnahmen vom Verbot der Kinderarbeit werden eingeschränkt;

- für Jugendliche unter 16 Jahren wird die Arbeitszeit auf wöchentlich 40 Stunden begrenzt;
- für Jugendliche über 16 Jahre auf 44 Stunden;
- die Akkord- und Fließbandarbeit von Kindern und Jugendlichen wird grundsätzlich verboten (allerdings Ausnahmen möglich);
- die gesundheitliche Betreuung der Jugendlichen wird durch die Einführung von ärztlichen Untersuchungen verbessert.

Nach wie vor bleiben aber entscheidende Schwachstellen:

Die große Zahl von Ausnahmeregelungen, die mangelhafte Kontrolle und Überwachung der Einhaltung der gesetzlichen Regelungen und die lasche Handhabung der Strafbestimmungen durch Gerichte.

Sehr schnell wird deutlich, daß auch mit diesem neuen Gesetz, insbesondere in Klein- und Mittelbetrieben, der Jugendarbeitsschutz nicht wirksam verbessert werden kann.

Aufgeschreckt durch vielfältige Aktionen der Gewerkschaftsjugend führen einzelne Landesregierungen und Gewerbeaufsichtsämter Sonderuntersuchungen über die Einhaltung des Jugendarbeitsschutzgesetzes durch. Diese Ergebnisse bestätigen nachdrücklich zahllose Verstöße und tragen dadurch mit dazu bei, die Forderung der Gewerkschaften nach besserer Kontrolle der vorhandenen gesetzlichen Bestimmungen zu unterstützen. „Nur“ ca. 50 000 Verstöße werden jährlich gemeldet, Experten schätzen die Dunkelziffer auf ca. 1 Mio. Verstöße pro Jahr.

Zunehmend gelingt es Gewerkschaften durch Tarifverträge und Betriebsvereinbarungen viele Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes zu verbessern. So wird beispielsweise in nahezu allen Branchen die wöchentliche Arbeitszeit auf 40 Stunden begrenzt. Unverändert bleibt das Interesse der Gewerkschaften, diese Verbesserungen allerdings auch für all die Bereiche zur Geltung zu bringen, die durch Tarifverträge bzw. Betriebsvereinbarungen nicht erreicht werden. Dies trifft insbesondere für die vielen Jugendlichen zu, die in Klein- und Kleinstbetrieben beschäftigt werden.

1973

Die hartnäckigen Forderungen der Gewerkschaften und die jahrelangen Auseinandersetzungen – insbesondere der Gewerkschaftsjugend – für eine umfassende Reform des Jugendarbeitsschutzgesetzes haben endlich Erfolg. Bundeskanzler Willy Brand unterstreicht in der Regierungserklärung vom 18. 1. 1973 die Absicht der sozial-liberalen Koalition, das Jugendarbeitsschutzgesetz zu reformieren.

Im März 1973 verabschiedet die Gewerkschaftsjugend auf einer zentralen Arbeitstagung in Solingen einen vollständigen Gesetzentwurf, der am 8. Mai 1973 nach Beschlußfassung durch den DGB der Öffentlichkeit vorgelegt wird.

1974

Im Februar veröffentlicht die Bundesregierung einen Entwurf für ein neues Jugendarbeitsschutzgesetz. In diesem Entwurf sind viele Forderungen der Gewerkschaften aufgenommen, aber es wird auch bereits deutlich, daß in wesentlichen Fragen bereits der Regierungsentwurf hinter gewerkschaftlichen Ansprüchen zurückbleibt. Die gravierendsten hier zusammengefaßt:

Entwurf der Bundesregierung vom Februar '74

Mindestalter für die Beschäftigung 15 Jahre

Freistellung von der Arbeit bei Berufsschulbesuch von mindestens 5 Zeitstunden einschließlich der Pausen

Die Pausenzeiten werden nicht auf die Arbeitszeit angerechnet

Zahlreiche Ausnahmeregelungen von den Beschäftigungsverboten in der Nacht, an Samstagen, sowie an Sonn- und Feiertagen

Mindesturlaub je nach Alter von 25 bis 30 Tagen (Im Bergbau 3 Tage mehr)

Forderungen des DGB

16 Jahre

grundsätzliche Freistellung am Tage der Berufsschule

Volle Anrechnung der Pausen

Ablehnung sämtlicher Ausnahmeregelungen

Mindesturlaub von 36 Tagen ohne altersbedingte Unterschiede (42 Tage im Untertage-Bergbau)

Die Vorlage des Regierungsentwurfs ruft massiven Widerstand der Arbeitgeber und ihrer politischen Erfüllungshilfen hervor. So lehnen z. B. die CDU/CSU-regierten Länder im Bundesrat mit ihrer dortigen Mehrheit den Gesetzentwurf der Bundesregierung ab und werfen die Frage auf, ob es überhaupt notwendig sei, das Jugendarbeitsschutzgesetz zu reformieren. Arbeitgeber sehen wieder einmal „die Existenz der deutschen Wirtschaft bedroht“, wenn der Schutz der arbeitenden Jugend verbessert werden sollte. Sie erklären sich außerstande, in vielen Bereichen – wenn der Regierungsentwurf Gesetz würde – Jugendliche beschäftigen oder ausbilden zu können.

1975

Am 11. Juni 1975 führt der Bundestagsausschuß für Arbeit und Soziales eine öffentliche Anhörung zur Reform des Jugendarbeitsschutzgesetzes durch. Vertreter der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände und der staatlichen Gewerbeaufsichtsämter, Ärzte, Arbeitsmediziner und Psychologen werden gehört. Dieser Kreis der Experten wird ergänzt durch Jugendvertreter aus verschiedenen Bereichen von Industrie, Handel und öffentlichem Dienst.

Die über den Regierungsentwurf hinausgehenden Forderungen des DGB werden nahezu vollständig durch Aussagen der Arbeitsmediziner als sozial- und gesundheitspolitisch unbedingt notwendige Schutzmaßnahmen für Kinder und Jugendliche unterstützt. Ebenso wird durch Aussagen der Vertreter der Gewerbeaufsichtsämter deutlich, daß auch verbesserte Bestimmungen bei der derzeitigen finanziellen und personellen Situation der Aufsichtsbehörden nur begrenzt durchsetzbar sein werden.

Unverblümt und massiv machen die Arbeitgeber ihren Widerstand gegen eine Reform des Jugendarbeitsschutzgesetzes deutlich. Rücksichtslos nutzen sie die Situation der Jugendarbeitslosigkeit und den Mangel an Ausbildungsplätzen. Sie erklären während des Anhörungsverfahrens mehrfach, daß „die Zahl der zur

Verfügung stehenden Ausbildungsplätze sich noch erheblich verringern könne“, wenn für eine Vielzahl von Branchen keine Ausnahmeregelungen zugelassen würden. Im übrigen müsse man den Kleinbetrieben eine „flexiblere“ Handhabung der Bestimmungen ermöglichen, um sie in die Lage zu versetzen, überhaupt noch ausbilden zu können. Diese Koppelung von Jugendarbeitsschutzbestimmungen mit der Zahl von Ausbildungsplätzen in der infamen Gleichung: mehr Jugendarbeitsschutz gleich weniger Ausbildungsplätze und weniger Jugendarbeitsschutz gleich mehr Ausbildungsplätze verfehte in den parlamentarischen Beratungen ihre Wirkung nicht.

1976

Die sich an die öffentliche Anhörung anschließende parlamentarische Beratung führte nicht zuletzt aufgrund der massiven Drohungen der Arbeitgeberverbände und ihrer politischen Freunde zu einer weiteren Verwässerung des Regierungsentwurfs. Gewerkschaften und Teile der SPD konnten zu diesem Zeitpunkt keine ausreichende Gegenwehr entwickeln.

Am 23. Januar beschließt der Bundestag – bei nur einer Gegenstimme das neue Jugendarbeitsschutzgesetz. Es verdient besondere Beachtung, daß das zur Zeit geltende Gesetz auch von der CDU/CSU mitbeschlossen wurde. Dies deshalb, da seit diesem Beschluß die Initiativen aus dem Lager der CDU/CSU-regierten Bundesländer nach einer weiteren Verschlechterung nicht abgerissen sind und die Diskussion um das Schlagwort der „sogenannten ausbildungshemmenden Vorschriften“ immer wieder entfacht wird.

Dem Bundesrat – insbesondere den CDU/CSU-regierten Ländern – geht trotz aller Abstriche während der parlamentarischen Beratungen – die vom Bundestag beschlossene Reform des Jugendarbeitsschutzgesetzes immer noch zu weit. Am 20. 2. 1976 wird der Vermittlungsausschuß angerufen, um Anträge einzelner Bundesländer auf weitere Ausnahmeregelungen durchzusetzen. Besonders tun sich hier die Länder Baden-Württemberg und Bayern hervor.

In einem wichtigen Punkt zeigt diese Initiative Erfolg. Für den Bereich des Hotel- und Gaststättengewerbes wird die Schichtzeit auf 11 Stunden täglich ausgedehnt. Weitergehende Vorstellungen, so z. B. der Antrag des Landes Bayern auf Beschäftigung von Jugendlichen an 20 Sonntagen hintereinander – werden mit Mehrheit abgelehnt.

Endlich, am 9. 4. 1976 stimmt der Bundesrat dem Jugendarbeitsschutzgesetz in seiner derzeitigen Fassung zu. Am 8. 5. 1979 tritt es in Kraft.

Quelle: „Solidarität“, Monatsschrift für Gewerkschaftliche Jugendarbeit, Heft 1, 30. Jahrgang, Jan. 1979

Brief von Bonner LKH-Ärztinnen an den Landschaftsverband

Herrn
Prof. Dr. Kulenkampf
Landschaftsverband Rheinland
Kennedy-Ufer 2

5000 Köln-Deutz

Nachrichtlich:
An den
Krankenhausausschuß 1
z. H. des Vorsitzenden
Herrn Beigeordneten Körner
Rathaus

5000 Köln 1

über die Betriebsleitung der Rheinischen Landesklinik Bonn

Betr.: Abteilung 4, Gerontopsychiatrie

Es wird Bezug genommen auf das Schreiben vom 29. 8. 1979 an den Krankenhausausschuß 1.

An den in diesem Schreiben angeführten Mißständen hat sich nichts geändert.

Nach der vorübergehenden Einstellung von Aushilfskräften, die aus Gründen ihrer Unkenntnis und ihres Wechsels nur sehr bedingt das Personal entlasten konnten, spitzte sich wegen Ausscheidens vieler Aushilfs- und anderer Pflegekräfte die personelle Situation in der zweiten Septemberhälfte derart zu, daß die erst am 25. 5. 1979 neu eröffnete Station Süd 1 A bereits am 27. 9. 79 wieder geschlossen werden mußte, um mit dem Personal dieser Station die größten Lücken in den anderen Stationen füllen zu können.

Dennoch ist die pflegerische Besetzung in den mit je 30 Patienten belegten Altbaustationen F VI A und F VI B desolat.

Auch die ärztliche Versorgung der Patienten ist in höchstem Grade bedenklich, indem beide Stationen seit dem 6. 8. 79 – mit nur siebentägiger Unterbrechung – nur von einer Halbtagsärztin besetzt sind, die zudem noch am 26. 10. 79 ausscheidet.

Ein Ersatz – es werden 1,5 Ärzte benötigt – wurde trotz diesbezüglicher dringlicher Hinweise vom leitenden Arzt bislang noch nicht in Aussicht gestellt.

Die im Schreiben vom 29. 6. 79 vorausgesagten unausbleiblichen schädlichen Folgen für die Patienten sind in vollem Umfang eingetreten:

1. Bei der Mehrzahl der Patienten ist es zu zum Teil gravierenden Gewichtsverlusten gekommen.

2. Ferner sind mit der Inbetriebnahme des Neubaus und der dadurch bedingten personellen Unterbesetzung die Verletzungen der Patienten sprunghaft und sehr erheblich in die Höhe geschossen (s. Anlage). Die Vielzahl der Verletzungen ist erschreckend und übersteigt bei weitem das erträgliche Maß.

Notgedrungen ist das Personal mehr und mehr dazu übergegangen, unruhige Patienten u. U. den ganzen Tag über im Sessel zu fixieren.

Da die Minimalbesetzung im pflegerischen und ärztlichen Bereich in den Altbaustationen VI A und VI B nicht mehr vorhanden ist, ist zur Abwendung weiterer Schäden die drastische Reduzierung der Patientenzahl in diesen Stationen zwingend geworden, d. h. deren Verlegung in Altenheime, soweit dies aus psychiatrischer Sicht möglich ist.

Wie Herr Landesdirektor Dr. Czischke in seinem Schreiben vom 19. 12. 78 hervorhob, könnten in kritischen Situationen durch OE 8/82 in Zusammenarbeit mit OE 7 erforderliche Heimplätze kurzfristig bereitgestellt werden.

Die kritische Situation ist gegeben, ein sofortiges Handeln ist erforderlich.

Rheinische Landes Klinik Bonn

Bonn, den 6. 10. 1979

Dr. Plaff

Ltd. Abteilungsärztin

Dr. Seelheim

Oberärztin

Anlage

Besondere Vorkommnisse und Verletzungen in der Abteilung 4, Gerontopsychiatrie, seit der Inbetriebnahme des Neubaus am 25. 5. 1979

25. 05. 1979: Frau T., mehrfach aus dem Bett gefallen, Hämatome und Prellungen.
26. 05. 1979: Frau T., wiederholt vom Stuhl gefallen, keine ernsthaften Folgen.
29. 05. 1979: Frau T., mehrfach zu Boden gestürzt, Prellungen.
31. 05. 1979: Herr N., gestürzt, Hämatombildung.
02. 06. 1979: Frau S., gestürzt, Hämatombildung.
05. 06. 1979: Frau R., gestürzt, Radiusfraktur links.
06. 06. 1979: Herr H., gestürzt, keine nennenswerten Verletzungen.
06. 06. 1979: Frau H., gestürzt, Hämatombildung.

07. 06. 1979: Frau R., gestürzt, Hämatombildung.
10. 06. 1979: Frau H., gestürzt, Platzwunde an der Oberlippe.
10. 06. 1979: Herr H., gestürzt, Hämatombildung.
12. 06. 1979: Frau B., gestürzt, Platzwunde am rechten Unterarm.
13. 06. 1979: Frau R., gestürzt, Oberschenkelhalsfraktur, an deren Folgen gestorben.
13. 06. 1979: Herr G., gestürzt, Hämatombildung.
13. 06. 1979: Frau S., gestürzt, Hämatom über dem rechten Hüftgelenk.
17. 06. 1979: Frau K., gestürzt, Platzwunde am Kopf.
19. 06. 1979: Frau H., aus dem Bett gefallen, keine ernsthaften Verletzungen.
22. 06. 1979: Frau S., gestürzt, Verletzung an der Nase.
23. 06. 1979: Frau E., mit dem Rollstuhl umgefallen, Schürfwunden an der Hand.
24. 06. 1979: Frau H., gestürzt, Platzwunde am Kopf.
25. 06. 1979: Frau T., gestürzt, Hämatombildung.
28. 06. 1979: Herr D., gestürzt, Platzwunde am Kopf.
28. 06. 1979: Frau M., gestürzt, Platzwunde am rechten Ellenbogen.
29. 06. 1979: Frau M., gestürzt, Oberschenkelhalsfraktur, an deren Folgen gestorben.
29. 06. 1979: Frau A., aus dem Bett gefallen, fragile Berstungsfraktur der Schädelkalotte.
01. 07. 1979: Herr N., aus dem Bett gefallen, keine ernsthaften Folgen.
03. 07. 1979: Frau B., gestürzt, Hämatombildung.
05. 07. 1979: Frau E., gestürzt, Oberarmfraktur links.
05. 07. 1979: Frau S., gestürzt, Hämatombildung.
07. 07. 1979: Frau K., gestürzt, Schürfwunde an der Stirn.
13. 07. 1979: Frau R., gestürzt, Hämatombildung.
13. 07. 1979: Frau B., gestürzt, Hämatombildung.
14. 07. 1979: Herr D., gestürzt, Platzwunde am Kopf.
14. 07. 1979: Herr W., gestürzt, Hämatombildung.
15. 07. 1979: Frau M., gestürzt, Hämatombildung am rechten Ellenbogen.
16. 07. 1979: Herr D., gestürzt, zwei Platzwunden im Gesicht.
17. 07. 1979: Herr D., gestürzt, Platzwunde an der Stirn.
20. 07. 1979: Frau B., gestürzt, Hämatombildung.
23. 07. 1979: Frau M., gestürzt, Schürfwunde an der rechten Wange.
24. 07. 1979: Frau M., gestürzt, Hämatombildung.
25. 07. 1979: Herr G., gestürzt, Schürfwunden im Gesicht.
25. 07. 1979: Herr A., gestürzt, Oberschenkelhalsfraktur, an deren Folgen gestorben.
25. 07. 1979: Herr D., gestürzt, Hämatom am Kopf.
27. 07. 1979: Frau S., gestürzt, Frakturen der 10. und 11. Rippe links.
29. 07. 1979: Frau B., gestürzt, Hämatombildung.
01. 08. 1979: Frau S., gestürzt, Hämatombildung.
03. 08. 1979: Frau S., gestürzt, Schürfwunde am Rücken.

06. 09. 1979: Frau S., gestürzt, Schädelfraktur.
07. 09. 1979: Frau L., gestürzt, Hämatombildung.
07. 09. 1979: Frau R., gestürzt, Verdacht auf Schädelfraktur.
09. 09. 1979: Frau R., gestürzt, Hämatombildung.
12. 09. 1979: Frau B., gestürzt, Platzwunde am linken Auge.
13. 09. 1979: Frau R., gestürzt, ausgedehntes Hämatom im Bereich der rechten Gesichtshälfte.
16. 09. 1979: Frau S., gestürzt, Platzwunde am Kopf.
18. 09. 1979: Frau R., aus dem Bett gefallen, Oberschenkelhalsfraktur.
20. 09. 1979: Frau F., gestürzt, Frakturen der 9. und 10. rechten Rippe.
23. 09. 1979: Frau H., gestürzt, Hämatombildung.
23. 09. 1979: Frau K., gestürzt, kleine Hämatombildung.
25. 09. 1979: Frau S., gestürzt, Prellungen und Hämatombildung.
27. 09. 1979: Herr S., aus dem Bett gefallen, Radiusfraktur; wenige Stunden später gestorben.
28. 09. 1979: Herr P., gestürzt, periorbitales Hämatom.
28. 09. 1979: Herr L., aus dem Bett gefallen, keine ernsthaften Verletzungen.
29. 09. 1979: Herr L., gestürzt, Hämatombildung.
29. 09. 1979: Frau L., gestürzt, Oberschenkelhalsfraktur.
30. 09. 1979: Frau H., gestürzt, Hämatom an der Stirn und oberhalb der rechten Orbita.
01. 10. 1979: Frau K., gestürzt, Platzwunde an der Stirn.
01. 10. 1979: Frau R., gestürzt, Hämatombildung im Gesicht.
02. 10. 1979: Frau B., Pril getrunken.
02. 10. 1979: Frau R., gestürzt, Platzwunde am rechten Ellenbogen.
04. 10. 1979: Herr W., gestürzt, Hämatom über dem linken Auge.
06. 10. 1979: Frau B., gestürzt, kleine Kopfplatzwunde.
06. 10. 1979: Herr W., gestürzt, Hämatom und Schürfwunden am Schädel.
07. 10. 1979: Herr K., gestürzt, Prellungen und Hämatom über der rechten Hüfte.

Auch Prellungen und Hämatome können ausgesprochen schmerzhaft sein und das Befinden des alten Menschen erheblich beeinträchtigen. Oberschenkelhalsfrakturen haben in der Mehrzahl der Fälle einen tödlichen Ausgang (s. o.). Zum Ausschluß oder zum Beweise einer Fraktur mußten viele Patienten geröntgt werden – eine für alte Menschen ebenfalls unangenehme Prozedur. Ferner waren bei allen Platzwunden Tetanusimpfungen erforderlich, größere Platzwunden mußten im Johannes-Hospital genäht werden.

Dr. Seelheim

Förderung und Integration behinderter Kinder

Aus dem Programm der internationalen Kommission für die Vorbereitung und Durchführung des Internationalen Jahres des Kindes in der Bundesrepublik Deutschland

Problem

In der Bundesrepublik gibt es keine exakte und umfassende Behindertenstatistik. Nach wissenschaftlichen Untersuchungen ist jedoch mit mehr als 300 000 behinderten Kindern im Schulalter zu rechnen. Es wird geschätzt, daß jedes Jahr etwa 30 000 behinderte Kinder geboren werden. Den weitaus größten Anteil bilden lernbehinderte Kinder. Daneben spielen Sprachbehinderungen, geistige und körperliche Behinderungen die größte Rolle.

Neben den statistischen Mängeln liegt die Schwierigkeit einer Situationsbeschreibung auch darin, daß es keinen exakt definierten einheitlichen Behindertenbegriff gibt. Denn die Aussagen darüber, was als Behin-

derung bezeichnet wird, hängen neben den Merkmalen der Person weitgehend auch von den allgemeinen Wertsetzungen, Erwartungen und Gewohnheiten in der Gesellschaft ab: „Entscheidend für das Entstehen von Behinderung ist das Bestehen von bestimmten gesellschaftlichen Vorstellungen darüber, was eine Behinderung ist.“ Damit ist Behinderung auch ein sozialer Tatbestand und nicht nur individuelles Schicksal.

Mit der Steigerung der Leistungsanforderungen in gesellschaftlichen Institutionen, mit dem zunehmenden Auseinanderklaffen von Merkmalen sozial benachteiligter Kinder im Verhältnis zu den technisch und wirtschaftlich bedingten Verhaltensanforderungen besteht die Gefahr, daß immer mehr Kinder als behindert definiert und aus sozialen Lebenszusammenhängen aus-

gegliedert werden. So werden Kinder mit Leistungsrückständen und Lernschwächen allzu leicht als lernbehindert abgestempelt und damit in ihren weiteren Bildungs- und Berufschancen beeinträchtigt. Demgegenüber sind jedoch die wissenschaftlichen, medizinischen und technischen Möglichkeiten zur Prävention und Therapie von Behinderungen so weit fortgeschritten, daß soziale Integration von behinderten Kindern praktisch und aktuell möglich wäre.

Aus der Sicht der behinderten Kinder bedeutet soziale Isolation, daß ihre Mitwirkung am sozialen Geschehen eingeschränkt wird, ihre Bildungs- und Entwicklungschancen beeinträchtigt und ihnen freie Handlungs- und Entfaltungsmöglichkeiten verweigert werden. Behinderte Kinder leiden nicht zuletzt darunter, daß sie von Erwachsenen mehr als andere abhängig sind und daß

sie Vorurteilen und Diskriminierungen ausgesetzt werden.

Unzureichende therapeutisch-pädagogische Förderung und soziale Ausgliederung fördern die Gefahr zusätzlicher Beeinträchtigungen und Behinderungen. Diesen Problemen mehrfach behinderter Kinder wird bisher kaum Rechnung getragen.

Von Seiten der sich als nichtbehindert verstehenden Umwelt sind folgende Reaktionsweisen auf das Behindertenproblem charakteristisch:

- Behinderte werden offen abgelehnt
 - das Behindertenproblem wird ignoriert oder verdrängt
 - Behinderte werden vorschnell und über das pädagogisch vertretbare Maß hinaus in Institutionen ausgesondert
 - Behinderte werden in sozialen Lebensbereichen isoliert (Wohnbereich, Freizeit, kulturelles Leben usw.)
 - Behinderten wird Mitleid entgegengebracht
 - durch wohlwütiges Verhalten wird versucht, Schuldgefühle zu kompensieren.
- Unwissenheit über Art und Ursache der verschiedenen Behinderungen und Verhaltensunsicherheit gegenüber Behinderten in der Öffentlichkeit tragen dazu bei, soziale Benachteiligung und Isolation von behinderten Kindern zu verfestigen und ihre Integration und Gleichberechtigung zu verhindern.

Soziale Benachteiligung und Behinderung

Der Zusammenhang von sozialer Benachteiligung und dem Auftreten von Behinderungen ist unbestritten, obwohl die offiziellen Statistiken oft ein falsches Bild von der sozialen Herkunft behinderter Kinder geben. Dies läßt sich unter anderem darauf zurückführen, daß die Unkenntnis über amtliche Hilfen in Arbeiterfamilien besonders verbreitet ist und sie daher nur unterdurchschnittlich in den Statistiken auftauchen.

Mehr als die Hälfte aller behinderten Kinder stammt aus Arbeiterfamilien. Bei den lernbehinderten Kindern sind es sogar rund 70 Prozent, aber auch unter den körperbehinderten Kindern machen Arbeiterkinder mehr als 45 Prozent, unter den sehbehinderten über 54 Prozent und unter den sprachbehinderten fast 50 Prozent aus. Die unzureichenden materiellen Lebensbedingungen von Familien mit behinderten Kindern belegen, daß soziale Benachteiligung häufig geradezu Ursache der Behinderung ist.

Forderungen

Ansätze zur Lösung der mit der Förderung von Behinderten verbundenen Probleme müssen sich an der Integration der behinderten Kinder orientieren. Diese Bemühung um Integration erfordert Konsequenzen:

- im städtebaulich-planerischen Bereich (beispielsweise hinderten-gerechter Bau von öffentlichen Einrichtungen, Schwimmbädern, usw.)
- hinsichtlich der Lokalisierung, Größe und personellen Besetzung von Behinderteneinrichtungen (keine Groß-Behindertenzentren in abgelegener Lage, sondern Wohngemeinschaften-Gruppen in den Städten und Gemeinden),
- Früherkennung und Frühförderung (beispielsweise Frühdiagnose von Risikokindern), Ausbau und volle Ausschöpfung der bestehenden Möglichkeiten zur frühest möglichen Erfassung,
- Einrichtung von Verbundsystemen zur Durchführung von Maßnahmen und Programmen für Behinderte, Verbesserung der Kooperation im gesamten Bereich der Behindertenhilfe auf allen Ebenen,
- Entwicklung von Landesbehindertenplänen und von Behindertenplänen auf regionaler und lokaler Ebene zur Abdeckung des Bedarfs,
- verstärkte Förderung der Schwerstbehinderten, beispielsweise der mehrfachbehinderten Kinder, im gesamten System der Behindertenhilfe,
- Ergänzung von Sonderprogrammen für behinderte Kinder und Jugendliche durch eine verstärkte Förderung „integrativer Programme“, die der Integration von behinderten Kindern und Jugendlichen beispielsweise in Kinder- und Jugendfreizeitanstalten, Erholungsstätten, Sportverbänden usw. dienen,
- behinderte Kinder und Jugendliche sind so weit wie irgend möglich in Regelinrichtungen gemeinsam mit nichtbehinderten Kindern und Jugendlichen zu erziehen und auszubilden. Behinderte müssen die Möglichkeit haben, gemeinsam mit Nichtbehinderten zu leben und sich die gleiche Erfahrungswelt anzueignen.

Voraussetzung ist unter anderem, daß

– Lehrer, Erzieher und Sozialpädagogen im Hinblick auf Diagnose und Behandlung eine Beratung erfahren, die auf die Besonderheiten der Behinderung der betroffenen Kinder eingeht,

– das betroffene Kind eine besondere Förderung in besonderen Problembereichen erhält, die als Alternativprogramm oder -unterricht angeboten wird.

Dabei muß im konkreten Einzelfall durch ambulante Kräfte in den Regelinrichtungen durchgeführt wird, oder ob das Kind in einer Spezialeinrichtung die erforderliche Förderung und Therapie erhält.

Die Förderstätten sollten den zentral gelegenen Regelkindergärten und -schulen angegliedert sein.

Durch die Integration von behinderten Kindern in Regelkindergärten und -schulen kann die Beziehung Erzieher/Lehrer zu Kindern verbessert werden, da der allgemeine Schlüssel verbessert wird. Dies führt zu kleineren Gruppen, die auch für behinderte Kinder erziehungsgünstiger sind.

Neben den sehr großen zentralen Diagnose- und Behandlungseinrichtungen sind zusätzlich kleinere Einrichtungen zu schaffen, die für einen Einzugsbereich von ca. 25 000 Einwohnern zuständig sind. Frühbehandlung kann dort ebenso stattfinden wie langfristige Therapie. Das behandelnde Personal soll interdisziplinär zusammenarbeiten.

Einbeziehung der Eltern in Therapie und Förderung ihrer Kinder

Eine umfassende und auf Dauer angelegte Therapie und Förderung behinderter Kinder und Jugendlicher kann nur dann gelingen, wenn Eltern bzw. die Familie möglichst früh in die Rehabilitation ihrer Kinder partnerschaftlich mit einbezogen werden, das heißt unmittelbar, nachdem eine Entwicklungsverzögerung oder Behinderung festgestellt worden ist.

Ziel aller Bemühungen dieser Art muß sein, den Familien Hilfe zur Selbsthilfe zu geben. Dadurch wird Sorge getragen, daß das Erziehungsvermögen der Familien im Interesse des behinderten Kindes gefestigt, entwickelt oder freigesetzt wird.

Fachleute sollten Therapie- und Förderprogramme nach Möglichkeit gemeinsam mit der Familie erarbeiten. Bildungseinrichtungen für behinderte Kinder und Elternhaus müssen zu einer Erziehungseinheit werden. Dies wird nur dann gelingen, wenn alle Möglichkeiten der Elternhilfe von der Information über Beratung und Anleitung sowie Mitwirkung der Eltern bis hin zu gruppen- und einzeltherapeutischen Maßnahmen ausgeschöpft werden. Als eine konkrete Forderung unter anderem muß daraus das systematische Miteinbeziehen von Sozialarbeitern/-pädagoginnen in die Elternarbeit der allgemeinen und der besonderen Erziehungseinrichtungen abgeleitet werden.

Das Recht der Eltern auf Hilfe in der besonderen Erziehungssituation eines behinderten Kindes muß sichergestellt werden. Eltern sind dazu zu befähigen, daß sie diese besondere Situation bewältigen können. Dazu ist auch notwendig, daß die Erwartungshaltung der Eltern möglichst realistisch abgeklärt wird.

Eltern behinderter Kinder benötigen nicht in der ersten Linie bis ins kleinste ausgefeilte Anleitungen und Programme zur Förderung ihres Kindes. Die Übergewichtigkeit von Förderprogrammen birgt die Gefahr in sich, daß Fachleute den Eltern immer mehr Therapie aufbürden und damit gleichzeitig die Alleinverantwortung für das gute Fortkommen des behinderten Kindes.

Eltern benötigen zunächst aber (systematische) Hilfen in der Auseinandersetzung mit der Tatsache, ein behindertes Kind zu haben. Diese Hilfen müssen – je nach Bedarf mehr oder weniger ausgeprägt – kontinuierlich gegeben werden. Denn das Akzeptieren der Behinderung des Kindes ist kein auf einen engen Zeitraum eingeschränktes Geschehen oder ein linear ablaufender Prozeß.

Bei allen Hilfen für behinderte Kinder müssen alleinerziehende Eltern, kinderreiche und sozial schwache Familien verstärkt in den Blick genommen werden. Gerade hier sind oft rein praktische bzw. finanzielle Hilfen Voraussetzung für jegliche Förderung des Kindes. Diese Hilfen sind bedarfsdeckend vor Ort zu gewährleisten. Die Förderung behinderter Kinder und Jugendlicher kann aber nur dann erfolgreich sein, wenn neben die Hilfen für die Familie ein Entgegenkommen und eine Annahmefähigkeit der übrigen Bevölkerung tritt. Öffentlichkeitsarbeit muß von der Nachbarschaft ausgehen und als Ziel die Mitwirkung der nicht behinderten Bevölkerung bei der Förderung der behinderten Kinder

anstreben. Eine möglichst bald zu verwirklichende Förderung in diesem Rahmen ist die Aufnahme von Inhalten der Behindertenproblematik in die Aus-, Fort- und Weiterbildungslehrgänge aller kinderkundlichen Berufe.

Wohnungsförderung für Behinderte Problem

Jährlich werden in der Bundesrepublik etwa 60 000 behinderte Kinder geboren. Dennoch wird diese Bevölkerungsgruppe beim Wohnungsbau kaum berücksichtigt. Es gibt beispielsweise keine DIN-Normen, die auf den Bedarf behinderter Kinder abgestimmt sind.

Der Mangel an behinderten-gerechten Wohnungen hat verschiedene Ursachen:

- T08- eine gesetzliche Meldepflicht fehlt, daher ist eine Früherfassung aller Behinderten nicht möglich. Die Folge: Bedarfspläne werden auf der Grundlage von Schätzwerten erstellt und decken somit weder quantitativ noch qualitativ den realen Bedarf;
- infolge der bestehenden Vorurteile sind nur wenige Vermieter bereit, vorhandene geeignete Wohnungen an Eltern mit behinderten Kindern zu vermieten;
- den Eltern fehlt oft der Mut, die Öffentlichkeit auf ihre Probleme hinzuweisen und ihre Rechte durchzusetzen. Eltern von behinderten Kindern sind eher dazu bereit, schwierige Wohnverhältnisse zu ertragen (ein behindertes Kind kann leichter die Treppe hinaufgetragen werden als ein behinderter Erwachsener).

Für das Kind aber haben diese unzureichenden Wohnverhältnisse schwerwiegende Folgen:

Die aufgrund der Behinderung entstandenen Entwicklungsstörungen werden durch unangemessene Wohnungen noch verstärkt, da vorhandene Fähigkeiten kaum oder gar nicht weiterentwickelt werden können. Unangemessene Wohnungen machen oft ein Verbleiben der Kinder bei ihren Eltern unmöglich. Es wird eine Heimunterbringung erforderlich. Dies wiederum bringt hohe Kosten für die Eltern und die Gesellschaft mit sich und verstärkt die Isolierung des Kindes von Familie und Umwelt. Eine Integration in die Gesellschaft wird erschwert.

Forderungen

Es müssen mehr behindertengerechte Wohnungen gebaut werden. Zu diesem Zweck sind genaue Bedarfspläne erforderlich, auf deren Grundlage im Rahmen des öffentlich geförderten Wohnungsbaus eine Quotierung von Behindertenwohnungen vorgesehen werden sollte. Die Vergabe von Zuschüssen an Bauträger sollte von der Einhaltung dieser Quotierung abhängig gemacht werden.

Die Bedarfspläne müssen auch über den Wohnungsbedarf für spezifische Behinderungsarten Auskunft geben.

Sozial- bzw. Bauämter sollten behinderten Wohnungssuchenden einen Fragebogen aushändigen, um ihre besonderen Wohnbedürfnisse festzustellen. Auf dies Weise können den Erfordernissen spezifischer Behinderungsarten entsprechende Wohnungen vermittelt oder bisherige Wohnungen entsprechend umgebaut werden.

Die Wohnungen für Behinderte dürfen nicht „im Grünen“ angesiedelt werden (Ghettobildung), sondern müssen zentral liegen und in Verbindung mit allen Lebensbereichen stehen. So sind verstärkt Behindertenwohnungen im Erdgeschoß von Mehrfamilienhäusern auszuweisen.

Behinderten-gerechte Wohnungen bleiben relativ wirkungslos, solange Spielplätze, Schulen, öffentliche Gebäude, Verkehrsmittel und Straßen nicht behindertengerecht gestaltet sind. Aus diesem Grund sind die Landesbauordnungen, soweit dies noch nicht geschehen ist, entsprechend zu ändern. Darüber hinaus sind soziale Probleme wie die Integration Behindertener, in die Ausbildungsordnungen für Architekten aufzunehmen.

Die erstellten DIN-Normen zur Beseitigung und Vermeidung architektonischer Hindernisse müssen, da sie bisher nur empfehlenden Charakter haben, als verpflichtende Vorschriften eingesetzt werden. Ihre Einhaltung ist durch die Bauaufsicht zu kontrollieren. Bei Vernachlässigung dieser DIN-Normen sind öffentliche Förderungsmittel, mit denen Behindertenwohnungen großzügig bezuschußt werden, zu entziehen.



Regierungsentwurf sieht demgegenüber generell ein Anmeldeverfahren mit z. T. erst nachträglich wirksamen Beschränkungen und Verboten vor.

2. Es wird die Einrichtung einer Sachverständigenkommission, etwa nach dem Vorbild der Zulassungskommission nach § 25 Abs. 6 Arzneimittelgesetz oder der MAK-Kommission der DFG gefordert. Begründung: die mangelnde Generalisierbarkeit des Prüfaufwands verbiete ein starres Prüf-schema und erfordere intensive Beratungsschritte mit Experten.
3. Es soll kein schematisierter Prüfaufwand festgeschrieben werden, da hierdurch leicht ein falsches Sicherheitsgefühl erzeugt werden könnte.
4. Die zuständigen Behörden müssen über eine direkte Eingriffsermächtigung zu Beschränkungen oder Verboten, etwa durch Verwaltungsakt, bei bereits in Verkehr befindlichen Chemikalien verfügen, sofern deren Gefährlichkeit erwiesen oder wahrscheinlich ist.

Auch von den Gewerkschaften wurde z. T. scharfe Kritik am Gesetzentwurf geübt. Als Kernpunkte der Kritik sind zu nennen:

1. Es fehlen eindeutige und schnell greifende Kontroll- und Eingriffsmöglichkeiten der zuständigen Behörde.
2. Die schon auf dem Markt befindlichen Stoffe sind nur unzureichend in die Prüf- und Anmeldeverpflichtungen einbezogen. Eine risikobezogene, schrittweise Prüfung auch der alten Stoffe in internationaler Zusammenarbeit wird gefordert.
3. Die Kopplung chronischer Toxizitätsprüfungen an Produktionsmengenstufen wird abgelehnt. Erfahrungen der letzten Jahre haben mehrfach gezeigt, daß gerade Stoffe mit z. T. sehr geringen Produktionsmengen, aber extrem hoher Giftigkeit, zu schwerwiegenden Erkrankungen führen können.
4. Die vorgesehenen Ausnahmeregelungen für Stoffe in den Bereichen Forschung, Entwicklung und Erprobung müssen eingeschränkt werden, da für die betroffenen Personengruppen gerade hier besondere Gefahrenpunkte liegen.
5. Es wird ein Zulassungsverfahren bei den Stoffgruppen gefordert, bei denen ein gehäuftes, überdurchschnittliches

Auftreten von Krebserkrankungen und sonstigen chronischen Schäden auftritt.

Im Hinblick auf die spezifische Gefährdungssituation von Arbeitnehmern fordern die Gewerkschaften weiterhin:

- die lückenlose Prüfung und Anmeldung aller neuen Stoffe und die Registrierung und Lokalisierung gesundheitsschädigender Arbeitsstoffe am Arbeitsplatz;
- die Errichtung eines bundesweiten Krebsregisters als Basis für eine epidemiologische Erforschung des berufsbedingten Krebsrisikos;
- einen Ausbau der Arbeitsmedizin, der Gewerbe- und Umwelttoxikologie und der Wirkungsforschung.

Die Gewerkschaften sehen in dem geplanten Gesetz ein wichtiges Stück „sozialer Strukturpolitik“, also einer Politik, die über schadensausgleichende Maßnahmen hinaus den Anspruch erhebt, einen Beitrag zur Gestaltung gesellschaftlicher Strukturen zu leisten, um sozialen Risiken vorzubeugen. Ein solches Gesetz müsse sich u. a. an einem scharf gefaßten Risikobegriff, einer gesamtökologischen Betrachtungsweise und einem langfristigen Zeit-horizont orientieren. Der vorliegende Entwurf werde diesen Ansprüchen leider in keiner Weise gerecht.

Radioaktivität als Krankheitsfaktor

**Einige Aspekte zur Auseinandersetzung über die Wirkung ionisierender Strahlen im Niedrigdosisbereich
Teil 1**

Von Uwe Schmitz

Noch 1902 hielt man eine Strahlenbelastung von 2500 R (Röntgen) für ungefährlich, 1920 wurde die Dosis auf 100 R herabgesetzt. 1931 waren noch 50 R erlaubt, 25 R waren 1936 „unschädlich“. Nachdem man sich 1956 auf 5 R geeinigt hatte, spricht man derzeit nur noch von Millirem-Werten.

Doch auch nach dieser Verminderung wird die verbleibende Strahlenbelastung noch immer bagatellisiert, zudem heißt sie nicht mehr „unschädlich“, sondern „zulässig“, wohlwissend, daß es keine noch so niedrige ionisierende Strahlung gibt, die nicht einen biologischen Effekt haben könnte.

So stellt auch die Internationale Strahlenschutzkommission (IRCP) fest: „Die IRCP ist beauftragt worden, die Bürger vor radioaktiven Schäden zu bewahren. Es wird oft behauptet, daß man das Risiko von Strahlenschäden mit den gewaltigen Vorteilen abwägen müsse. Dazu kann nur festgestellt werden, daß dieses bei unseren heutigen ungenügenden Kenntnissen überhaupt nicht möglich ist.“

Schließlich stellt die IRCP zu den letztendlich festgelegten Werten fest:

„Die Kommission ist der Ansicht, daß dieser Wert (Grenzwert von 5 rem/Jahr Ganzkörperbelastung bei beruflich strahlenexponierten Personen) einen vernünftigen Spielraum für die Atomenergieprogramme der absehbaren Zukunft schafft. Es sollte hervorgehoben werden, daß dieser Wert möglicherweise wegen der Unsicherheiten in der Abschätzung der möglichen Schäden und der wahrscheinlichen Vorteile kein richtiges Gleichgewicht zwischen Schäden und Nutzen repräsentiert.“

Die natürliche Strahlenbelastung in der BRD beträgt derzeit ca. 100 mrem, die Belastung durch Kernkraftwerke beträgt offiziell derzeit weniger als 1 mrem Ganzkörperdosis pro Jahr bei störungsfreiem Routinebetrieb.

Von der Wahrscheinlichkeit eines atomaren Unfalles abgesehen, stehen die katastrophalen Auswirkungen eines solchen Unfalles im Brennstoffkreislauf außer Zweifel.

Wenn man den Wahrscheinlichkeitsrechnungen folgen will, daß große Störfälle oder Katastrophen aller Wahrscheinlichkeit nach nicht eintreten werden (was jedoch spätestens nach Harrisburg und bei 324 gemeldeten „besonderen Vorkommnissen“ 1977 – 78 in bundesdeutschen Kraftwerken schwerfällt) so bleibt die Frage, ob die Schäden durch die Emission radioaktiver Substanzen von Atomkraftwerken und Wiederaufbereitungsanlagen so harmlos und zu vernachlässigen sind, wie es von deren Betreibern und auch den Genehmigungsbehörden immer wieder dargestellt wird.

In der Tat bleiben viele Fragen offen, liest man die Werbebroschüren der Elektrizitätsgesellschaften oder die offiziellen Bekanntgaben über Meßwerte, Strahlenschutz und radioaktive Umweltverschmutzung.

Das gesamte Spektrum der Niedrigstrahlung, der daraus resultierenden Langzeit- und Spätschäden, die Auseinanderset-



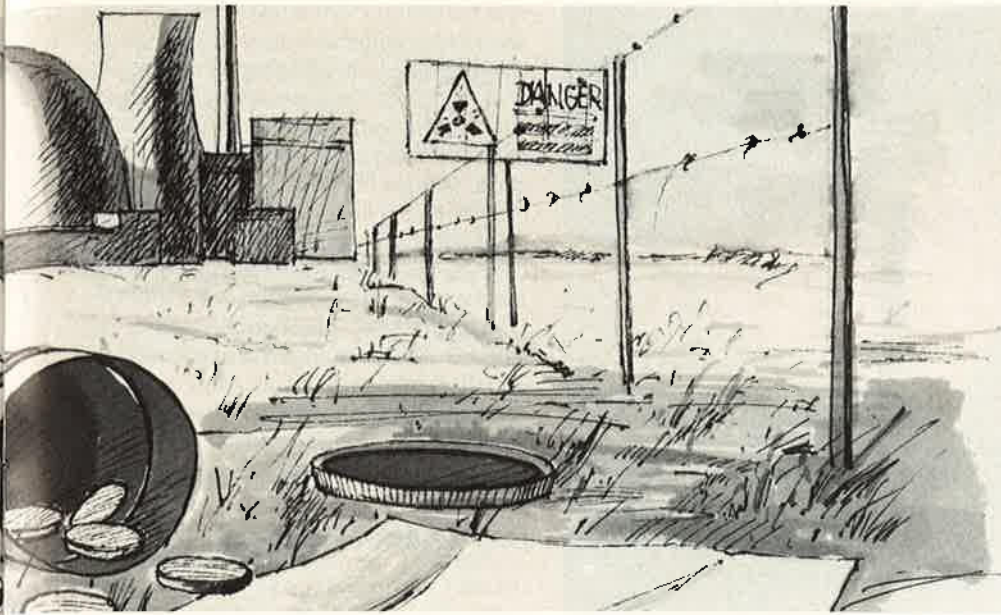
zung mit den der Öffentlichkeit angebotenen Meßwerten, die kritische Analyse deren Zuverlässigkeit und Vollständigkeit sind und bleiben daher von größtem Interesse. Aufgrund der Komplexität dieser Fragen und der Vielfalt der Probleme kann dies hier nur in gedrungener Form ausgeführt werden. Zur Erläuterung von strahlenphysikalischen und biologischen Fachausdrücken sowie zur Vermittlung entsprechender Grundkenntnisse wird auf die einschlägige Literatur verwiesen. (Siehe auch Literaturhinweise im Anhang.)

Die Quellen ionisierender Strahlen

Auf die Menschen wirkt ständig ein Gemisch ionisierender Strahlen ein, die sich aus der Höhenstrahlung aus dem Weltall, natürlich auf der Erde vorkommenden radioaktiven Substanzen (Uran, Thorium) und Radionukliden im Körper zusammensetzt. Schließlich muß zur natürlichen Strahlenbelastung auch der Beitrag jener Radioisotope gerechnet werden, die durch Höhenstrahlung über Kernreaktionen aus den Atomen der oberen Atmosphäre gebildet werden, so Kohlenstoff C-14 und Wasserstoff H-3 (Tritium). Insgesamt beträgt die jährliche natürliche Strahlenbelastung ca. 100 mrem.

Hinzu kommt nun die künstliche oder auch zivilisatorische Strahlenbelastung, herbeigeführt durch menschliche Tätigkeit in Wirtschaft, Technik, Rüstung, Wissenschaft und Medizin. Hierzu gehören, um nur einige wenige Beispiele zu nennen, der Uranbergbau, die Kernenergieverwertung durch Atomkraftwerke und Wiederaufbereitungsanlagen, Baumaterialien mit erhöhter Radioaktivität, fall-out durch Atombombenversuche (radioaktive Niederschläge), Röntgen und Isotopenuntersuchung in der Medizin und Fernsehen. Die offizielle zivilisatorische Strahlenbelastung setzt sich in der Bundesrepublik wie folgt zusammen:





Genetisch signifikante Strahlenexposition in der Bundesrepublik Deutschland 1977

1. Natürliche Strahlenexposition ca. 110 mrem/a

- 1.1 durch kosmische Strahlung in Meereshöhe ca. 30 mrem/a
- 1.2 durch terrestrische Strahlung von außen ca. 50 mrem/a
- bei Aufenthalt im Freien ca. 43 mrem/a
- bei dauerndem Aufenthalt in Häusern ca. 57 mrem/a
- 1.3 durch inkorporierte radioaktive Stoffe ca. 30 mrem/a

2. Künstliche Strahlenexposition ca. 60 mrem/a

- 2.1 durch kerntechnische Anlagen < 1 mrem/a *)
- 2.2 durch Verwendung radioaktiver Stoffe und ionisierender Strahlen in Forschung und Technik < 2 mrem/a
- 2.2.1 durch technische Strahlenquellen < 1 mrem/a
- 2.2.2 durch Industrieprodukte < 1 mrem/a
- 2.2.3 durch Störstrahler < 1 mrem/a
- 2.3 beruflich strahlenexponierte Personen (Beitrag zur mittleren Strahlenexposition des Menschen) < 1 mrem/a
- 2.4 durch Anwendung ionisierender Strahlen und radioaktiver Stoffe in der Medizin ca. 50 mrem/a
- 2.4.1 Röntgendiagnostik ca. 50 mrem/a
- 2.4.2 Strahlentherapie < 1 mrem/a
- 2.4.3 Nuklearmedizin ca. 2 mrem/a
- 2.5 Strahlenunfälle und besondere Vorkommnisse 0
- 2.6 durch Fall-out von Kernwaffenversuchen < 1 mrem/a
- 2.6.1 von außen im Freien unabschirmt < 1 mrem/a
- 2.6.2 durch inkorporierte radioaktive Stoffe < 1 mrem/a

*) Das Zeichen < bedeutet „kleiner als“

Gefährdung durch Niedrigstrahlung

Die Gefährdung des Menschen durch Niedrigstrahlung kann nur in wenigen Fällen direkt geschätzt werden. Die Berechnung der meisten Risikofaktoren beruht auf der Extrapolation (Umrechnung) von Werten, die mit meist konzentrierten und hohen Strahlendosen gewonnen wurden. Hierbei wurden die Risikofaktoren pro rd so berechnet, daß die Dosis – Effekt – Kurve linear durch den Nullpunkt verläuft. Das heißt, es gibt keinen Schwellenwert, unterhalb dessen ionisierende Strahlen unwirksam sind.

Über bedeutsame Strahlenschäden, die durch kleine Strahlendosen erzeugt werden können, gibt die folgende Tabelle Aufschluß:

Bedeutsame Strahlenschädigungen, induziert mit kleinen Strahlendosen

Wirkung	Biologische Primärprozesse	Bedeutung	Experimentell geprüfte Minimaldosis	Mutmassliche Minimaldosis
Genetische Änderungen in der Keimzelle	Gen-Chromosomenmutationen	subtile Änderungen Krankheit Missbildung Tod	8 rd	keine
Genetische Änderungen in somatischen Zellen	Gen-Chromosomenmutationen	vorzeitiger Tod (?) Krebs (?) vorzeitiges Altern (?) immunologische Störungen (?) Krankheit (?)	250 mrd	keine
Cross-over-Induktion	Heterozygotie oder Homozygotie			
Entwicklungsstörungen (Wirkung auf Embryonen und Feten)	Mutation Zellverlust Wachstumshemmung biochemische Störungen usw.	Missbildung Hemmung Krankheit Tod	5 rd	keine
Induktion von Krebs	Mutation (?) biochemische Störungen (?) Aktivierung von Viren (?)	Krankheit Tod	200 – 250 mrd (Embryo)	keine

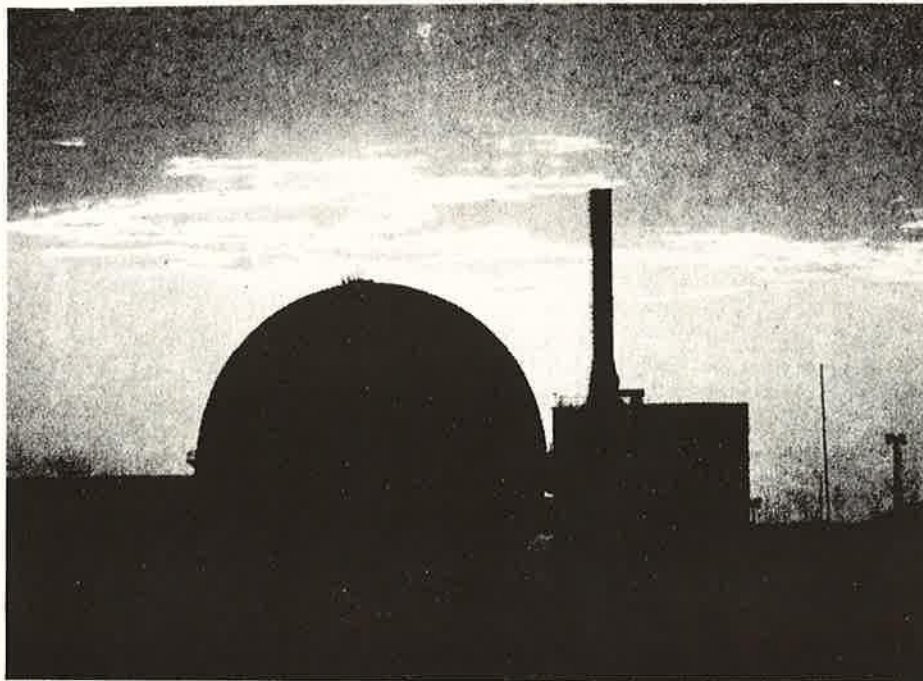
Um die mögliche Strahlenschädigung besser einschätzen zu können, sei darauf hingewiesen, daß manche Autoren der Auffassung sind, daß 40 – 50 % der Karzinome beim Menschen durch die natürliche(!) Strahlenbelastung bedingt sind. In diesem Zusammenhang ist es denn auch nicht verwunderlich, daß man bei Arbeitern der Plutoniumanlage Hanford trotz geringer mittlerer Strahlendosis ein erhöhtes Krebsvorkommen festgestellt hat. Ein hohes Leukämievorkommen wurde bei Arbeitern in einer Werft für Atom-U-Boote registriert. Nach Untersuchungen von A.M. Stewart zeigte sich, daß Krebs nicht die einzige dosisabhängige Todesursache bei Atombombenüberlebenden ist. Neben Krebs tragen nichtleukämische Blutkrankheiten am meisten zu den dosisabhängigen Todesfällen bei. Deshalb ist es

möglich, daß eine strahleninduzierte Aplasie des Knochenmarks für alle zusätzlichen Todesfälle ohne Krebs und für die meisten der myeloischen Leukämien die Ursache ist.

Eine weitere Berechnung verdeutlicht die Wirkung auch geringer Strahlendosen: R. Bertell kam zu dem Schluß, daß ionisierende Strahlung möglicherweise für den Lebenszyklus überhaupt verantwortlich ist. Alle Organismen sammeln im Laufe ihres Lebens allmählich „Irrtümer“ in ihrem Bioinformationssystem, bis sie im Normalfall unter Zunahme der Gebrechlichkeit altern und sterben. Grundgedanke seiner Untersuchung der Daten von 16 Millionen Menschen über einen Zeitraum von drei Jahren war die Tatsache, daß die nicht-lymphatische Leukämie eine Alterskrankheit ist, deren Häufigkeit in der Bevölkerung mit 5,3 % pro Lebensjahr zunimmt. Er stellte daraufhin Berechnungen an, in denen die Strahlenwirkung mit dem Alterungsprozeß verglichen wurde. Im Ergebnis ergab die Abschätzung, daß ein rad Hautdosis (was etwa 0,17 rad Knochenmarkdosis entspricht) in der Unterleibsregion mit dem durch 1 Jahr natürlicher Alterung verur-

sachten Anstieg der Leukämierate vergleichbar ist.

Desweiteren stellt sich die Frage, ob die von der IRCP angegebenen Werte eine sichere, obere Grenze angeben, zumal beobachtet wird, daß die Raten von Mammakarzinom und Lungenkrebs bei den Atombombenüberlebenden noch eine steigende Tendenz haben. Dies ist deshalb von Bedeutung, da die nach den Atombombenabwürfen erstellten Statistiken mit zur Berechnung der Werte herangezogen wurden, von denen aus die zumutbaren Werte im Niedrigstrahlungsbereich berechnet wurden. Manche Autoren schätzen, daß die IRCP-Werte mindestens um den Faktor 3 zu klein angesetzt worden sind, da die Kontrollgruppen nicht unbestrahlt geblieben sind, sondern erheblichen Fall-out-Aktivitäten ausgesetzt waren.



Umstritten ist auch der von der IRCP festgelegte Grenzwert für beruflich strahlenexponierte Personen mit 5 rem pro Jahr Ganzkörperdosis.

Die Ausnutzung dieses Grenzwertes würde nach 40 Jahre Berufsleben nach realistisch erscheinenden Schätzungen eine Wahrscheinlichkeit von 6 % für einen berufsbedingten Krebstod bedeuten, hinzu käme die gleiche Anzahl „heilbarer“ Krebserkrankungen.

Die im Hinblick auf industrielle Ballungszentren ungemein wichtige Frage nach der Kombinationswirkung Strahlung und konventionellen Schadstoffen ist heute noch nicht zufriedenstellend zu beantworten, da diesbezügliche Untersuchungen fehlen. Bekannt ist die multiplikative Wirkung bei Rauchern unter Uranbergwerksarbeitern. Die zu erwartenden Synergismen bleiben derzeit bei der Risikobeurteilung von Kernkraftwerken völlig unberücksichtigt.

Alle wesentlichen Untersuchungen und Experimente können hier nicht wiedergegeben und erörtert werden; zusammenfassend kann jedoch gesagt werden, daß eine wesentlich höhere Schädwirkung auf den Menschen durch niedrige Strahlung vorliegt, als aufgrund der seitherigen Berechnungen nach Erfahrungen mit hohen Dosen angenommen wurde. Hierzu gehört auch das Zusammenwirken der Anreicherung mancher Nuklide in kritischen Organen des menschlichen Körpers.

Die Wirkung inkorporierter Radionuklide

Eine radioaktive Verseuchung von Luft, Boden und Wasser als Folge der Atombombenversuche und als Folge der Emission von kerntechnischen Anlagen, verur-

sacht außer einer äußeren Bestrahlung auch eine Bestrahlung von innen, sofern die radioaktiven Stoffe in den menschlichen Körper aufgenommen werden. Schäden durch Emission radioaktiver Substanzen werden von den Betreibern von Atomkraftwerken und auch von den Genehmigungsbehörden immer wieder verharmlost, weil die Messungen anscheinend nur geringfügige Werte ergeben. Dabei beziehen sich diese Meßwerte immer lediglich auf Kernkraftwerke im störungsfreien Normalbetrieb. In die Gesamtschätzung des Risikos müßten jedoch auch andere kerntechnische Anlagen, vor allem die Größenordnungen der geplanten Wiederaufbereitungsanlagen – und zwar international – mit einbezogen werden. Bei der geplanten Expansion der Kernenergiewirtschaft ist mit einer zunehmenden Emission zu rechnen. Eine Wiederaufbereitungsanlage beispielsweise gibt das 10 – 1000fache an radioaktiven Substanzen an die Umwelt ab wie alle von ihr betreuten Kernkraftwerke zusammen.

Auch bei der Emission von „zulässigen Mengen“ gelangen die radioaktiven Substanzen in die biologischen Systeme und werden dort angereichert. Hierdurch kommt es zu deren millionenfacher Vermehrung, die direkt oder indirekt wieder in unserer Nahrung zum Tragen kommt.

Bei Euratom in Luxemburg sind 263 Strahlerpartikel registriert, in bundesdeutschen Kernkraftwerken werden jedoch nur 22 deklariert, in krassen Fällen sogar nur 5 (!) gemessen und angegeben.

Für die biologische Strahlenwirkung ist die im Körper absorbierte Dosis maßgebend, wobei es unwesentlich ist, ob der Mensch die Strahlung von außen oder innen erhält.

Aus mehreren Gründen können jedoch in den Körper aufgenommene (inkorporierte) Radionuklide wesentlicher schaden. Alpha- und Beta-Strahlen schädigen infolge ihrer intensiven Wechselwirkungen mit Materie biologisches Gewebe besonders stark. Wegen ihrer geringen Reichweite sind sie für die äußere Bestrahlung von geringer Bedeutung, bei innerer Bestrahlung hingegen belasten sie Zellen und Gewebe aus nächster Nähe extrem hoch. Für den Menschen von besonderer Bedeutung sind z.B. Anreicherungen von radioaktivem Jod (Schilddrüse), Radium oder Strontium, Cäsium (Knochen), Tritium, Krypton, Kohlenstoff C-14, und Plutonium.

Das Tritium-Problem

Bei der Freisetzung von Radionukliden aus kerntechnischen Anlagen wird Wasserstoff – 3 (Tritium) immer ausgeklammert. Es gibt derzeit keine wirtschaftlichen Möglichkeiten, Tritium auszuschleiden, abzufiltern oder auf sonstige Art und Weise zurückzuhalten, daher wird es zur Gänze in die Umwelt abgelassen. Es entweicht aus jedem Tank, es diffundiert durch jeden Stahl, kein Beton und keine Schutzhülle kann es am Entweichen in die Atmosphäre hindern. Hinzukommt, daß Tritium nur sehr schwer zu messen ist, da es ein nur sehr schwacher β -Strahler ist. Deswegen wurde es lange Zeit bagatellisiert, doch ist es als Isotop des Wasserstoffs sehr gefährlich, da es anstelle des Wasserstoffs leicht in den Körper eingebaut werden kann und oft nur sehr langsam wieder vom Körper abgegeben wird. So kann es auch in die Chromosomen eingebaut werden und kann so das Erbgut mit bis zu 50 000-fach höherer Strahlenwirkung belasten, als wenn es als Wasser vorliegen würde.

Tritium wird über Wurzeln von Pflanzen aufgenommen und gelangt so ebenso wie über den Wasserkreislauf in die Nahrungskette.

Im Umkreis von AKWs ist Tritium gehäuft aufgetreten. Es ist jedoch nicht meßbar, wenn man nicht gezielt danach forscht. In deutschen Atomkraftwerken wird Tritium nur in der Abluft und in den Abwässern gemessen, jedoch wird die Meßgenauigkeit durch die Anwesenheit von Edelgasen schwerwiegend beeinträchtigt. Insgesamt muß man davon ausgehen, daß bei den bisherigen Meßmethoden gefährliche Substanzen wie Tritium gar nicht oder nur völlig unzulänglich erfaßt wurden. Da sich Tritium ohnehin durch die Kernwaffenversuche bereits überall findet (fall-out), wird häufig so argumentiert, als sei das Tritium ohnehin nicht durch die Atomenergiewirtschaft zu verantworten; nicht zuletzt durch sie muß mit einem erneuten Anstieg von Tritium gerechnet werden.

Da eine umfassende Darstellung der Risiken ionisierender Strahlen den Rahmen der Zeitschrift sprengen würde, werden wir an dieser Stelle in Fortsetzungen weitere Artikel veröffentlichen. (Teil 2 in dg 2/80)

Bücherliste

Einige Bücher zum Thema Radioaktivität und Umwelt

1. Strahlengefährdung, Strahlenschutz, Ein Leitfaden für die Praxis
Hedi Fritz-Niggli
Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien
 2. Radioaktivität und Umwelt
P. Weish, E. Gruber
Gustav Fischer Verlag, Stuttgart
 3. Friedlich in die Katastrophe
Holger Stroh
Eine Dokumentation über Kernkraftwerke
Verlag Association, Hamburg
 4. Atomenergie oder Ein Weg aus der Krise?
Ewald Gaul
Von der lebensbedrohenden Leichtfertigkeit der Energieplaner etc.
rororo aktuell, Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg
 5. Zum richtigen Verständnis der Kernindustrie
66 Er widerungen
Autorengruppe des Projektes SAIU an der Universität Bremen
Oberbaumverlag, Berlin
 6. Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich
Autorenkollektiv; durchgeführt im Auftrag des Bundeskanzleramtes am Institut für Höhere Studien und Wissenschaftliche Forschung,
Montan-Verlag, Wien
 7. Energiekrise und Bonner Atomprogramm
Kurt Steinhaus, Jörg Heimbrecht
Reihe Marxismus aktuell
Verlag Marxistische Blätter, Frankfurt/M.
 8. Abschätzung der Strahlenrisiken
Veröffentlichungen der Internationalen Strahlenschutzkommission IRCP
Gustav Fischer Verlag, Stuttgart
 9. Schutz gegen ionisierende Strahlen aus äußeren Quellen
ebenfalls IRCP
 10. Medizinische Strahlenkunde
O. Hug
Eine biophysikalische Einführung für Studierende und Ärzte
Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York
 11. Atomkraftwerksgefahren aus ärztlicher Sicht
Hermann Kater
Sponholtz Verlag, Hameln
 12. Atomkraft für Anfänger
S. Croall und K. Sempler
Sach-Comic
rororo Sachbuch, Rowohlt, Reinbek
- In den meisten dieser Bücher, die eine rein zufällige Auswahl aus dem breiten Spektrum der Veröffentlichungen darstellen, finden sich reichhaltige weiterführende Literaturangaben und Hinweise auf weitere zu diesem Themenkomplex veröffentlichten Bücher.

TERMINE

- 15.—18.5.1980 Mannheim
DGSP „Ausgrenzen oder sich ertragen – der Beitrag der Gemeinde zur Auflösung der Großkrankenhäuser“.
Auskunft: DGSP Geschäftsstelle, Hindenburgstr. 1, Postf. 1253, 3050 Wunstorf 1, Tel. 05031/4978
- 12.—17.5.1980 Westberlin
83. Deutscher Ärztetag
Auskunft: Kongressbüro d. Bundesärztekammer, Postf. 410220, 5000 Köln 41
- 14.—18.5.1980 West-Berlin
Gesundheitstag 1980
Auskunft: Gesundheitsladen Berlin e.V., Kantstr. 148, 1000 Berlin 12
Tel. 030/317076 ab 17.00 Uhr
- 21.4.—3.5.1980 Lindau
30. Lindauer Psychotherapiewochen 1980
Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewochen, Orlandostr. 8/IV., 8000 München 2
- 1.3.1980 Berlin
„Psychische Störungen und Schule“
Auskunft: Prof. Dr. M. Wolter, Schloßpark-klinik, Heubnerweg 2, 1000 Berlin
- 16.4.1980 Saarbrücken
„Neue Aspekte und Methoden der Psychotherapie“
– Alternative Lebensformen in psychosomatischer und ökologischer Sicht – Über „Kränkung“ in Kommunikation und Konflikten“.
Auskunft: Ärztekammer d. Saarlandes, Postfach 23, 6600 Saarbrücken
- 20.—23.2.1980 Frankfurt
Vierter Frankfurter Fortbildungskurs für Sexualmedizin.
Auskunft: Prof. Dr. med. V. Sigusch, Theodor-Stern-Kai 7, Haus 60, 6000 Frankfurt 70
- 1.6.1980
Sozialwahlen der Selbstverwaltungsorgane
in der Krankenversicherung, Unfall- und Rentenversicherung.
- 8.—14.6.1980 West-Berlin
9. o. ÖTV-Gewerkschaftstag
- 25.—26.2.1980 West-Berlin
Wissenschaftliches Symposium des Bundesgesundheitsamtes „**Probleme der arzneimittelbedingten Oculotoxizität**“.
Auskunft: Dr. P. Grosdanoff, Stauffenbergstr. 13
Institut für Arzneimittel, 1 Berlin 30

- 27.—29.2.1980 West-Berlin
Wissenschaftliches Symposium des Bundesgesundheitsamtes „**zur Problematik von Kanzerogenitätsstudien bei Arzneimitteln: Ziel, Durchführung und Bewertung**“
Auskunft: Dr. P. Grosdanoff. s.o.
- 19.—21.3.1980 Hannover
Fachtagung Krankenhaustechnik „Medizinische Geräte im Krankenhaus“
Auskunft: Prof. Dr. O. Anna, Postfach 610324, 3000 Hannover 61
- 6.5.—9.5.1980 Amsterdam
9. Weltkongreß für die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten
- 18.—22.2.1980 West-Berlin
Erster gemeinsamer Kongreß der deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) und der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie.
Thema: Klinische Psychotherapie und Psychologie
Ort: Frei Universität Berlin
Auskunft: DGVT, Postfach 1343, 74 Tübingen
Tel. 07071/32697

TERMINE:

Wir veröffentlichen kostenlos den Leserkreis interessierende Terminbekanntgaben; an die Redaktion unter dem Stichwort „TERMINE“.

KLEINANZEIGEN

Private Kleinanzeigen von Abonnenten werden kostenlos veröffentlicht. Für Nicht-Abonnenten gilt ein Zellenpreis von 5 DM, Zeile a 35 Anschläge, möglichst Maschinen- oder Druckschrift, an die Redaktion unter dem Stichwort „KLEINANZEIGE“. Die Redaktion behält sich vor, Anzeigen abzulehnen. (Bitte Abo-Nr. angeben)

PRAXISVERTRETER(IN) für die Zeit vom 14.7.80 bis 8.8.1980 gesucht. —

Dr. med. Wolfgang Hühn, Frankfurter Str. 90, 6330 Wetzlar, 06441/74456.

Suche Material zum Thema KIRCHE UND GEWERKSCHAFTEN. — An d. Red. unter 801.

„Medizynisches“

VS — Nur für den Dienstgebrauch

Der Bundesminister des Inneren erläßt zum Schutz der Bewohner im Umkreis von Anlagen zur Erzeugung elektrischer Energie aus Kernspaltungsprozessen — im folgenden kurz „Kernkraftwerke“ — im Falle einer Störung beim Betrieb einer der obengenannten Anlagen, die mit dem Austritt erheblicher unzulässiger Mengen radioaktiver Substanzen verbunden sind — im folgenden kurz „Katastrophenfall“ — die folgende

Rahmenverordnung zum Schutz vor Folgen großer Störfälle in kern-technischen Energieerzeugungsanlagen — KKWKatSRVO — .

Abschnitt 1: Katastrophenfall

§ 1

Ein Katastrophenfall im Sinne dieser Verordnung liegt vor, wenn in der Umgebung eines Kernkraftwerkes im Freien befindliche Personen aufgrund einer technischen Störung beim Betrieb dieser Anlage eine Ganzkörperbestrahlung von mindestens 50 rem erhalten. Geringere Strahlendosen sind aufgrund dieser Verordnung als unbedenklich anzusehen.

Zitat aus dem Fessenheimer „KatS-Plan“:
„... Dosen zu ca. 50 rem (können) im allgemeinen als verhältnismäßig unbedenklich angesehen werden... In solchen Fällen ist allerdings von der Zeugung von Kindern in den nachfolgenden Wochen abzuraten.“ Die vorgeschriebenen Grenzwerte für den Normalbetrieb von Kernkraftwerken liegen um etwa das Tausendfache niedriger!

§ 2

Die Feststellung des Katastrophenfalles erfolgt durch Strahlungsmessungen im Umkreis des Kernkraftwerkes, sobald der Betreiber der Anlagen seiner Verpflichtung zur Meldung des Vorliegens eines Störfalles nachgekommen ist.

Ob er dies so gesetzestreu täte, darf bezweifelt werden; vergleiche etwa die Seveso-Katastrophe, bei der das verantwortliche Hoffmann La Roche-Tochterunternehmen erst nach etlichen Stunden die Behörden informierte — oder den Zwischenfall im Kernkraftwerk bei Harrisburg, wo die Bedienungsmannschaft den kritischen Zustand der Anlage mehrere Stunden lang gar nicht erkannte!

§ 3

Die örtlichen Polizeikräfte sind mit der Durchführung der in § 2 genannten Messungen zu beauftragen. Die hierzu erforderliche Ausbildung und Ausrüstung ist als gegeben anzusehen.

Beispiel Fessenheim: Auf die Mitteilung eines Störfalles hin soll hier zunächst die Radioaktivität von Boden und Wasser bestimmt werden; Dauer: mindestens 1 Stunde! Bei dem dort häufigen Südwestwind mit durchschnittlich 18,4 km/h hätte die radioaktive Wolke nach Abschluß dieser Messungen schon fast die Großstadt Freiburg erreicht. — Zu dem 2. Satz ein Zitat aus dem Anhang zum „KatS-Plan“: „Die Wasserschutzpolizei im Regierungsbezirk Freiburg verfügt weder über Strahlenschutz-ausstattungen noch im Strahlenschutz ausgebildete Beamte.“

Abschnitt 2: Sicherheitsmaßnahmen

§ 4

Nach Feststellung des Katastrophenfalls (§§ 1 bis 3) ergeht unverzüglich eine Warndurchsage über Lautsprecher an die Bevölkerung. Diese ist darin unter anderem aufzufordern, sich in geschlossene Räume zu begeben, die Kleidung zu wechseln, sich gründlich zu duschen oder zu waschen sowie Ruhe und Ordnung zu bewahren.

Der Inhalt der Warndurchsage entspricht dem Fessenheim-Plan (Auszüge aus dem dort vorgeschriebenen Text). — Falls Grund- und Flußwasser nicht schon vom KKW radioaktiv verstrahlt sind, dann erfolgt dies spätestens jetzt bzw. durch die später vorgesehene „Dekontamination“. Der so mit radioaktivem Abwasser verseuchte Rhein ist beispielsweise Trinkwasserreservoir für 8 Mio. Menschen!

§ 5

Einzelpläne zur Sperrung der Straßen und Wege in der Umgebung des Kernkraftwerkes sind vorsorglich zu erstellen. Bei den Absperurmaßnahmen ist die Polizei durch Bundeswehr und Stationierungstreitkräfte zu unterstützen.

Die — z.B. im Freiburger „KatS-Plan“ tatsächlich vorgesehene — „Unterstützung“ dürfte wohl nicht nur der Verkehrsregelung dienen; immerhin sind hochbestrahlte Personen eine Gefahr für andere. Die Mitteilung Strohms (2) über Manöver in Schleswig-Holstein, bei denen die Betroffenen im Sperrgebiet eingeschlossen werden sollten, ist daher nicht so unglaublich, wie sie zunächst scheint.

SEVESO ?

§ 6

Übersteigt die empfangene Ganzkörperdosis 100 rem, so ist im Umkreis von 8 km um das Kernkraftwerk eine Evakuierung durchzuführen.

Die den Evakuierungsabsichten zugrundeliegende Überlegung, daß nur rechtzeitige Räumung von gefährdeten Gebieten einen wirklichen Schutz darstellt, wird durch die Detail-Vorschriften ad absurdum geführt: So sieht etwa die offizielle „Deutsche Risikostudie Kernkraftwerke“ (3) die Evakuierung 2—14 Stunden nach Mitteilung des Störfalles, in einem Gebiet von maximal 8 km vom Kraftwerksstandort entfernt vor!

Dieses Gebiet wäre z.B. bei Windstärke 3 schon nach etwa 1/2 Stunde radioaktiv verseucht, die Evakuierung also sinnlos (vgl. die Anmerkung zum vorangegangenen Paragraphen).

Abschnitt 3: Medizinische Versorgung

§ 7

Ärzte und Pflegepersonen aus der Umgebung sind zur Versorgung akut Strahlenkranker heranzuziehen. Der unverzügliche Transport gefährdeter Personen in die Strahlenschutzabteilungen der umliegenden Krankenhäuser ist zu veranlassen. Bezüglich der Zahl und Ausrüstung des medizinischen Personals sowie der Kliniken findet § 3, Satz 2 entsprechende Anwendung.

Beispielsweise würde die Erstversorgung von 2 Millionen Menschen (Hamburg liegt 30 km vom KKW Stade, der Großraum Frankfurt etwa 50 km von Biblis entfernt) bereits tausende Ärzte erfordern! – In Freiburg (175 000 Einwohner) gibt es 7 (!) Ärzte mit Strahlenschutz Erfahrung, von denen bei einem Test der Bürgerinitiative nur einer an beiden Testtagen erreichbar war. Im Regierungspräsidium Freiburg konnten 1977 35 Menschen mit leichten und mittelschweren Strahlenschäden behandelt werden, für schwere Strahlenunfälle gab es in ganz Baden-Württemberg kein Krankenhausbett.

§ 8

In allen als Wahllokalen dienenden Räumlichkeiten sind Depots mit Kaliumjodid-Tabletten anzulegen, die im Katastrophenfall an die Bevölkerung ausgegeben werden. Eine rechtzeitige Einnahme der Tabletten durch gefährdete Personen ist sicherzustellen.

Dies ist die wohl meistdiskutierte und sinnloseste Maßnahme aller Katastrophenschutzplanung. KJ-Tabletten schützen die Schilddrüse nur vor der Zerstörung durch radioaktives J-131, wenn sie spätestens 1/2 bis 1 Stunde vorher eingenommen werden (also vor dem KKW-Unfall!). Außerdem bestehen – soweit bisher bekannt – die erforderlichen Depots nirgends. Sie wären auch nicht erreichbar für einen Bürger, der polizeilich aufgefordert wurde, sich im Keller seines Hauses aufzuhalten.

§ 9

Die zur Behandlung erkrankter Personen erforderlichen Medikamente und medizinischen Hilfsmittel sind in ausreichender Menge bereitzuhalten.

Eine solche Bestimmung gibt es – wohlweislich – nicht: Zur Versorgung von 2 Millionen Menschen (s.o.) wären z.B. täglich ca. 10 Millionen Mullbinden und je 4 Millionen Ampullen Breitbandantibiotika, Analgetika und Atemanaleptika erforderlich (2)!

Abschnitt 4: Schlußbestimmungen § 10

Die zuständigen Behörden sind gehalten, auf der Grundlage dieser Verordnung Katastrophenschutzpläne für jedes Kernkraftwerk zu erstellen. Diese unterliegen der Geheimhaltung.

Ebenso wie diese fiktive „RVO“ werden „KatS-Pläne“ – soweit es sie überhaupt gibt! – vor den Betroffenen geheimgehalten. Fürchtet man eine über soviel zuverlässigen „Schutz“ empörte Bevölkerung?

Die oben skizzierte „Verordnung“ ist nur fiktiv, das Bundesinnenministerium hat sie nicht erlassen. Aber sie ist deswegen keineswegs realitätsfern. Sie könnte den bisher bekanntgewordenen Strahlenschutzplänen zugrundegelegt haben, so dem 1977 von Umweltschutzinitiativen veröffentlichten – geheimen! – „Besonderen Katastrophenschutzplan für die Deutsche Umgebung des Kernkraftwerkes Fessenheim/Elsaß (KatS-Plan KKW Fessenheim) des Regierungspräsidiums Freiburg (1).

Literatur

- (1) KatS-Plan KKW Fessenheim – veröffentlicht, kommentiert. Broschüre der Gewaltfreien Aktion Freiburg und des Arbeitskreises Umweltschutz der Universität Freiburg 1977.
- (2) Bei Unfall: Krieg. Von Holger Strohm, Konkret.
- (3) Deutsche Risikostudie Kernkraftwerke. Eine Untersuchung zu dem durch Störfälle in Kernkraftwerken verursachten Risiko. Hrsg.: Der Bundesminister für Forschung und Technologie. Verlag TÜV Rheinland. Bonn 1979

Nils Greve

Rotbuch

Jean Carpentier Aufwiegelung zur Gesundheit

Aufzeichnungen eines
französischen Kassenarztes

Rotbuch 217 · 160 Seiten
DM 9 (Abo 8)

Jean Carpentier ist seit 10 Jahren Arzt im Pariser Arbeiterviertel Corbeil. Er schildert seine Probleme mit der Rolle, in die der Arzt in unserer Gesellschaft eingezwängt wird und seine Versuche, eine am Menschen mit all seinen Problemen orientierte Medizin durchzusetzen. Er analysiert die Krankheit als Rebellion des Körpers, als Ausdruck der Angst vor sozialen Zuständen, die nicht mehr verarbeitet werden kann.

Meine Kranken

Mein Arzt

Da fängt es schon an mit den Fallen.

Da steckt schon der Gedanke
des Besitzergreifens drin.

Ich denke dabei an den Eindruck,
den der Kranke hat,
daß sich nämlich der Arzt einzig
und allein um ihn kümmert.

Versuche ich als Arzt, mich immer
gleich zu verteidigen?

Vielleicht ist etwas dran, aber...

Kursbuch 58 Karrieren

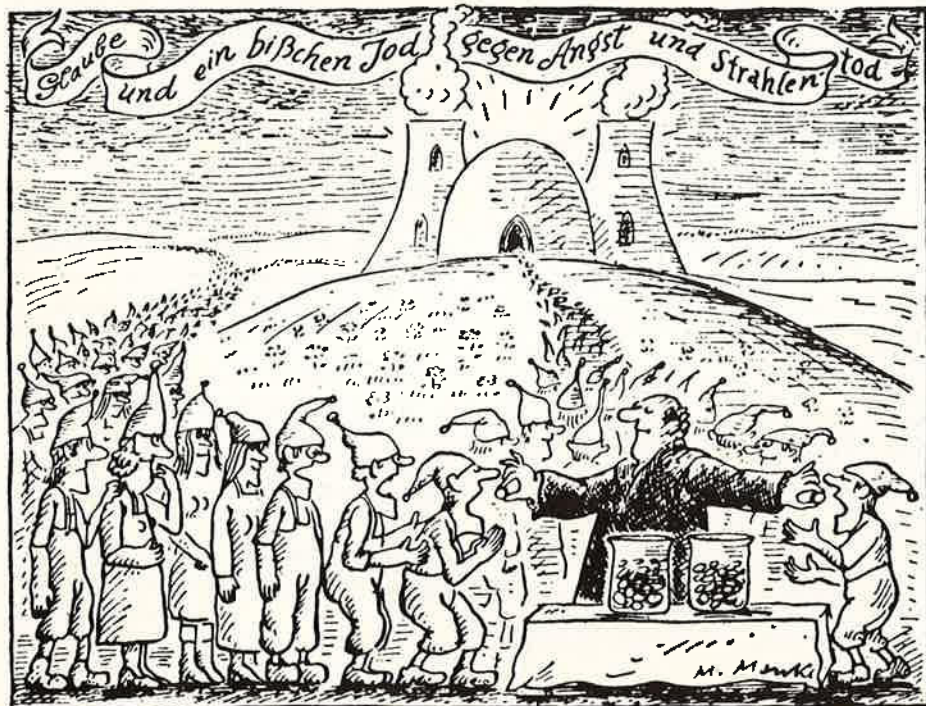
192 Seiten · DM 8 (Abo 6)



Hier wird weniger eine Phänomenologie heutiger (positiver und negativer) Karrieren geliefert als den Kosten von Karrierevolzug und Karriereverweigerung nachgegangen – bei Männern und Frauen und Jugendlichen.

Vatis Argumente / Eigentlich bin ich kein Karrieretyp / Versuch, eine Karriere in Nichts aufzulösen / Jahrgang 1949 – so alt wie die Republik / Über den Widerspruch von Weiblichkeitsrolle und Karriere / Größen- und Allmachtsphantasien / Über die Kosten eines Traumberufs / Deutsche Karrieren.

Wer mehr über unsere Bücher wissen möchte, der schreibt am Besten an den Verlag. Dann kriegt man den kostenlosen Almanach »Das kleine Rotbuch«. Postkarte genügt:
Rotbuch Verlag · Potsdamer Straße 98
1000 Berlin 30



Verunsicherung, Vereinsamung, Dauerstreß

Situationsbericht nach 1 1/4 Jahr Ausbildung an der MTA-Schule Bonn

Von Anfang an wiesen uns die Lehrkräfte ständig auf die Examensprüfung hin und setzten vermehrt Leistungskontrollen ein, so wurde in den meisten Fächern stündlich abgefragt und zwar einzeln, vorn am Pult, meist ca. 15 Min. Dieser Dauerstreß führte dann unter den SchülerInnen zu Gewichtsabnahme, Kreislauf- und Schlafstörungen, Selbstmordgedanken und Magengeschwür. In einigen Fällen haben die behandelnden Ärzte auf den Zusammenhang von Erkrankung und Schulbesuch hingewiesen.

Solche Bedingungen verschärfen die Konkurrenz untereinander und führen jeden in die Isolation. Ich sehe statt dessen für meine Berufstätigkeit die Notwendigkeit, nicht gegen sondern mit meinen KollegInnen zusammenzuarbeiten und möchte, daß das auch in der Ausbildung zwischen den SchülerInnen möglich wird.

Medizinische Terminologie setzt Patienten wie auch Schüler herab und nimmt beiden die Möglichkeit zu begreifen. Die Unsitte, schon ab den ersten Unterrichtsstunden die Schüler mit Fremdwörtern zu bombardieren, ist einigen Dozenten nicht einmal nach mehrfachen Bitten abzugewöhnen gewesen. Es sei darauf hingewiesen, daß der Ausbildungszweig für Realschulabsolventen gedacht ist, und daß Fragen wie: „Wer hat denn hier kein Abi?“ nicht nur unangebracht, sondern vor allem diskriminierend sind.

Fachausdrücke sind in sinnvollem Maß zur eindeutigen Verständigung erforderlich, sollen aber nicht dazu dienen, Nichtakademikern die Mißachtung auszudrücken.

- Diffamierende Anspielungen auf Intimsphäre der SchülerInnen
- massive Drohungen, morgendliche Verspätungen im Beurteilungsbogen zu vermerken

- Tests werden manchmal von nicht kompetenten Personen korrigiert und bewertet, d.h. sachliche Fehler können auftreten, da die entsprechende Person nicht über den Unterrichtsstoff informiert ist.
- an manchen Praktikumsplätzen wird die Schülerin zur Aufrechterhaltung des Routinebetriebs eingesetzt. Somit ist es unmöglich, mehrere Techniken zu erlernen.
- die Verweigerung einer Klassenarbeit kann zum Ausschluß vom Examen führen (Auf Antrag der Lehrerkonferenz).

So konnte vor 2 Jahren ein ganzer MTRA-Jahrgang noch gerade davor bewahrt werden, nach 1 1/2 Jahren Ausbildung mit leeren Händen dazustehen.

Bei über 10 % Fehlstunden je Fach erfolgt keine Zulassung zum Examen. Die Tatsache, daß es für jeden Schüler individuell verschiedene Lernmethoden gibt, bleibt unberücksichtigt.

Da in der Endprüfung ohnehin der gesamte Stoff von zwei Jahren geprüft wird, ist dadurch eine ausreichende Lernkontrolle gegeben.

Beurteilungsbögen über abgeleistete Praktika ermöglichen keine individuelle Beurteilung und dienen nur als Druckmittel. Der Schülerin ist in der Regel nicht bekannt, wer ihre Beurteilung abgibt. Sie hat lediglich am Ende des Semesters die Möglichkeit, kurz in den Bogen einzusehen.

Vorschläge zur Reform der MTA-Ausbildung

Mehr Mitbestimmung

Die Kritik an unserer Ausbildung verpuffte bisher, weil sie lediglich im privaten Bereich oder unter den SchülerInnen laut wurde. Eine Schülervertretung gibt es nur in Form eines Kurssprechers, der mehr für die Bewältigung organisatorischer Probleme der Schulleitung, als für die Interessenvertretung der Mitschüler (-innen) gewählt wird. Da es sich bei der MTA-Ausbildung nicht um eine Lehre handelt, kann kein Jugendvertreter gewählt werden und es besteht auch nicht die Möglichkeit, sich gewerkschaftlich zu organisieren.

Die MTA-Schüler sind weder bei den allgemeinbildenden noch bei den berufsbildenden Schulen einzugliedern. Es besteht zwar die Möglichkeit sich der Landesschülervertretung anzugliedern, doch ist fraglich, in wie weit Schüler von allgemeinbildenden Schulen die Problematiken der MTA-Ausbildung nachvollziehen können.

Die rechtliche Interessenvertretung bleibt ungeklärt. Wünschenswert wäre eine Schülervertretung, die nicht nur bloßes Mitspracherecht, sondern ein echtes Mitbestimmungsrecht hat.

Gesetzlich geregelte Ausbildung für Lehr-MTA's!

Ein erschreckendes Manko an unseren Ausbildungsstätten ist die fehlende und nicht gesetzlich geregelte Ausbildung der

Die Ausbildung zu med.-techn. Laboratoriumsassistenten (MTA) und med.-techn. Radiologieassistenten (MTR) erfolgt nach den Bestimmungen des Gesetzes vom 8. September 1971 und der dazu erlassenen Ausbildungs- und Prüfungsordnung vom 20. Juni 1972.

Die Lehrgänge dauern 2 Jahre; sie werden mit einer Prüfung vor einem staatlichen Prüfungsausschuß abgeschlossen. Anschließend erhalten die Schüler die staatliche Erlaubnis zur Ausübung einer Tätigkeit als MTA bzw. MTR.

Im ersten Ausbildungshalbjahr ist der Unterricht für Laboratoriums- und Radiologieschüler gleich.

Die Ausbildung erfolgt vormittags und nachmittags, praktisch und theoretisch. Die Schüler erhalten im Sommer 4 Wochen Ferien, zu Weihnachten und Ostern insgesamt noch weitere 2 Wochen.

Das sechswöchige Krankenpflegepraktikum wird während der zweijährigen Ausbildungszeit geleistet.

Die Hauptarbeitsgebiete der MTA sind: Klinische Chemie, Hämatologie, Med.-Mikrobiologie, Serologie.

Die Hauptarbeitsgebiete der MTR sind: Röntgendiagnostik, Strahlentherapie, Nuklearmedizin.

*Aufnahme
Gesetzlich vorgeschriebene Mindestbedingung zur Aufnahme ist eine abgeschlossene Mittel-*

schulbildung oder eine mindestens gleichwertige Schulbildung.

Die Auswahl der aufzunehmenden Schüler erfolgt auf der Grundlage des Schulabgangszeugnisses und im Bedarfsfall einer Eignungsprüfung. Besonderer Wert wird auf gute Leistungen in Deutsch, Mathematik und den naturwissenschaftlichen Fächern gelegt.

Das Abgangszeugnis der Mittelschule reicht heute schon nicht mehr aus. Es existieren oft lange Wartelisten für die Nichtabiturienten, manche beginnen erst eine Arzthelferinnenlehre oder leisten ein Vorpraktikum in den Labors der Universität ab. Die Vorpraktikanten bekommen für die gleiche Arbeit wie die ungelernten Kräfte weniger Lohn und haben noch dazu keine Garantie, daß sie nach einem Jahr unterbezahlter Arbeit tatsächlich einen Ausbildungsplatz bekommen.

*Kosten
An den privaten Lehranstalten werden ungefähr 120,- bis 240,- DM monatlich verlangt. Das richtet sich u.a. danach, ob auch eine Internatsunterbringung (bis 600,- DM) angeboten wird.*

Die staatlichen Schulen verlangen kein Schulgeld. Von den Schülern sind die Kosten für Lehrbücher und sonstige Lernmittel zu tragen. Für Laborgeräte, die durch eigenes Verschulden beschädigt werden, ist Ersatz zu leisten. Die Ausbildung wird nach dem Bundes-Ausbildungsförderungsgesetz (BAFöG) gefördert.

Lehrkräfte. Die Ausbildung zur Lehr-MTA ist immer noch den finanziellen Verhältnissen und dem persönlichen Einsatz des Betreffenden unterworfen. Die Ausbildungszeit dauert etwa fünf Monate im Block und verläuft ohne Unterstützung des Arbeitgebers und des Arbeitsamtes. Damit ist eventuell ein Arbeitsplatzverlust verbunden. Das muß zugunsten einer gesetzlich geregelten Ausbildung für Lehr-MTA's geändert werden!

Dozenten müssen dazu verpflichtet werden, bei Übernahme dieser honorierten Tätigkeit ihren Unterricht wie in allgemeinbildenden Schulen nach Plan abzuhalten. Ansonsten kann es wegen Ausfall und Verlegung zu einer uneffektiven Unterrichtsanhäufung kommen, da die gesetzlich vorgeschriebene Stundenzahl auf jeden Fall eingehalten werden muß.

Umarbeitung des Pflichtstundenplanes

Die Verteilung der einzelnen Unterrichtsfächer sollte in einer sinnvollen und aufbauenden Reihenfolge gestaltet werden, d.h. im Unterrichtsablauf darf nicht erst Krankheitslehre und dann Anatomie und Physiologie gelehrt werden sondern umgekehrt! Ebenfalls sollte die Anzahl der Unterrichtsstunden gemäß Fachrichtung und Schwerpunkt ausgerichtet werden. Beispiel: Im Fachbereich Radiologie werden 140 Std. Chemie und 60 Std. Klin.Chemie gegenüber 80 Std. Anatomie und 20 Std. Krankheitslehre abgehalten.

Ausbildungsverlängerung von 2 auf 3 Jahre und Einführung vernünftiger Lernkontrollen

Bei einer Ausbildungsverlängerung von 2 auf 3 Jahre könnte auf die fachspezifischen Schwerpunkte mehr Rücksicht genommen werden. Es könnte auf jeden Fall ein weitgefächertes Basiswissen angeboten werden, sowie Neuerungen auf dem Gebiet von Wissenschaft und Technik gelehrt werden, statt wie bisher in der Weiterbildung unterzugehen. Durch Einführung vernünftiger Lernkontrollen (Gruppengespräche, freiwillige Tests u.ä.) könnten die schädlichen Auswirkungen der jetzigen Verhältnisse beseitigt werden.

Trotz mehrmaliger ernsthafter Überlegungen die Ausbildung abzubrechen, habe ich die MTA-Schule beendet. Der Austausch mit meinen Mitschülerinnen hat mir geholfen, wenn ich meinte, allein vor einem Problem zu stehen. Ich wäre froh, wenn mein Bericht den jetzigen Schülerinnen Anregungen gibt und würde mich über Zuschriften freuen.

An Dem.Ges.
Postfach 101040
41 Dusiburg 1

R **RÖDERBERG-VERLAG**
Schumannstraße 56 · 6000 Frankfurt 1
Postfach 4129 · Telefon (06 11) 75 10 46 · Telex 04-14 721

NEU

Hans Mausbach
Barbara Mausbach-
Bromberger

FEINDE DES LEBENS

NS-Verbrechen
an Kindern

316 Seiten,
mit rund 100 Abbildungen,
kart., 24,— DM
ISBN 3-87682-719-1



Die Verbrechen der Nazis haben vor den Kindern nicht haltgemacht. Der Zweite Weltkrieg, der mehr als alle vorherigen Kriege die Zivilbevölkerung einbezogen hatte, traf die Kinder – die schutzlosesten Opfer – besonders hart.

Der totale und praktizierte Herrschaftsanspruch der Nazis hatte die Kinder in Deutschland geistig und moralisch schwer geschädigt. In den vom Faschismus besetzten Ländern bezogen die Statthalter des NS-Regimes die Kinder in den Völkermord ein: Kinderraub und Kindermord wurden im deutschen

Namen in den besetzten Ländern Europas verübt. Unheilvolle Begriffe waren an den Schreibtischen der SS-Führung zur Umschreibung ihrer verbrecherischen Aktionen geprägt worden: „Lebensborn“ – „Eindeutschung“ – „Heuaktion“ – „Euthanasie“ – „Sonderbehandlung“. Über die NS-Verbrechen an Kindern, deutschen und ausländischen, berichtet dieses Buch. Es wendet sich damit im Namen der Kinder gegen Faschismus, Militarismus und Rassismus und unterstreicht die Rechte jedes Kindes, in Frieden und Freiheit, ohne Ausbeutung und Diskriminierung leben zu können.

Ich bestelle

..... Ex.

Hans Mausbach/Barbara
Mausbach Bromberger

FEINDE DES LEBENS
NS-Verbrechen an Kindern

24,—

Name

Straße

PLZ/Ort

Datum

Unterschrift

Bitte einsenden an:
RÖDERBERG-VERLAG GMBH
Postfach 4129 · 6000 Frankfurt/M. 1

Skandal im LKH Bonn



Die Anstaltsleitung hat die Polizei verständigt.

Nach Köln-Brauweiler und Düren kam im Oktober '79 in Bonn der dritte rheinische Psychiatrie-Skandal in zwei Jahren ins Rollen. Das Beschwerdezentrum, das die katastrophale Versorgung und daraus resultierende Todesfälle an die Öffentlichkeit brachte. Die gesamte Klinikleitung wurde ausgetauscht.

In Bonn wurde im September '79 ein 130-Millionen-Neubau eröffnet, der schon in der Planungsphase veraltet war. Auch die simpelsten neueren Erkenntnisse psychiatrischer Forschung (s. Psychiatrie Enquete, DG 1/79) wie Abbau der Großkrankenhäuser, vor- und nachsorgende, ambulante und sektorierte Versorgung – kurz: Die Ausrichtung an den Bedürfnissen der Bevölkerung – wurden einfach ignoriert. Statt dessen baute man gleich nebenan den 560-Betten-Neubau. Die ganze Mammut-Klinik zählt jetzt 1456 Betten. Natürlich wurde bei Planung und Ausführung das Pflegepersonal oder gar die Patienten praktisch nicht gefragt.

Obwohl der Umzug in den Neubau und die allgemeine Umstrukturierung seit Jahren geplant wurden, war die Organisation so miserabel, daß die schon bestehenden Mißstände sich noch verschärften. Die Folge waren zahlreiche Kündigungen, aber auch ein Brief zweier Ärztinnen von Alten-Stationen, siehe Dokument in dieser Ausgabe (d. Red.) die den Träger LVR (Landschaftsverband Rheinland) zum wiederholten Mal auf die Lage ihrer Stationen hinwiesen. Der Personalmangel war hier so katastrophal, daß die alten Leute, schlecht gefüttert, stark an Gewicht verloren, oft hinfielen und sich verletzten. Vier Todesfälle waren die Folge. Dieser Brief wurde dem Beschwerdezentrum zugespielt, das nicht zögerte, ihn – und einen weiteren Todesfall – publik zu machen und anzuzeigen. Die Folge war, daß der LVR in bekannter Weise reagierte: Die Klinikleitung wurde ausgetauscht, das Behandlungssystem selbst aber blieb unangetastet.



Einige der Frauen sind mit Laken an die Stühle angebunden.

Das Beschwerdezentrum

Bonn ist nun aber beileibe kein Einzelfall, wie es die Verantwortlichen bei jedem neuen Skandal versuchen darzustellen. Auch in anderen LKHs herrscht chronischer Personalmangel, müssen Patienten unter menschenunwürdigen Bedingungen ihr Dasein fristen. Außergewöhnlich ist in Bonn nur, daß hier ein Beschwerdezentrum existiert. Es wurde vor einem Jahr auf Initiative des SSK (Sozialistische Selbsthilfe Köln) als drittes im Rheinland gegründet.

Wir wollen sowohl einzelnen Betroffenen bei der Durchsetzung ihrer Rechte helfen als auch zusammen mit allen fortschrittlichen Kräften auf eine Abschaffung des über hundert Jahre alten Behandlungssystems hinarbeiten.

Seit November betreiben wir, zusammen mit einer anderen Gruppe, eine Teestube, die jeden Nachmittag geöffnet ist und Anlaufstelle für Betroffene und Interessierte sein soll. Wir hoffen durch dieses Angebot die Solidarität vor allem der Patienten untereinander als auch Ansätze zur Selbsthilfe fördern zu können. Des weiteren sammeln wir Informationen aus dem Bereich Psychiatrie/Soziales/Recht (bei uns arbeiten auch Anwälte mit), um eine effektive Unterstützung von hilfeschenden Patienten zu leisten. Dies hat sich schon als sehr wirksam erwiesen.

Sehr wichtig ist uns auch die Öffentlichkeitsarbeit. Wir schreiben Flugblätter und Artikel in Studenten- und Alternativzeitungen. Die Lokal-Presse aber schweigt die Zustände im LKH meist tot. Das Beschwerdezentrum ist deshalb oft gezwungen, mit spektakulären Aktionen am Rande der Legalität auf die Mißstände aufmerksam zu machen. Die Situation im LKH Bonn wurde erst dadurch zum öffentlichen Skandal, daß wir die Alten-Stationen „besetzten“. Ohne diesen Druck hätte kein Verantwortlicher auch nur einen Finger gerührt. Aber auch jetzt geht es eigentlich nur um die Todesfälle. Die sind aber nur die Spitze des Eisbergs.

Wir wollen aber gerade das alltägliche Elend der LKH-Patienten jedem vor Augen führen und mehr Verständnis für die angeblich so unverständlichen „Irren“ schaffen.

Der Mißstand hat System

Der Austausch der Klinikleitung ist zwar ein spektakulärer Erfolg, wurde aber vom LVR inszeniert, um erneut von den eigentlichen Ursachen der Mißstände – die in diesem Behandlungssystem liegen – abzulenken. (Diese Behauptung, daß die Mißstände am System liegen, soll jetzt auch in einem Zi-

Skandal im LKH Bonn

Sauer auf das SSK

vil-Prozeß gegen den LVR mit über 100 Zeugen belegt werden.) Da sich aber am System nichts geändert hat, hat sich auch die Lage der Patienten im LKH Bonn kaum gebessert:

- Weiterhin sterben Menschen: Mindestens 3 weitere Todesfälle wurden bekannt.
- Weiterhin sind viele Stationen ohne Arzt. Die Bereitschaftsärzte haben 1/2 Std. pro Woche Zeit für diese Stationen.
- Weiterhin schreiben Oberärzte trotz 30% Ärztemangel einträgliche Gutachten und vernachlässigen dafür ihre Patienten.
- Weiterhin werden in Bonn, wie in allen LKHs, Grundrechte aufgrund von Rundverfügungen und ärztlichen Anordnungen umfassend eingeschränkt.

Organisierte Opposition

In Bonn zeigt sich aber auch, daß Initiativen, die von außen her gegen Mißstände angehen, nur ein Faktor sind von mindestens zweien, die nötig sind, um das Psychiatrie-System zu verändern. Was – nicht nur hier – fehlt, ist eine organisierte Opposition innerhalb des LKH, aus dem Personal.

Die einzige organisierte Kraft, die das Zurückweichen des LVR nach dem Skandal genutzt hat, war die Schülervertretung (SV). Ihr gelang es – da viele SV-Leute auch in der ÖTV sind auch mit teilweiser Rückendeckung des Personalrats – Verbesserungen in der Mitbestimmung und in der Ausbildung durchzusetzen – auch zum Wohle der Patienten.

Ansonsten sind die ersten Ansätze einiger Mitarbeiter, sich zusammenzusetzen und ein gemeinsames sozialpsychiatrisches Bewußtsein zu entwickeln, zwar schon vorhanden, aber noch nicht so weit, daß man sich in der Gewerkschaft oder der DGSP (Deutsche Ges. f. soziale Psychiatrie) als Gruppe organisieren würde oder gar an die Öffentlichkeit ginge. Dies hat sich aber in Düren und Köln-Merheim als erfolgreich erwiesen.

Vor allem das Beispiel Düren, wo ein Aufnahmestopp erkämpft wurde, beweist, daß nur durch das Zusammenwirken von öffentlich auftretenden Gruppen und organisierter innerer Opposition erst entstehende Freiräume auch in reale Verbesserungen für die Patienten umgesetzt werden können.

Verfasser:
Beschwerdezentrum Psychiatrie Bonn
Mozartstr. 49, Tel. 65 54 09, 16–20 h

Fiktives, aber mögliches Gespräch zwischen zwei Mitarbeitern im LKH Bonn:
A) „Weißt Du schon das Neueste? Gestern hat der SSK hier im LKH eine Station in der Geriatrie besetzt.“

B) „Was, das darf doch nicht wahr sein. Woher weißt Du das denn?“

A) „Stand heute in der Zeitung.“

B) „Schade, daß ich das nicht gesehen habe.“

Dieser kurze Dialog zeigt die ganze Zwiespältigkeit der Aktionen, mit denen der SSK und das Beschwerdezentrum Bonn in der Rheinischen Landesklinik Bonn eine Verbesserung der Verhältnisse in ihrem Sinne erreichen wollen. Dabei muß der Leser wissen, daß es dem SSK am liebsten wäre, wenn überhaupt nichts mehr läuft, denn er will die Psychiatrischen Großkrankenhäuser abschaffen.

Ausgelöst wurden die ganzen Aktionen, mit denen der SSK seit einigen Monaten das LKH Bonn in das Zentrum seiner Aktivitäten stellt, durch einen Brief der Abteilungsschülerin und einer Oberärztin der Geriatrie an die Zentrale des Landschaftsverbandes Rheinland, in dem die besonderen Vorkommnisse der letzten 3 Monate, die in dieser Art schon seit Jahren passieren, gemeldet wurden, allerdings in einer ungewöhnlichen Form, nämlich einer Liste, die 95 Vorfälle beinhaltete. Diese Liste landete unbeabsichtigt zuerst in den Händen des SSK, bevor sie den Landschaftsverband erreichte. Die weitere Entwicklung ist bekannt, die gesamte Betriebsleitung des LKH Bonn wurde gefeuert und bis jetzt erst zum Teil durch neue Leute ersetzt, vom LV wurde eine große Pressekonferenz abgehalten und eine Woche lang flitzten ständig Reporter und Kameraleute durchs Haus.

Auswirkungen auf die tägliche Arbeit

In der alltäglichen Arbeit auf den Stationen hat sich aber überhaupt nichts geändert. Im Gegenteil: durch die, ohne die Mitarbeiter, durchgeführten Aktionen ist eher eine Verschlechterung eingetreten. Durch die inzwischen übliche Praxis des SSK, die Todesfälle der letzten Zeit dem Staatsanwalt im Rahmen einer Strafanzeige zu melden, ist eine tiefe Verunsicherung des Personals eingetreten, das sich inzwischen dreimal überlegt, ob es einem Patienten Ausgang geben kann oder nicht, da es damit rechnen muß, am nächsten Tag eine Strafanzeige des SSK zu bekommen, wenn etwas passiert.



Geradezu Hohn spricht da aus dem gleichzeitig geäußerten Wunsch des SSK, mit der Belegschaft der psychiatrischen Krankenhäuser zusammenzuarbeiten. Daran ist momentan überhaupt nicht zu denken, so lange der SSK weiterhin Prozesse anstrengt, die in der Öffentlichkeit dazu herhalten, die Misere in der Psychiatrie der BRD auf die Schultern einzelner abzuwälzen. Die Praxis entspricht nicht einmal den Vorstellungen des SSK selbst, da er die Wurzel des Übels in der Struktur des Gesundheitswesens selber sieht und nicht vorwiegend im Versagen einzelner Personen.

Mindestvoraussetzung für eine Zusammenarbeit wäre weiterhin ein solidarischer Dialog mit den Mitarbeitern des LKH über deren Arbeit, was allerdings sicher nicht mit allen möglich sein wird. Bis heute erfahren aber einzelne Mitarbeiter erst auf Pressekongressen und durch Strafanzeigen beim Staatsanwalt, daß der SSK mit ihrer Arbeit nicht einverstanden ist.

Der einzige Vorteil, den in der letzten Zeit Aktionen des SSK gebracht haben, ist ein etwas genaueres Bild der Öffentlichkeit über die Verhältnisse im LKH Bonn, was ausdrücklich zu begrüßen ist, denn jeder sollte wissen, was auf ihn zukommt, wenn er ins LKH gehen muß. Aber dieses Bild ist auch wieder verzerrt, denn es vermittelt, wie oben angedeutet, den Eindruck, das Elend in der Psychiatrie sei der Faulheit und Unfähigkeit des Personals anzulasten. Dieser falsche Blickwinkel ist dabei nicht nur den anders gelagerten Interessen der Sensationspresse geschuldet, sondern auch den z. T. eigennützigen Zielen des SSK, der mit Hilfe möglichst sensationeller Prozesse und Enthüllungen zu immer mehr Macht und Handlungsmöglichkeiten kommen möchte, wobei die Frage, ob er diese Mittel auch im Interesse der Patienten einsetzen wird, noch offen ist und weiter diskutiert werden sollte.

Die vorstehende Meinungsäußerung zu den Vorgängen im LKH Bonn und der Arbeit des Beschwerdezentrums Bonn wurde in einer Gruppe fortschrittlicher Mitarbeiter im LKH Bonn diskutiert und angenommen. Sie erhebt nicht den Anspruch, repräsentativ für alle Mitarbeiter zu sprechen. Die Verfasser.

Niemand darf wegen...

Zur Einstellungspraxis an bundesdeutschen Krankenhäusern (Teil 2)

Ungefähr ein Drittel aller Krankenhäuser in der BRD wird in „freier gemeinnütziger“ Trägerschaft betrieben. In der Regel bedeutet dies eine direkte oder indirekte Trägerschaft durch eine der beiden großen Kirchen. Die in diesen kirchlichen Häusern Tätigen sind nicht etwa wie im öffentlichen Dienst „Arbeitnehmer“ oder „Angestellte“, sondern genießen wie alle anderen von der Kirche Beschäftigten den besonderen Status als „kirchliche Mitarbeiter“. Dies führt schon bei der Einstellung zu Situationen, wie sie der nachfolgende Fall des jungen Arztes N. (Name ist der Redaktion bekannt) am Marienhospital Euskirchen, einem Krankenhaus im Rheinland mit kirchlichem Träger, zeigt.

Keine Anstellung für Abtrünnige

Von Mai bis Ende Juli 1979 arbeitete er dort als Medizinalassistent in der psychomedizinischen Abteilung. Wegen der unzureichenden medizinisch-psychiatrischen Versorgung der ca. 55 stationären Patienten dieser „gemeindenahen“ Einrichtung für Akutkranke durch 2 Vollassistenten, Oberarzt und Chefarzt rechnete er sich gute Chancen aus, zum 1. 10. 79 die planmäßige 3. Assistentenstelle zu bekommen, zumal Chefarzt und Oberarzt zum großen Teil mit der Versorgung der zahlreichen ambulanten Patienten ausgelastet sind. Eine entsprechende Bewerbung wurde vom Leiter der Abteilung ausdrücklich unterstützt.

Überprüfung des Gewissens

Verdächtig lange blieb das Bewerbungsschreiben beim „Verwaltungsdirektorium“ des Hauses liegen. Erst nach Ablauf des Zeitvertrages als Medizinalassistent meldete sich der Verwaltungsdirektor telefonisch zuhause, um nur auf einen einzigen Punkt zu sprechen zu kommen:

Bei der Frage nach der Konfession habe er in den Bewerbungsunterlagen nur einen Strich machen können. Unter diesen Voraussetzungen könne es der Bewerber doch unmöglich mit seinem Gewissen vereinbaren, im Arbeitsvertrag den Passus zu unterschreiben, daß er den kirchlich-caritativen Zwecken dienlich sein wolle. Die abgegebene ethische Begründung, daß das Gewissen einem sehr wohl die Unterschrift unter einen solchen Passus erlaube

ohne Mitglied der Amtskirche zu sein, stieß auf unverblümtes Unverständnis. Recht dogmatisch wurde mit einem nochmaligen „nicht zu vereinbaren“ die Gewissensprüfung abrupt beendet.

„Mit den besten Wünschen für die Zukunft“ flatterte alsbald eine schriftliche Absage ohne Begründung, versteht sich, ins Haus. Die daraufhin erfolgenden Anstrengungen des Leiters der psycho-medizinischen Abteilung, mit Hilfe der übrigen ärztlichen Leiter diese verwaltungsdiktatorische Maßnahme rückgängig zu machen, schlugen fehl.

Eine Unterschriftensammlung, bei der nahezu alle Mitarbeiter der Abteilung die Einstellung von N. forderten, wurde vom Verwaltungsdirektorium offensichtlich als unerhörte Einmischung und Provokation gesehen.

Angst vor „Fremdbestimmung“

Tatsache ist, daß die Abteilung weiterhin zum caritativen Nutzen der Patienten mit nur zwei Assistenzärzten arbeitet und die abgelehnte Stelle von N. bis Ende 79 unbesetzt blieb.

Der dritte Weg: Ausweg oder Sackgasse?

Nach dem öffentlichen Dienst sind die beiden großen Kirchen der größte Arbeitgeber in der BRD. Umso erstaunlicher wirkt es da, daß die dort Tätigen arbeitsrechtlich weder durch das Personalvertretungsgesetz noch durch das Betriebsverfassungsgesetz abgesichert sind. Dies betrifft ausnahmslos alle, den Pfarrer wie die Krankenschwester, den Arzt wie die Kindergärtnerin. Konkret heißt dies: das Arbeitsverhältnis ist nicht durch einen Tarifvertrag geregelt, die Möglichkeiten der Mitbestimmung sind entweder nicht vorhanden oder durch schwammige Formulierungen eingeschränkt.

Von der Evangelischen Kirche Deutschlands (EKD) wird zur Regelung des Arbeitsverhältnisses der „Dritte Weg“ favorisiert. Dritter Weg deshalb, weil die EKD den ersten (= einseitige Regelung durch kirchliche Arbeitgeber) und den zweiten Weg (= beiderseitige Regelung auf der Basis eines Tarifvertrags wie im öffentlichen Dienst) ablehnt.

Mit dem dritten Weg sollen durch ein kirchliches Arbeitsrechtregelungsgesetz (ARRG) innerkirchliche Arbeitsrechtskommissionen, zuständig jeweils für den Bereich der einzelnen Landessynoden gebildet werden. Diese sollen, formal paritätisch besetzt, die Arbeitsrechtsverhältnisse der Arbeiter und Angestellten der Landeskirche regeln, wobei eine anderweitige kirchengesetzliche Entscheidung vorbehalten wird. Von der Gewerkschaft ÖTV wird dieser dritte Weg entschieden abgelehnt. Kritikpunkte sind insbesondere:

Die Parität ist nur formal, da sie durch die Abhängigkeit der Kommissionsmitglieder in einer kirchlichen Kommission als kirchliche Mitarbeiter zwangsläufig eingeschränkt bleibt. Die Möglichkeiten, sich gegen unzumutbare „Lösungsvorschläge“ in tariflichen Auseinandersetzungen zu wehren, sind eingeschränkt (kein Streikrecht). Die Rechtswirksamkeit der Beschlüsse nach dem ARRG für Einzelverträge ist bisher offen. Das ARRG kann jederzeit einseitig durch die Synode aufgehoben werden, mithin ein Rückfall auf den ersten Weg (einseitige Arbeitgeberregelung) nicht ausgeschlossen.

Letztendlich bleibt die „Partnerschaft“ nach dem ARRG immer ein Verhandeln von Vorgesetzten mit Untergebenen, da sich diese nicht von ihren Gewerkschaften vertreten lassen können, und somit nicht, wie etwa ein Personalrat, besonderen Schutz genießen.

Die Beschreitung des dritten Weges bedeutet in Abwandlung eines christlichen Grundsatzes: Vor Gott sind alle Arbeitnehmer gleich, es sei denn, sie sind kirchliche Mitarbeiter.

Niemand darf wegen...

Der geschilderte Fall ist kein Einzelfall. Eine derartige Praxis wurde von uns von vielen Kollegen, die sich an katholischen wie evangelischen Krankenhäusern beworben hatten, gleichermaßen berichtet. Konzessionsbereit war man allenfalls bei „Heidenkindern“, bei „Ausgetretenen“ schlägt dann das Gewissen.

Zwar sagt die EKD (Ev. Kirche Deutsch-

lands) in ihren Leitsätzen von 1959: „Auch in der Kirche muß den Ergebnissen der Entwicklung des Arbeits- und Sozialrechts während der letzten hundert Jahre Rechnung getragen werden“, doch schließt sie dabei offensichtlich die Entwicklung der Berufsverbotepraxis der letzten Jahre ein. (Neuerung: Hier geht es um Nichtmitgliedschaft)

Ist es nur die Angst vor der „Fremdbestimmung der Kirche“, wie sie bei den Auseinandersetzungen zwischen Kirche und ÖTV immer wieder formuliert wird, oder gar die Hoffnung (und wohl auch Tatsache), daß sich manch einer angesichts der Folgen seinen Kirchenaustritt aus ganz untheologischen Gründen noch einmal überlegt?

Uns hat bei Gesprächen mit Kollegen am Krankenhaus erschreckt, wie leicht man

bereit war, diese, wie wir meinen, Einschränkung des Rechts auf Arbeit hinzunehmen oder sich das Problem durch ein „dann bleib ich eben in der Kirche“ löst. Abschließend ein Zitat aus dem Memorandum des KDA (Kirchlicher Dienst in der Arbeitswelt) der EKD:

„Vor bitterer Ironie können wir uns nur schwer schützen angesichts einer „autonomen“ und „nicht fremdbestimmten“ Kirche, die in einem erheblichen Maße in ihren sozialen Aktivitäten von öffentlichen Geldern lebt und in ihrer Verwaltung alle Gesetze der weltlichen Bürokratie übernommen hat und im übrigen sowieso mit Staat und Gesellschaft in vielfältiger Weise verflochten und dabei Fremdbestimmung nicht scheut.“

Wir teilen diese Bedenken.

Der Fall Hajo Bomhold und die Praktiken eines kirchlichen Arbeitgebers

Am 26.6.1979 erhielt der Arzt Hajo Bomhold von der Verwaltung des Elisabeth-Krankenhauses in Essen folgenden Brief:

Wir haben Veranlassung, Sie nochmals schriftlich zu befragen und bitten um baldige Beantwortung folgender Fragen:

1. Haben Sie Informationsmaterial der Gewerkschaft ÖTV in den Räumen unseres Krankenhauses ausgelegt und/oder ausgehängt?
2. Haben Sie dies auf Veranlassung oder im Auftrage der Gewerkschaft ÖTV getan oder aufgrund eigener Entscheidung und Verantwortung?
3. Warum haben Sie dies getan?
4. Wieso haben Sie vor Verteilung und/oder Aushang die zuständige Verwaltung des Krankenhauses von Ihrem Vorhaben nicht unterrichtet?
5. War Ihnen zu diesem Zeitpunkt bekannt, daß bezüglich des Zugangs-, Informations- und Werberechts ein Prozeß zwischen der Gewerkschaft ÖTV und unserem Hause anhängig war?

Der Aushang und die Verteilung von Informationsmaterial, über den die Verwaltungs-Auskunft wollte, war im Zusammenhang mit der bundesweiten Aktion der ÖTV „Humanere Krankenpflege“ erfolgt. Der Kollege Bomhold, seit 1975 ÖTV-Mitglied und Vertrauensleutesprecher des Krankenhauses, beantwortete die Fragen nicht. Die Verwaltung verklagte Hajo Bomhold daraufhin auf Auskunftserteilung. Die Arbeitsrichter empfahlen dem Krankenhaus, das Verfahren einzustellen. Dennoch wurde im noch laufenden Rechtsstreit dem Kollegen die Kündigung angedroht, für den Fall, daß er die Fragen nicht beantwortet und nicht weitere an der Aktion Beteiligte

benennt. Gegen diese angedrohte Maßregelungskündigung ist erstinstanzlich entschieden: Das Verlangen des Krankenhauses mit Kündigungsandrohung ist rechtswidrig.

Obwohl die Angriffe der Verwaltung auf die freie gewerkschaftliche Betätigung im Betrieb zunächst ins Leere gingen, versucht der kirchliche Träger auch weiterhin die Aussage des Arztes zu erzwingen.

Der Hintergrund dieses absurden und ihresgleichen im Öffentlichen Dienst suchenden Verhaltens des Krankenhauses ist in der zunehmenden Auseinandersetzung der Kirchen mit den Gewerkschaften zu suchen.

In Essen steht dieses Ereignis in größerem betrieblichen Zusammenhang.

— Erst ein Jahr, nachdem Frauen den Antrag auf Gewährung eines ihnen zustehenden Hausarbeitstages gestellt hatten, wurde dieser im Hause gewährt.

— Einer Mitarbeiterin, die sich in den o.g. Punkten für ihr Recht eingesetzt hatte, wurde gekündigt. Das Arbeitsgericht Essen hielt die Kündigung für sittenwidrig und hob sie auf. Gleichzeitig wurde die Frau zwei Lohngruppen höher eingestuft.

— Eine Mitarbeitervertretung, der „Betriebsratsersatz“ der kirchlichen Einrichtungen, besteht trotz der rechtlichen Verpflichtung des Arbeitgebers, nicht.

Seit Jahren leiten die Kirchen die Verweigerung des Zutrittsrechtes für die Gewerkschaften zu den kirchlichen Einrichtungen aus dem Tendenzschutzparagrafen des Betriebsverfassungsgesetzes, dem Grundgesetz und der Weimarer Reichsverfassung ab. In vielen Klagen hat die ÖTV inzwischen das Zugangsrecht erstritten. So auch erstinstanzlich im Elisabeth-Krankenhaus Essen. Als die Zwangsvoll-



streckung und Zwangsgeldandrohung wegen fortgesetzter Weigerung jedoch anließ, hat das Landesarbeitsgericht Dortmund erstmals die Zwangsvollstreckung ausgesetzt. Der Urteilsinhalt ist wie immer: Zutritts- und Werberechte ja, aber vorläufig nicht durch Gesetz durchsetzbar...

In diesem Zusammenhang versucht die Verwaltung weiter dem Assistenten- und Vertrauensleutesprecher nach der üblen Rädelsführertheorie zuzusetzen. Doch der innerbetriebliche Organisationsgrad steigt. Hier zeigt sich deutlich, was die Kirchen nicht wollen und zu welchen Maßnahmen sie bereit sind, um mündige, kritische Mitarbeiter zu ducken.

TCCD und andere Dioxine wirken so verheerend auf den menschlichen Organis-

Prof. Tung trug hierzu die neuesten Forschungsergebnisse seiner Arbeitsgruppe vor und übergab der Vietnam-Solidaritätsbewegung die – auch für die ökologische Bewegung der BRD wichtige – Arbeit: „Das Problem der mutagenen Wirkung nach der Exposition mit Herbiziden in der zweiten Generation“. Hier wesentliche Auszüge: In der Entbindungsklinik von Yen-Bai wurden z.B. von 1975–78 3058 Kinder zur Welt gebracht. Davon waren 30 mißgebildet. Allein 15 dieser Mißgebildeten stammen von der Minderheit der Väter, die als Soldaten im Süden Vietnams Kontakt mit Herbiziden hatten. Die Nachkommen früherer Soldaten im Süden Vietnams, die Frauen des Nordens geheiratet haben, wurden in großem Maßstab untersucht.

„Normalerweise“ (statistisch) gibt es ein gehirnloses Neugeborenes auf 2777 Geburten. Bei den Herbizid-besprühten Vietnamesen kommt aber 1 Gehirnloses bei 197,8 Geburten vor. Gehirnmangel kommt 1 mal bei 25 000 Neugeborenen vor. Bei TCDD-Kontakt-Vätern in Vietnam aber 1 auf 1187 Geburten. Und ständig kommen

accrolement des pieds aux jambes
 accrolement des aînés aux avant bras
 synchalybe
 Euphacement anormal des yeux
 accrolement des pavillons des oreilles
 surus enut:



DG 1/80



Gleichaltrige Kinder mit Mikroencephalie und Blindheit; Die Väter waren Herbiciden ausgesetzt.

neue Hiobsbotschaften: In dem „Institut für Mutter und Kind“ in Hanoi gab es 19 Fälle der beiden Gebärmuttererkrankungen Blasenmole und Chorionepitheliom. Darunter allein 9 Frauen, deren Männer Soldaten in Südvietnam waren.

Den US-Verantwortlichen ist schon vorher die Giftwirkung von TCDD bekanntgewesen.

Die USA haben in Vietnam eine genetische Zeitbombe abgeworfen, die sie aber auch selbst betrifft: 50 Soldaten aus Australien, die in Südvietnam mit-entlaubten, haben 13 mißgebildete Kinder gezeugt. In den USA, wo Prof. Tung Mitte 79 Vorträge zum Thema hielt, gab es bei den Nachkommen von 70 Vietnamkriegs-Veteranen 7 Mißbildungen und 8 Fehlgeburten.

Eine Gruppe dieser GI-Veteranen verklagte daraufhin die fünf Hersteller, darunter auch den Chemiekonzern Dow Chemical. Sie verlangen die Einrichtung eines „Versorgungsfonds“ von 4,2 Mrd. Dollar. Zum Abschluß des zweistündigen Gesprächs und des Klinikrundgangs dankte Prof. Tung für die Solidarität. Er hofft auf materielle Hilfe, insbesondere Medikamente. Er grüßt alle Freunde in der BRD und äußerte die Erwartung, daß die wissenschaftlichen, die politischen, ja die staatlichen Beziehungen zwischen der BRD und der SRV sich künftig entwickeln werden.

Karl-R. Fabig
niedergelassener Arzt
Mitglied der ÖTV und des BGA
Vorstandsmitglied der Freundschaftsgesellschaft
BRD-SR Vietnam
Immenhöfen 19
2000 Hamburg 62
(Literatur beim Verfasser)

Medikamente und medizinische Instrumente für Vietnam

Am 4.12.1979 haben Prof. Uta Ranke-Heinemann und Sybille Weber, Geschäftsführerin der Hilfsaktion Vietnam e.V., einen ersten Transport von Medikamenten im Schätzwert von 220 000 DM, die von der Freundschaftsgesellschaft BRD und Sozialistische Republik Vietnam (SRV) gesammelt worden waren zusammen mit Medikamenten im Werte von 250 000 DM, die die Hilfsaktion Vietnam eingekauft hatte, nach Vietnam begleitet und dort übergeben.

Diese Medikamentensammlung geht weiter, weil der Mangel an Arzneimitteln in Vietnam die Ärzte und Schwestern vor größte Probleme stellt. Von den Erfahrungen der ersten Sammlung ausgehend, bei der verhältnismäßig viel „Medikamentenmüll“ angefallen ist, bittet die Freundschaftsgesellschaft um Zusendung international anerkannter (WHO-Kriterien) Präparate – besonders Monosubstanzen – in größeren Mengen.

Die Freundschaftsgesellschaft schreibt dazu:

„In der geplanten Medikamentensammlung und dem Aufruf, medizinische Geräte, wiederverwendbare Glasspritzen usw. zu spenden, sehen wir die Möglichkeit, das vielerorts geäußerte Mitgefühl mit der vietnamesischen Bevölkerung in konkrete Hilfe umzusetzen.

Ein Team aus dem Bereich des Gesundheitswesens wird unter Leitung von Dr. Fabig die eingehenden Sachspenden noch einmal hinsichtlich ihrer Brauchbarkeit (Verfallsdaten, Eignung für den Seetransport etc.) begutachten; vietnamesische Freunde werden bei den Übersetzungen helfen.

Die Initiatoren haben eine Dringlichkeitsliste aufgestellt, die wir Ihnen in der Anlage beifügen. Ihre Spenden senden Sie bitte an:

**Dr. Karl-R. Fabig, Immenhöfen 19
2000 Hamburg 62, Tel. (040) 520 2348**

Sollen die Spenden abgeholt werden oder kennen Sie noch weitere hilfsbereite Kollegen, dann informieren Sie uns bitte mit dem beiliegenden Abschnitt.



Dringlichkeitsliste der Aktion „Medikamente und medizinische Instrumente für Vietnam“

1. Medikamente

Schock-Herz-Kreislaufmittel
Corticosteroide
Antibiotika
Sulfonamide
Tuberkulosestatika
Analgetica
Antipyretica und -rheumatica
Glykoside
Vitamine und Enzyme
Blutplasma, Plasmaersatzmittel und Infusionen

2. Medizinische Instrumente, chirurgische Bestecke und Geräte

ausschneiden/einsenden
Bitte einsenden an:

Freundschaftsgesellschaft BRD-SR
Vietnam,
Duisburger Str. 46, 4 Düsseldorf 30
Tel. (0211) 490 111
☐ Ich werde eine Medikamentenspende an Dr.K.-R. Fabig, Hamburg, senden
☐ Ich bitte um Abholung einer Sachspende durch Ihre Mitarbeiter (Telefon-Kontakt s.u.)
☐ Bitte wenden Sie sich auch an folgende Kolleginnen/Kollegen:

Name: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Name: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Meine Anschrift: _____

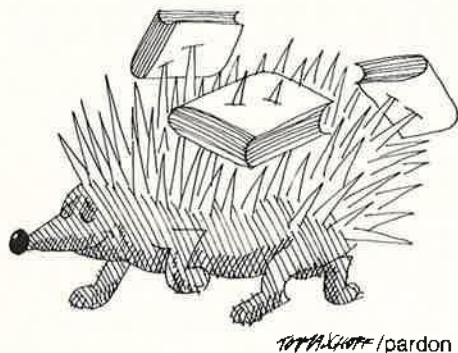
Name: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Unterschrift: _____

buch *Kritik* buch



TOPP/KROPP/pardon

„Kein Kind zum Vorzeigen“

Ingrid Häusler, 27, hat ein Buch über ihr jetzt 8jähriges mehrfach behindertes Kind (kein Kind zum Vorzeigen?) und die damit zusammenhängenden Probleme geschrieben. Der Titel ist vielleicht in mancher Hinsicht umzuändern in: „Keine Frau zum Vorzeigen?“ – wie der Stern vom 11. 10. '79 schrieb – da Ingrid Häusler anhand der Schilderung ihres Lebens mit ihrem behinderten Sohn ihre eigene Bewußtwerdung zu einer gesellschaftlich verantwortlichen Frau aufzeigt.

Sie schildert mit sehr offenen und ehrlichen Worten ihre eigene Entwicklung, ihre Ehe, die Schwangerschaft mit Frank, dessen Geburt und Kleinkindzeit. Sie klagt die Pharma-Firmen, Krankenhäuser und Ärzte an, Fehler gemacht zu haben und diese nicht zuzugeben, und vor allen Dingen die Tatsache, daß sie erst sehr spät (zu spät?) die Wahrheit über ihren Sohn erfahren hat; verbittert bemerkt sie, daß durch diese Hinhaltenaktik und falsche Rücksichtnahme wertvolle Zeit in Hilfe für Frank vergeudet worden ist. „Die Wahrheit mag im Moment härter und brutaler erscheinen, aber man hat viel Zeit gewonnen, sich auf ein Leben mit einem behinderten Kind einzurichten, zu einer positiven Konfliktbewältigung zu kommen.“

Sie beschreibt ehrlich die Eheschwierigkeiten, die Abkehr der Familie und die Reaktionen der Umwelt. Manch eine Mutter wäre wohl verzweifelt, aber Ingrid Häusler denkt im Verlauf ihrer eigenen Entwicklung bald nicht mehr daran, sich mit Schuldgefühlen zu beladen, die eine positive Einstellung zum Kind verhindern; und sie lernt, sich nicht mehr durch die häufigen, harten, unverständigen und mitleidigen Reaktionen der Umwelt verunsichern zu lassen. Sie erkennt, daß sie sich dem recht schwierigen Frank offener und direkter zuwenden und die teilweise sehr schwierigen Thera-

pievorstellungen nur verwirklichen kann, seit sie sich das Recht nahm, eigene Interessen wahrzunehmen. Sie baute sich ein eigenes Leben auf, begann Zeitungen und Bücher zu lesen, Leserbriefe zu schreiben, politisch aktiv zu werden, Gesprächskreise mit anderen Eltern zu besuchen usw. Sie wurde selbstsicherer und schaffte es, aus ihrer Isolation herauszukommen.

Sie erkennt, daß Mütter oft ihre Rollenbestätigung in ihren Kindern suchen, und gerade bei behinderten Kindern entwickelt sich dann sehr schnell eine unüberschaubare Symbiose. „Ein behindertes Kind aber stellt eine Anforderung an die Mutter dar, ihr Leben und damit auch das Leben des Kindes in die Hand zu nehmen, und nicht in eine verkrampte Opferhaltung zu verfallen. ... Alles Gerede der Katholischen Kirche, die Frauen sollen doch mehr für ihre Kinder da sein, anstatt in Egoismus zu verfallen, bleibt deshalb wirkungslos, weil es die Selbstachtung der Frauen bestärkt.“



Als Lösungsmöglichkeit sieht Ingrid Häusler eine Arbeitsteilung zwischen Männern und Frauen in der Kindererziehung und Berufstätigkeit, in besserer Aufklärung, Schaffung von mehr und besseren Behindertenarbeitsplätzen („Schon heute leistet der Staat und die Industrie lieber „Ausgleichszahlungen“, anstatt behindertengerechte Arbeitsplätze bereitzustellen“), bessere Ausbildung der Therapeuten und Schaffung von Therapiemöglichkeiten („Was nützt die beste Therapie, wenn nicht die äußere Situation dafür vorhanden ist?“).

Und besonders fordert sie mehr Verantwortlichkeit der Gesellschaft in der Kindererziehung und Hilfe bei behinderten Kindern. Der wichtige, das Buch durchziehende rote Faden ihrer Entwicklung, ist der

Aufruf zur Hilfe durch Selbsthilfe, denn: „Nicht Mitleid wollen wir, sondern Verständnis. Wer einen anderen bemitleidet, nimmt ihn nicht ernst, zwingt ihm eine hilflose Rolle auf. Mitleid ist eine Form der Menschenverachtung.“ (U. F.)

Ingrid Häusler: Kein Kind zum Vorzeigen?rororo Frauen aktuell, Bd. 4524, 4,80 DM

Berufsverbote und Sozialpolitik 1933

Eine Arbeit von Stephan Leibfried und Florian Tennstedt über die Auswirkungen der nationalsozialistischen Macht ergreifung auf die Krankenkassenverwaltung und die Kassenärzte

Vor 1933: Eine den Interessen der Sozialversicherten verpflichtete, den Gewerkschaften und ihren Zielen nahestehende und solidarisch verbundene Krankenkassenverwaltung. In der Endphase der Weimarer Republik: ein Teil der großstädtischen Kassenärzteschaft, besonders in Berlin, aufgeschlossen gegenüber den Ideen sozialer Hygiene, bereit zu konstruktivem Dialog mit der Arbeiterbewegung, wegen ihres sozialen Engagements geachtet in den gesundheitlich schwer belasteten proletarischen Bevölkerungsschichten. Oktober 1927: Die Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Ärzte kandidiert als Liste II zu den Berliner Kammerwahlen für die Abschaffung der ärztlichen Ehrengerichte (damalige Form der Berufsgerichtsbarkeit), für die „Bildung einer allumfassenden Ärztegewerkschaft“. Der Verein Sozialistischer Ärzte tritt als Liste I für die Abschaffung der Strafverfolgung nach § 218 bei wissenschaftlicher und sozialer Indikation, für die „Förderung der ärztlichen Gemeinschaftsarbeit in staatlichen, kommunalen und Kassenpolikliniken“ (die damals in Berlin existierten). Das Programm dieser Liste stand unter dem Leitgedanken einer späteren „Sozialisierung des gesamten Gesundheitswesens“. Nachzulesen in den von Leibfried und Tennstedt gesammelten Dokumenten.

Nach 1933: Die jüdischen Ärzte, fortschrittliche und demokratische Ärzte verschiedener Richtungen sowie die den Gewerkschaften verbundenen Krankenkassengeschäftsführer werden entlassen, unter Berufsverbot gestellt wegen „nichtarischer Abstammung“, „kommunistischer Betätigung“, „nationaler Unzuverlässigkeit“ oder „marxistischer Mißwirtschaft“. Dann erfolgt die Gleichschaltung des Gesundheits- und Sozialwesens durch

Reichsführerschaft und NS-Krankenkassenkommissare für eine antisoziale, rassistisch deformierte, faschistisch-militaristisch geprägte Zielsetzung. Leibfried und Tennstedt nennen es den „alltäglichen Holocaust“ in der Gesundheitspolitik, der neben der im Nürnberger Ärzteprozeß von Alexander Mitscherlich und Fred Mielke protokollierten „Medizin ohne Menschlichkeit“ niemals vergessen werden darf.

Eine Pflichtlektüre und ergiebiges Nachschlagewerk für alle sozial und demokratisch Engagierten im Gesundheits- und Sozialwesen.

Hans Mausbach

Zu bestellen bei der
Zentraldruckerei der Universität
Postfach 330440
2800 Bremen 33

„Medizin ohne Menschlichkeit“

Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses

Die von Alexander Mitscherlich und seinem 1959 verstorbenen Mitarbeiter Fred Mielke ausgewählten und kommentierten Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses liegen nunmehr in ihrer 4. deutschen Ausgabe vor. Überschlägt man die Auflagenhöhen, so kommt man auf eine Verbreitung dieses sowohl qualitativ wie quantitativ wichtigsten Buches zur Nationalsozialistischen Medizin von über 100 000 Exemplaren. Diese Zahl könnte Anlaß zur Beruhigung sein und damit Raum geben für eine kritische Auseinandersetzung mit den ausgebreiteten Fakten und Interpretationen. Für eine solche Beruhigung ist dennoch kein Anlaß, da das Buch seine ursprüngliche Absicht, die Auseinandersetzung über den Nationalsozialismus innerhalb der Ärzteschaft zu fördern, nicht erreichen konnte; das hängt mit seinem „seltsamen Schicksal“ (S. 14) zusammen.

Mitscherlich war der Leiter einer von der Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern eingesetzten Kommission, die den Nürnberger Ärzteprozeß beobachten und über ihn berichten sollte. Im Rahmen dieser Tätigkeit erschien im März 1947 unter dem Titel „Das Diktat der Menschenverachtung“ ein vorläufiger Bericht; zwei Jahre später erfolgte der Abschlußbericht „Wissenschaft ohne Menschlichkeit“. Folgte der 1. Veröffentlichung noch eine erregte Diskussion, so blieb der Abschlußbericht ohne nennenswertes Echo: „10 000 Exemplare gingen an die Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern zur Verteilung“, aber: „Nahezu nirgends wurde das Buch bekannt, keine Rezensionen, keine Zuschriften aus dem Leserkreis“ (S. 15).

Es ist in diesem Rahmen müßig, darüber zu spekulieren, ob und wo die Ärztekammern diese Auflage aus dem Verkehr gezogen haben. Sieht man sich Politik und Politiker der Standesorganisationen an, so wird ohnehin überdeutlich, weshalb die Auseinandersetzung mit der nationalsozialistischen Medizin über das Jahr 1949 hinaus immer inopportuner wurde. Mit Julius Hadrich, Paul Sperling oder vor allem Karl Haedenkamp rückten nationalsozialistische Berufsverbotspolitiker wieder zu Männern der 1. Stunde westdeutscher Ärztepolitik auf. Ihnen folgte später der SS-Arzt Sewering als Präsident der Deutschen Ärztekammer oder in Rheinland-Pfalz ein W. Kreienberg, der das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses mit dem großen Wort Nietzsches gefeiert hatte: „Nicht nur fort sollt ihr euch pflanzen, sondern hinauf“.



Das Buch dokumentiert neben den Euthanasieaktionen die wichtigsten in den Konzentrationslagern durchgeführten Humanexperimente. Es hat exemplarischen Charakter für die Aufhellung nationalsozialistischer Ärzteverbrechen, quantitativ umfaßt es allerdings nur einen geringen Teil des inzwischen bekannt gewordenen Materials. Querverweisungen zu anderen Prozessen oder Publikationen fehlen fast vollständig oder sind, wo sie vorliegen, so ungenau, daß sich mit ihnen kaum weiterarbeiten läßt. Der Verlag wäre sicherlich gut beraten, wenn er dafür einmal mehr Platz reservieren könnte. Dieser Hinweis ist nicht philologischer Sammelleidenenschaft zuzuschreiben, sondern den Schwierigkeiten, die die Interpretation des ausgewählten Materials macht. Sieht man sich die Hinweise aller 4 Ausgaben an, so zeigt sich, daß auch die Herausgeber darin schwankten, welche Schlußfolgerungen zu ziehen seien. Stellte die 1. Auflage das Resümee unter den Gesichtspunkt der Freiheit des Arztes und ihrer Bedrohung, so hebt der Abschlußbericht schon mit seinem Titel „Wissenschaft ohne Menschlichkeit“ in erster Linie auf den Anteil ab, den der „Apparat einer heilkundlichen Wissen-

schaft und Technik ohne Anthropologie“ an der Entmenslichung der Medizin hatte. 1960, auf dem Höhepunkt Adenauer'scher Restaurationspolitik, befaßte sich Mitscherlich vor allem mit dem Problem der „Überschätzung des Gewalthabers“ oder der „Subordination vor dem Mörder, wenn er nur Funktionsglied einer idealisierten Gruppe ist“ (S. 9).

Das Vorwort von 1977 fragt dann wieder stärker nach der Gefährdung der Medizin durch den Forscherarzt. Diese Interpretationen erfassen in ihrer Summe wesentliche Aspekte nationalsozialistischer Medizin in den Konzentrationslagern und Heilanstalten. Es fällt auf, daß zwei Aspekte überhaupt nicht oder nur am Rande beachtet werden: der Anteil volksmedizinischer Experimente und die Rolle, die die Industrie und ökonomische Interessen spielten. So ist z. B. keines der zahlreichen Dokumente aufgenommen worden, die den Anteil der IG Farben an Durchführung und Planung von Menschenversuchen belegen.

Der erstgenannte Aspekt findet in den Dokumenten der Unterkühlungsversuche, der Phlegmoneversuche (künstlich erzeugte Eiterherde; die Red.) und der Versuche über medikamentöse Sterilisation dagegen ausführliche Belege, aber keine bündige Interpretation. Nur die Kenntnis von an anderer Stelle publiziertem Material macht deutlich, daß diese Versuche im Zusammenhang von Bemühungen der SS standen, gegen die Schulmedizin auf der Grundlage von Volks- und Naturheilkunde eine Reform der Medizin durchzusetzen und deren Verwertung der SS zu sichern.

Ändern solche Hinweise etwas an der Interpretation des Materials? Soweit aus ihm eine abstrakte Kritik an medizinischer Forschung, Naturwissenschaft und Technik abgeleitet wird, glaube ich, daß dies der Fall ist. Naturwissenschaften, Volkshelkunde, anthropologische Medizin, Psychologie oder Soziologie waren im Rahmen der nationalsozialistischen Medizin keine Widersprüche. Ihr Kooperationsfeld waren außerhalb der Konzentrationslager das Interesse an Leistungssteigerung und profitabler Verwertung von Arbeitskraft, innerhalb der Konzentrationslager das Programm der offenen „Vernichtung durch Arbeit“.

Die nationalsozialistische Medizin ist nur begreifbar als Ausdruck dieser wirtschaftlichen Interessen. Die in der Dokumentation belegten Faktoren von politischer und militärischer Einflußnahme, von kollektivem und persönlichem Versagen wissenschaftlich und ethisch desorientierter Forscher sind dagegen Mittel, nicht Ursache dieser „Medizin ohne Menschlichkeit“.

Herausg.: Alexander Mitscherlich und Fred Mielke
Fischer Taschenbuch-Verlag, 3. Aufl. 1978, TB-Nr.: 2003
Walter Wuttke-Groneberg (Tübingen)

buch *Kritik* buch

Atomkraftwerksgefahren aus ärztlicher Sicht v. Hermann Kater

„Man kann die Menschen einteilen in solche, die gegen Atomkraftwerke sind, und jene, die darüber noch nicht nachgedacht haben.“ Dieses Zitat, vom Autor bewußt an das Ende des Vorwortes gesetzt, drückt wohl am besten aus, worum es dem Verfasser mit seiner Initiative geht. Das besonders kompakt gehaltene Buch möchte zum Nachdenken über Kernkraftwerke und ihre lebensbedrohenden Nebenwirkungen anregen. In kurzer aber prägnanter Weise wird dem Leser eine Fülle von Fakten über den gesamten Problembereich nahegebracht.

Über den Autor schrieb „Medical Tribune“ im Juni 1979: „Da der Verfasser, langjähriger CDU-Stadtrat in Hameln, führender Hartmannbund-Mitstreiter in Niedersachsen und 2. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen sicherlich unverdächtig ist, sich vor den Wagen links-ideologischer Bekämpfer des Atomstroms in unserem Lande spannen zu lassen, fordert sein Buch zusätzliches Interesse heraus.“

Man bescheinigte ihm gleichwohl Einseitigkeit, Wissenschaftsfeindlichkeit, und stellt ihn in die Reihe der Umweltfanatiker, die es sich zu leicht machen.



In seinem nunmehr schon in der 4. Auflage erschienenen Buch begnügt sich Kater nicht nur damit, über aktuelle Problematiken, wie z. B. Endlagerung von verbrauchten Kernbrennstäben zu informieren, sondern vermittelt auch wissenswerte Hintergründe zum Bonner Atomprogramm, welches letztlich unter der Prämisse „Atom für den Frieden“ – nach den Atombombenmassakern von Hiroshima und Nagasaki – entstanden ist.

Unter der Überschrift „Die Atomenergie – Lobby und ihre Sympatisanten“ beschreibt Kater die Verstrickung von nationalen Industriegiganten und multinationalen Konzernen im profitablen Atomgeschäft, auf nationaler Ebene zusammengeschlossen im „Deutschen Atomforum“. Pro-Bürgerinitiativen finden ebenso Erwähnung wie die innergewerkschaftlich stark umstrittene Stellungnahme des DGB zur Kernenergie.

Es folgt ein für die im Gesundheitswesen Tätigen interessanter Teil über die verwischene Position der Bundesärztekammer, sowie Rückblicke auf kritische Stellungnahmen innerhalb der Ärzteschaft, weiterhin Abschnitte, die die oft bagatellierte Strahlenemission, die völlig unzureichenden Katastrophenschutz-Maßnahmen und auch konkrete Hilfsmaßnahmen bei Strahlenunfällen behandeln.

Im Interesse einer komprimierten Information über die erwiesenen Gefährdungen des Menschen durch die Kernkrafttechnologie ist der Schluß des Buches („Es geht auch ohne das Atom“) recht knapp gehalten und kann wohl nur als Diskussionsansatz verstanden werden.

Ergänzt wird der Textteil durch ein sehr umfangreiches Literaturverzeichnis sowie durch eine Dokumentation u. a. über die Verflechtung der westdeutschen Atomindustrie und über „Die Großen im deutschen Atomgeschäft“.

Insgesamt gesehen ein Buch, das durch seinen Informationsgehalt von Interesse ist und kritische Leser zu einer tieferen Auseinandersetzung mit den Risiken der Kernenergiegewinnung anregen sollte.

v. Eberhard Herrmann

Hermann Kater
„Atomkraftwerksgefahren aus ärztlicher Sicht“
4. Auflage
Adolf Sponholtz-Verlag, Hameln
ISBN 3 87766 044 4

Strahlenrisiko?!

In der Serie Piper erschien das Buch „Strahlenrisiko!? – Medizin, Kernenergie, Strahlenschutz“ von Ludwig Rausch, Professor am Klinikum der Universität Gießen am Zentrum für Radiologie und Mitglied der Strahlenschutzkommission.



Ehrlicherweise wird bereits im Vorwort die Katze aus dem Sack gelassen: Der Autor wünscht, daß „meine oft sehr deutliche Kritik an bestimmten Formen der Gegnerschaft zur Kernenergie nicht als eine umfassende, wissenschaftlichen Beurteilungsmaßstäben standhaltende Stellungnahme für oder gegen die Kernenergie verstanden wird. Das Buch will zwar auch auf diesem Gebiet Entscheidungshilfen bieten, aber diese beschränken sich auf den Bereich biologischer Strahlenwirkung. Damit sind keine Aussagen über Fragen der Reaktorsicherheit, des Brennstoffzyklus, der Endlagerung ... gemacht“. An anderer Stelle wird dem Leser jedoch versichert, „daß der Sachinhalt des Buches sich am Stand wissenschaftlicher Erkenntnis orientiert und daß mich der Wunsch nach Darstellung von Wahrheit und inhaltlicher Ausgewogenheit leitete, die sich auf naturwissenschaftlichen Arbeitsfeldern glücklicherweise oft zweifelsfrei ermitteln lassen. Und zur Wahrheit gibt es bekanntlich keine brauchbare Alternative.“ So gibt sich der Autor in populärwissenschaftlichem Stil einige Mühe, dem Leser seine radioaktiven Ängste zu nehmen, schon in den Kapitelüberschriften: „Atomkraft? Nein danke? Ölpest? Ja bitte!“, „Das Millirem als Angsttraum: der Mißbrauch von Kenntnissen“ oder 18. Kapitel: „Kernkraftwerkskatastrophe! – Was bringt uns der Autovekehr?“. „Reiten Sie? Fliegen Sie? – Realistische Einschätzung von Risiken“. Das 25. Kapitel schließlich wird mit „Erbgesundheit bis zur nächsten Eiszeit“ überschrieben, was zur Zeit wohl noch

nicht dem Stand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung entspricht.

Trotzdem ist vieles richtig, wenn man als kritischer Leser und Kernkraftgegner sich dem Buch nähert. Eine Lösung zu der Frage „Kernkraftwerke ja oder nein“ findet sich nicht, der Autor unterstreicht dies bewusst. Letztenendes jedoch kommt er zu dem Schluß, daß „eine Ablehnung von Kernkraftwerken wegen ihrer Strahlenbelastung sinnlos sei“.

Breiten Raum wird der durch Röntgendiagnostik bedingten Strahlenbelastung eingeräumt, was vor allem für die im medizinischen Bereich Tätigen von nicht unerheblichen Interesse ist.

Rausch kommt so auch zum dem Schluß, daß ein beachtlicher Teil der Ärzteschaft, auch der Radiologen, auf dem Gebiet des Strahlenrisikos Ansichten vertritt, die nicht mit dem Stand der Wissenschaft zu vereinbaren sind. Er fordert eine bessere Risiko-Nutzen-Abwägung und letztlich damit einen Einhalt der noch immer steil ansteigenden Kurve der Röntgenuntersuchungen.

Insgesamt ist das Buch für den Interessierten als Zusatzlektüre interessant. Als alleinige Informationsquelle sollte man es niemanden empfehlen, vor allem dem nicht, der frisch beginnen möchte, sich mit Strahlenschutzfragen und Kernenergieproble-

men auseinanderzusetzen, da bei dem populärwissenschaftlichen Stil doch manches an kritischer wissenschaftlicher Herangehensweise an diesen Fragenkomplex unter den Tisch fällt. Vieles wird Opfer der vordergründig verständlichen, aber letztenendes doch vereinfachten Darstellung. Der Autor hat dies schon selbst bemerkt, er war sich schon im Vorwort bewußt, daß er so manche Kritik von allen Seiten einstekken müßte.

**Ludwig Rausch
Strahlenrisiko!**

Serie Piper

R. Piper & Co. Verlag, München, 1979.

Der SMON-Skandal oder Geld geht vor Gesundheit

SMON – das ist das Stichwort für einen der größten Arzneimittel-Katastrophen unserer Zeit. Erschreckend ist, wie wenig man darüber außerhalb Japans weiß. Da hilft es auch wenig, SMON als die Abkürzung für das Medizinerlatein: „subakute myelo-optische Neuropathie“ zu erklären. Dies ist eine Krankheit, die mit Prickeln und Taubheitsgefühl in den Füßen anfängt und zu oft mit Erblindung und totaler Invalidität endet. Hervorgerufen wird sie durch den Wirkstoff Clioquinol, besser bekannt unter den Firmennamen „Mexaform“, „Entero-Vioform“ u. a. Opfer dieser Krankheit sind mehr als 20 000 Japaner. Über Jahre hat die Pharmaindustrie unter Führung des schweizerischen multinationalen Konzerns Ciba-Geigy diesen Arzneimittelskandal vertuscht.

Vor wenigen Monaten erschien nun das Buch von Olle Hansson, einem Kinderneurologen aus Göteborg/Schweden, der versucht, die Hintergründe dieser Arzneimittelkatastrophe aufzudecken und die Behauptung der Pharmaindustrie zurückzuweisen, daß SMON ein japanisches Problem sei.

1934 brachte Ciba die Substanz Clioquinol auf den Markt. Angepriesen wurde es als harmloses Durchfallmittel. Bereits 1935 wurde in einer argentinischen Fachzeitschrift über eine schwere Nervenkrankheit nach Clioquinol berichtet und auch der Firma mitgeteilt.

1962 fiel einem Schweizer Tierarzt auf, daß nach der Gabe von Entero-Vioform bei Hunden Krämpfe auftraten. Dies wußte man bei Ciba aber schon. Hatte man doch bei eigenen Tieruntersuchungen im Jahre 1939 ähnliche Beobachtungen gemacht. Später wies man die Käufer dieser Durchfallmittel auch darauf hin: „Für die Behandlung von Tieren nicht geeignet.“ Für Menschen wurde weiterproduziert, bei der Ciba bis 1970 allein 2650 Tonnen. Zu kaufen waren die Medikamente ohne Rezept, angewendet werden sollten sie hauptsächlich bei der Vorbeugung und Behandlung „unspezifischer Durchfälle“, obwohl es in der Fachwelt längst als erwiesen galt, daß die Präparate in der Behandlung z. B. des Reisedurchfalls „weitgehend nutzlos“ waren.

Aufmerksam wurde man erst, als in Japan Ende der 60er Jahre tausende an einer „geheimnisvollen Krankheit“ erkrankten. Am 7. August 1970 äußerte ein japanischer Professor den „ungeheuerlichen Verdacht“, daß das bisher als völlig ungefährlich geltende Clioquinol, die als SMON bezeichnete Krankheit verursacht. Bereits am 8. September 1970 wurden Verkauf und Anwendung verboten. 1972 wurde kein neuer Krankheitsfall in Japan festge-

stellt. Seit 1976 sind in Japan insgesamt 32 Verfahren gegen den japanischen Staat und sechs Hersteller des Mittels anhängig.

Den ersten 45 Opfern wurden jetzt acht Millionen Mark Schadensersatz zugesprochen. Olle Hansson war durch seine Arbeit an der Aufdeckung der Zusammenhänge maßgeblich beteiligt. Er trat im Prozeß in Tokio als Zeuge auf.

Der erste Teil des Buches verschafft einen spannenden Einblick hinter die Kulissen.

Außerhalb Japans geht der Verkauf jedoch weiter. Nur in Schweden und Norwegen wurde der Wirkstoff verboten. In der BRD begnügten sich die Behörden damit, die Präparate ab 1. 1. 1977 unter Rezeptpflicht zu stellen. Zwar wird in Packungsbeilagen vor zu langer Behandlung gewarnt, wie willkürlich dies geschieht, zeigt ein Vergleich der Ciba-Geigy Dosierungsempfehlungen. Den Engländern mutet man nur 7 Gramm zu, in Spanien wird erst ab 21 Gramm zu Zurückhaltung gemahnt, während man glaubt, daß die Italiener 42 Gramm vertragen können. Und SMON gibt es nicht nur in Japan, wo es auch bei Patienten aufgetreten war, die nicht mehr als 11 Gramm eingenommen hatten. Allein in Schweden sind Hansson 22 sichere und mindestens 15 vermutete SMON-Opfer nach Clioquinol bekannt. Er fragt:

„Allein um des Profites Willen offensichtlich nutzlose Präparate, deren Anwendung zudem das Risiko gefährlicher Nebenwirkungen mit sich bringt, zu vermark-

ten – warum soll dies weniger verbrecherisch sein, als das Wirken illegaler Drogenhändler?“

„Daß Gesetze und Verordnungen immer viel eher die Rechte der Industrie als die Sicherheit des Patienten schützen, ist eine der Erklärungen, warum die SMON-Katastrophe eintreffen konnte. Es liefert auch die Erklärung dafür, warum „seriöse“ Pharmahersteller in vielen Ländern – formal völlig legal, aber moralisch verwerflich – den Verkauf von unnützen und/oder riskanten Arzneimitteln fortsetzen dürfen. Diese Lücke in der Gesetzgebung wird bedenkenlos ausgenutzt. In Schweden sprechen mehrere tausend der 16 000 Ärzte eine Sprache, die die Pharmagiganten verstehen: Sie boykottieren Ciba-Geigy-Präparate, wo dies ohne Schaden für den Patienten möglich ist.“

Das Taschenbuch liefert einen erschreckenden Einblick hinter die scheinbar respektablen Fassaden der internationalen Pharma-Unternehmen. Es erhebt nicht den Anspruch einer umfassenden Analyse und ist sehr von den persönlichen Erfahrungen des Autors geprägt. Es macht betroffen und fordert den Leser zur eigenen Stellungnahme heraus. Dem Buch ist eine weite Verbreitung zu wünschen.

Olle Hansson

Arzneimittel – Multis und der SMON-Skandal

ATI-GmbH – Berlin 1979



Reformen, die Reformen verhindern

Der Vertrag zwischen gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über „Verhaltenstherapie auf Krankenschein“

Zum 1. Januar 1980 sollte es für alle Krankenversicherten „Verhaltenstherapie auf Krankenschein“ geben. Dies beinhaltet ein Vertrag zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, nach dem „Verhaltenstherapie“ Teil der ambulanten kassenärztlichen Versorgung werden soll. Ein Fortschritt? – Kein Fortschritt! meinte die betroffene Fachgesellschaft, die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) und schlug Alarm: Der Vertrag torpediert alle Reformversuche im psychiatrischen Bereich. Dieser Alarmruf kurz vor zwölf (am 17. Dezember 1979 auf einer vielbeachteten Pressekonferenz in Düsseldorf) zwang die Vertragspartner, ihr Unternehmen um mindestens drei Monate zu stoppen.

Mit diesem Vertrag wird die unkontrollierte freie Niederlassung von Diplom-Psychologen gefördert. Dies widerspricht jedoch einer gemeindenahen und bedarfsgerechten Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich. Ein Reformmodell, das von allen Bundestagsparteien, von Gewerkschaften, den freien Wohlfahrtsverbänden und allen, die überhaupt etwas mit psychiatrischer Versorgung zu tun haben, begrüßt und unterstützt wird.

Dieser Vertrag widerspricht allen Reformvorschlägen

Zwei Monate vor dem Bekanntwerden des Vertragsentwurfs durch die Pressekonferenz der DGVT diskutierte der Bundestag nach vier Jahren die Psychiatrie-Enquete (vgl. DG 1/79). Der Ausbau der ambulanten Versorgung nach den **Eckpfeilern gemeindenah, bedarfsgerecht und kostengünstig** wurde als Hauptansatzpunkt der Reform angesehen.

Der vorliegende Vertrag widerspricht allen drei Forderungen:

Gemeindenähe kann er nicht gewährleisten; denn die zukünftigen zugelassenen „Verhaltenstherapeuten“ werden sich nach ihren privaten Kriterien in den besseren Stadtteilen niederlassen. Möglicherweise werden eines Tages die quantitativen Bedingungen (Entfernungen) der Gemeindenähe erfüllt sein; doch die qualitativen Inhalte (der „Therapeut“ geht in die Gemeinde hinein, um dort präventiv zu arbeiten) werden durch diesen Vertrag grundsätzlich ausgeschlossen.

Bedarfsgerecht im marktwirtschaftlichen Sinne mag dieser Vertrag schon sein; doch er wird an den Bedürfnissen der Betroffenen vorbeigehen. Konkret: Die zukünftigen „Verhaltenstherapeuten“ werden sich dort niederlassen, wo Menschen für Psychotherapie sensibilisiert wurden, also in

Stadt- und Landgebieten, in denen die „besseren“ Schichten wohnen. Möglicherweise werden sie dort einen künstlichen Bedarf wecken.

Andere Bevölkerungsgruppen werden weiterhin mit ihren psychischen Problemen und Störungen direkt in Landeskrankenhäuser geschickt werden. Dies können wir bereits in den Praxen der Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie beobachten. Weiterhin gibt es ähnliche Erfahrungen in anderen Ländern.

Finanziell werden die gesetzlichen Kassen durch diesen Vertrag weiter belastet; denn ein niedergelassener „Verhaltenstherapeut“ will auch – seiner Ausbildung entsprechend – leben und braucht deshalb stets eine Anzahl von „Patienten“. Sonst lohnt die Sache nicht.

Der Vertrag hat noch weitere „Pferdefüße“, die nur kurz genannt werden sollen: Die Ärzte maßen sich mit diesem Vertrag die Kontrolle über Methoden an, die sie in ihrem Studium nicht kennengelernt haben. Der Psychotherapeut kann erst aktiv werden, wenn ihm ein Patient vom Arzt überwiesen wird. Der Vertrag ist wissenschaftlich unhaltbar; denn der benutzte Begriff von „Verhaltenstherapie“ ist seit zehn Jahren veraltet. Doch wenn er in Kraft tritt, wird er die zukünftige Ausbildung entscheidend prägen. Der Vertrag bevorzugt eine Berufsgruppe und gefährdet damit Ansätze zu einer berufsübergreifenden Teamarbeit. Er bedroht die Arbeit von öffentlichen Beratungsstellen, da diese in Zukunft von ihrem Träger gezwungen werden, „psychotherapeutisch“ zu arbeiten, um kostendeckend zu sein. Die präventive Arbeit dieser Einrichtung wird somit sterben.

Die Gründe der Politiker

Der Alarmruf der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie hat eine politische Entwicklung im psychiatrischen Bereich

vorläufig gestoppt, die eine Vorgeschichte hat: Im Juni 1978 legte das Bundesgesundheitsministerium einen Gesetzentwurf über die Zulassung von „Psychotherapeuten“ zum Heilberuf vor. Gewerkschaften, freie Wohlfahrtsverbände, die beiden größten psychotherapeutischen Verbände DGVT und GwG, die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP) und die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) argumentierten gegen dieses Gesetz: Es gehe nicht an, daß die Versorgungsfrage durch eine berufsrechtliche Regelung beantwortet werde.

Auch das Bundesarbeitsministerium war aus ähnlichen Gründen dagegen. Das BMAS strebte eine gemeindenähe Versorgung an; doch gleichzeitig wollten die betroffenen Politiker vor der Bundestagswahl eine „Reform“ vorweisen können.

Da sich die Länder – trotz offizieller positiver Stellungnahmen zum Prinzip der gemeindenahen Versorgung – gegen eine notwendige Bund-Länder-Kommission für Psychiatrie wehrten, die die Reformschritte koordinieren und planen sollte, brauchte die Bundesregierung etwas anderes zum Vorzeigen.

So regte das Bundesarbeitsministerium den nun vorliegenden Vertrag an. Anfangs verhandelte die Kassenärztliche Bundesvereinigung nur mit den Ersatzkassen; denn von der AOK war bekannt, daß sie einer solchen „Scheinregelung“ nicht zustimmen wolle. Als jedoch KBV und Ersatzkassen sich einig waren, mußte der Bundesverband der AOK mitziehen; denn sonst würde es wieder einmal heißen: die AOK ist die „arme-Leute-Krankenkasse“. Dies ist übrigens die übliche Taktik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: die gesetzlichen Krankenkassen aufgrund ihrer Zersplitterung gegeneinander ausspielen.

Selbst in den Gewerkschaften gab es Befürworter für diesen Vertrag, obwohl er letztlich noch schlechter ist als das Psychotherapeutengesetz, das von ÖTV und DGB eindeutig abgelehnt worden ist. Politiker und Gewerkschaften glaubten, dieser Vertrag könne zumindest kurzfristig Erleichterung bringen.

Wie sehen die Alternativen aus?

Es gibt jedoch schon Alternativen zu dieser Regelung. Ihr Vorteil: Sie sind kurzfristig

durchführbar, sie bringen Erleichterungen, und es sind die ersten Schritte hin zur Schaffung einer gemeindenahen und bedarfsgerechten Versorgung.

So schlägt die DGVt den Auf- und Ausbau von Ambulanzen an psychiatrischen Fachkliniken und an Allgemeinkrankenhäusern mit einer psychiatrischen Fachabteilung vor. Schon heute gibt es Ambulatorien im psychosozialen Bereich, die wie das der

AOK Mettmann vorwiegend präsentiv arbeiten und in den Händen der Krankenkassen sind. Es gibt Möglichkeiten der Mischfinanzierung, wie die von der Bundesregierung geförderten Modelleinrichtungen beweisen. Hier wird in öffentlichen Beratungsstellen in Trägerschaft der Kommune und/oder der freien Wohlfahrtsverbände die präventive Arbeit von den Trägern, die therapeutische Arbeit von den Kassen fi-

nanziert. Dabei fällt die Einzelleistungsabrechnung, die der Vertrag vorsieht, weg. Nur so kann langfristig eine gemeindenah und bedarfsgerechte Versorgung geschaffen werden, die dann auch mit einem „neuen“ sozialwissenschaftlichen Krankheitsmodell verändernd in die krankmachende Umwelt einwirkt.

Bernhard Scholten, Pressesprecher der DGVt

10 Minuten Humanität ab 1985

Von Peter Liebermann

In der Diskussion um Kosten im Gesundheitswesen wird in besonderem Maße auf die Lohnkosten der Beschäftigten, vornehmlich die des Pflegepersonals, hingewiesen. Obwohl in vielen Krankenhäusern Planstellen nicht besetzt werden können – so mußten in der Universitätsklinik Frankfurt Zimmer geschlossen werden – geistert die Mär von einem Überangebot an Pflegekräften herum. Um diesen Gerüchten auf den Grund zu gehen und somit eine bessere Personalplanung zu ermöglichen, beauftragte das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) mit einer Untersuchung über den Personalbedarf an Pflegekräften (Krankenpflegeenquete). 1)

Aufgabe der Untersuchung war es, „Grundlagen für eine rationale Personalwirtschaft sowie Empfehlungen über Art, Umfang und Richtung gegenwärtig und in Zukunft zu ergreifender Maßnahmen zur Nachwuchsförderung zu erarbeiten.“ 2) Zieleinheiten der Untersuchung waren Krankenhäuser, Einrichtungen für Altenpflege, Säuglings- und Kinderpflege, Kurkliniken, Rehabilitationszentren, Gemeindepflegestationen und Werksambulanzen. Der zu untersuchende Personenkreis umfaßte examinierte Kranken- und Kinderkrankenpflegepersonen, examinierte Krankenpflegehilfspersonen, Schülerinnen und Schüler der Kranken- und Kinderkrankenpflege und der Krankenpflegehilfe. Das Ergebnis der Krankenpflegeenquete ergab einen Fehlbedarf an Pflegekräften. Zusätzlich wurden noch 4 Faktoren hinzugefügt, die den Bedarf vergrößern:

Das neue Mutterschutzgesetz

zusätzlicher Personalbedarf 1,3 %,

die Inanspruchnahme von 2 Tagen Bildungsurlaub pro Beschäftigten

ab 1980 zusätzlicher Personalbedarf 1 %,

eine verstärkte persönliche Betreuung des Patienten ab 1985

veranschlagt mit 10 Minuten je Patient und Tag in den Anhaltszahlen – zusätzlicher Personalbedarf 5,7 %,

die Einführung der 35-Stunden-Woche ab 1985

zusätzlicher Personalbedarf 14,3 %.

Ein riesiger Fehlbedarf also, der im Höchstfall bei fast 100 000 Pflegekräften liegt.

Bei näherem Hinsehen erweist sich diese Studie als reine Zahlenspielerlei, wobei nur eines feststeht:

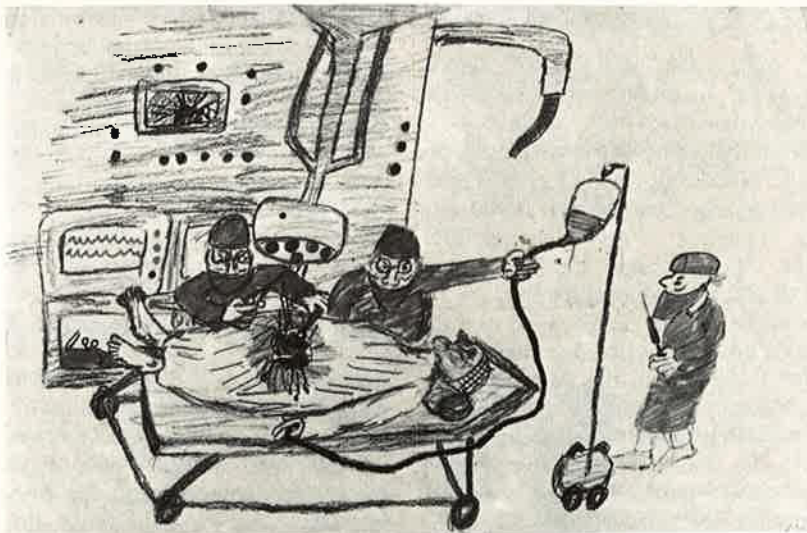
Der Bedarf ist wesentlich größer als von der DKG berechnet:

Die DKG verwendete eigene Berechnungen und eine Stichprobenbefragung, obwohl Zahlen des Statistischen Bundesamtes und der Statistischen Landesämter vorlagen. Teilweise wurde aufgrund fehlender Unterlagen Schlüsse gezogen.

Ein Beispiel hierfür: zu Beginn der Untersuchung existierte keine Auflistung aller Werksambulanzen in der BRD und W-Berlin. Im Rahmen der Untersuchung wurde deshalb mit der Prämisse gearbeitet, daß die Anzahl der im Verband der deutschen Betriebs- und Werksärzte e.V. registrierten Ärzte identisch ist mit der Anzahl der Werksambulanzen in der BRD und W-Berlin. 5)

Als Berechnungsgrundlage für den Bedarf wurden Krankenhausbedarfspläne der Länder herangezogen. Da diese teilweise noch nicht abgeschlossen sind und die bisher vorliegenden Ergebnisse sehr fragwürdig sind – so sollen in NRW nicht mehr 17 500 sondern nur 8 600 Betten abgebaut werden – 6), ergibt sich ein höherer Bedarf an Pflegekräften. Hinzu kommt, daß durch die schon abgebauten Betten der Auslastungsgrad, der mit 85 % im Planschlüssel berechnet wird, wieder ansteigt, und die 85 % bald erreichen dürfte. Für einzelne Fachabteilungen, z.B. Innere Medizin, liegt der Auslastungsgrad sowieso schon über 90 %.

Es wurden die alten Anhaltszahlen von



Gegenüberstellung von Personalangebot und Personalbedarf für die Prognoseeckjahre im Bundesgebiet

Prognose- eckjahr	Personal- angebot	Personal- bedarf	Mangel (-) / abs.	Überhang (+) in %
1	2	3	4	5
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
1990	368 260	369 190	- 930	- 0,3
1995	356 650	369 190	- 12 540	- 3,5

¹⁾ 1976 und 1980 wurden Schülerzahlen im Verhältnis von 4:1 im Personalangebot berücksichtigt (1976: 17 240; 1980: 21 120).

1974 benutzt. Zahlen, die selbst von der DKG seit Jahren schon als zu niedrig angesehen werden.

Die Bestimmung des Personalangebotes setzt sich zusammen aus:

- der Bestandsfortschreibung, bei der davon ausgegangen wird, daß die „sonstigen Pflegekräfte“ (also Personal ohne Ausbildung), die seit 1976 bundesweit nicht mehr statistisch erfaßt werden, bis 1990 völlig durch examiniertes Personal ersetzt werden.

- der Zahl der Auszubildenden, aufgeschlüsselt in die drei Bereiche: Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Pflegehilfe, berechnet auf der Grundlage der aus der Bevölkerungsentwicklung berechneten Bildungsbeteiligungsquote in diesen Ausbildungsgängen.

- der Abgangsquote, d.h. der prozentuale Anteil an Pflegekräften, aufgeschlüsselt nach den drei oben genannten Bereichen, der pro Jahr aus dem Beruf ausscheidet. Dazu wurde das Mittel dieser Quote aus den Jahren 1971—76 ermittelt. Für den Krankenpflegebereich beträgt sie 4,9 %.

1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977
4,6 % 4,4 % 4,5 % 2,9 % 4,0 % 8,7 % 7,8 %

Bildet man das Mittel der Jahre 1971—1977, so erhält man 5,3 %. Das Mittel der Jahre 1972—1977 ergibt 5,4 %. Unterstellt man eine Abgangsquote von 5,2 %, so erhält man schon für 1979 eine Abweichung zur Enquete von 5 900 zusätzlich fehlender Krankenpflegekräfte. Bei einer Abgangsquote von 8 % fehlen sogar 15 200 Krankenpflegekräfte.

Die zynische Betrachtungsweise, erst ab 1985 eine intensivere persönliche Betreuung der Patienten in die Anhaltzahlen aufzunehmen, zeigt deutlich, daß bei dieser Untersuchung nicht die bessere Versorgung der Patienten im Vordergrund steht. Vielmehr geht es darum, neue Argumente für Rationalisierung im Gesundheitswesen zu finden. Deshalb ist es auch unerheblich, ob 100 000 oder 150 000 Pflegekräfte fehlen.

Die Schlußfolgerungen der Enquete

- Sicherstellung der angenommenen, aber auch durch gegenüber den Annahmen der Enquete noch erweiterte Ausbildung neuer Krankenpflegekräfte,
- Reaktivierung ehemaliger Krankenpflegekräfte,
- Beschäftigung ausgebildeter Krankenpflegekräfte aus anderen Ländern,⁹⁾ die je nach Bedarf wieder abgeschoben werden.
- differenzierende Bestimmung des Versorgungsstandards in verschiedenen pflegerischen Aufgaben und Einsatzbereichen,
- entsprechende Abgrenzung der Aufgaben und Funktionen von Krankenpflegehilfskräften (Kinder-)Krankenpflegekräften und Fachpflegekräften,
- Ermittlung des wünschenswerten, aber auch des höchstzulässigen Anteils von Krankenpflegehilfskräften einerseits und von Fachpflegekräften andererseits an der Gesamtzahl der Pflegekräfte in den Leistungseinheiten pflegerischer Versorgung,
- Sicherstellung eines entsprechend gezielten - rationellen und wirtschaftlichen - Personaleinsatzes unter Berücksichtigung der zu übernehmenden Aufgaben.¹⁰⁾

Den Aspekt der Ausbildungskapazitätserweiterung kann man vernachlässigen, da diese aus Kostengründen nicht erfolgen wird.¹¹⁾

Viel interessanter ist der andere Aspekt:

Das Progressivpflegesystem

Die Patienten sollen weniger nach Fachdisziplinen als nach Pflegeintensität eingeteilt werden. Es wird eine Intensiv-, Normal-, Minimal- und Hostalpflege geben. Nach einer Untersuchung des DKI sollen fast 25 % der Aufenthaltstage bei einer vollstationären Versorgung durch Einführung der Progressivpflege überflüssig werden.¹²⁾

Dies bedeutet: stärkere Auslastung des Personals durch 100 %-Pflegefälle auf den Normalstationen. Mehrbelastung durch ständigen Patientenwechsel, monotone Tätigkeit im Minimalpflege- bzw. Hostal-systems.

Damit verbunden ist eine stärkere Spezialisierung (Fachkrankenpflege) und Arbeitsteilung mit Erhöhung des Anteils an un- bzw. teilqualifizierten Arbeitskräften.

Nachdem die steigenden Kosten im Krankenhaus als Begründung für den verstärkten Personalabbau nicht mehr herhalten können, hat die DKG nun auf „wissenschaftlicher“ Basis eine Begründung dafür gewonnen.

Auf der anderen Seite glauben die Arbeitgeber nun auch ein Argument gefunden zu haben, warum dem Pflegepersonal kein Bildungsurlaub und keine 35-Stunden-Woche zustehe.

Auf Humanität im Krankenhaus und mehr Zeit für Beschäftigte und Patienten soll weiterhin verzichtet werden, denn 10 Min mehr pro Patient/pro Tag erfordern ungefähr 6 % mehr Personal.



1) DKG im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Untersuchung über den gegenwärtigen und künftigen Bedarf an Pflegekräften in der BRD-Krankenpflegeenquete, 2. Fassung, Düsseldorf 1978.

2) Krankenpflegeenquete, a.a.O., S. 9

3) DKG im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, Untersuchung über den gegenwärtigen und künftigen Bedarf an Krankenpflegepersonen in der BRD, Zusammenfassender Bericht, Sonderdruck des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Februar 1979, S. 40

4) Sonderdruck des BMJFuG a.a.O., S. 46

5) Krankenpflegeenquete, a.a.O., S. 28

6) Demokratisches Gesundheitswesen 1/79

7) Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Reihe 7, Berichte des Gesundheitswesens, in: Zusammenfassender Bericht, Sonderdruck des BMJFuG, a.a.O., S. 10

8) eigene Berechnungen

9) Zusammenfassender Bericht, Sonderdruck des BMJFuG, a.a.O., S. 47ff

10) Zusammenfassender Bericht, Sonderdruck der BMJFuG, a.a.O., S. 47 ff

11) Vgl.: die Diskussion um die Einführung des neuen Krankenpflegegesetzes.

12) Hg. BMA und Sozialordnung, DKI Düsseldorf in Zusammenarbeit mit der Uni Düsseldorf, Untersuchung über die personellen und finanziellen Entlastungsmöglichkeiten der Krankenhausversorgung durch Differenzierung der Krankenhausaktivitäten nach vollstationärer und semistationärer Versorgung.

Hartmannbund auf CSU-Kurs?

Ein Blick in die Standespresse

Von Hans See

In diesem Jahr feiert der Hartmannbund seinen 80jährigen Geburtstag. Für die Jahreshauptversammlung im Dezember '79 und die beiden Nummern (24/79 und 1/80) des offiziellen Organs des HB „Der Deutsche Arzt“, die zum Jahreswechsel erschienen, wäre das ein wichtiges Thema gewesen. Aber die bevorstehende Neuregelung der Gebührenordnung und die Wahlen im Jahre 1980 brannten der HB-Führung ärger unter den Nägeln als die Bewältigung der Vergangenheit des neu-erdingt wieder ins Gerede gekommenen Verbandes.

Was man den ärztlichen Vereinigungen und Verbänden, speziell dem Hartmannbund, von seiten des „Spiegel“ (vgl. Nr. 48/79) und in einer Studie der Professoren Leibfried und Tennstedt („Berufsverbote und Sozialpolitik 1933“) anlastet, ficht den heutigen Vorsitzenden nicht an. Denn was damals geschah, hat doch mit dem heutigen Hartmannbund nichts zu tun. Das war „die Frucht einer menschenverachtenden Politik eines Regimes, dessen zutiefst inhumane und antiindividuelle Zwangskollektivierung zum Chaos führte“, war also Schuld des nationalsozialistischen Kollektivismus. Und schon ist der aktuelle Bezug zum sozialistischen Kollektivismus der Gegenwart hergestellt.

Noch sind die Exponenten einer bestimmten Partei (welcher, das braucht man nicht auszusprechen) von bestimmten Gruppen (die man genau zu kennen scheint) noch nicht total beherrscht, aber diese Gruppen treiben die Politik durch teils offene, teils „kryptogene Wühlarbeit“ in Richtung sozialistischer Kollektivismus. Sogar die CDU gerät unter Sozialismusverdacht. Jedenfalls konnte der HB-Vorsitzende Dr. Bourmer sie nicht davon freisprechen, „bei der Demontage des Gedankens der Selbsthilfe und der individuellen Eigenverantwortlichkeit mitgewirkt“ zu haben.

Was tun? Der kampferprobte Hartmannbund ist nicht ratlos. Er erinnert seine 32 355 Mitglieder daran, daß Wahlen bevorstehen, daß die eigenen Stimmen schon den Ausschlag geben können. Man könne, rät der niedersächsische HB-Landesvorsitzende, auch im Sprech- und Wartezimmer die Patienten auf die Gefahren, die dem freien Arztberuf drohen, aufmerksam machen. Denn es gehe dabei ja auch um die freie Arztwahl, die gegliederte Krankenversicherung, die Selbstverwaltung. Und welcher Patient wünscht sich schon den von „oben“ gegängelten Marionetten-Arzt, die Einheitsversicherung, die befohlene statt die empfohlene Honorar-

vereinbarung? Dagegen fordert der Hartmannbund die Kostenbeteiligung des Patienten. Das schafft individuelle Eigenverantwortlichkeit für Arzt und Patient – meinen jedenfalls die Vertreter des Hartmannbundes. Um den drohenden Kollektivismus abzuwehren, fordert der Ehrenvorsitzende Jungmann als „Gebot der Stunde“ die Ärzteverbände auf, „zur Vertretung ihrer gemeinsamen Interessen zusammenzurücken“. Dr. Braun, Landesvorsitzender des HB Bayern will „die guten Kontakte, die wir zu den Unternehmerverbänden gefunden haben“, auch 1980 fortsetzen.

Doch diese Maßnahmen betreffen alle die längerfristigen Ziele. Kurzfristig steht die neue Gebührenordnung ins Haus. Der Mann Ehrenbergs, Ministerialdirektor Holler, findet ärztlichen Beifall für seine Versprechen, die ärztlichen Interessen zu berücksichtigen. Man machte ihm klar, daß ärztliches Verhalten (z.B. eine stärkere Betonung des Gesprächs mit dem Patienten) nur verändert werden könne, wenn ein angemessenes „monetäres Gewicht“ (so Dr. Bourmer) hinter der Sache stehe. Und der KV-Geschäftsführer Liebhold aus Nord-Württemberg unterstrich: „Eine Mark hier oder da würde den Arzt nicht dazu verleiten, von anderen grundsätzlichen Überlegungen abzugehen, die sein Handeln bestimmen.“ Um welche Überlegungen es sich da handeln könnte, hat er nicht verraten. Er, Holler, hat wohl richtig verstanden. Aber Bourmer muß ihn schließlich trösten: „Na ja, Herr Holler, zur Hartmann-Thiedig-Medaille hat's diesmal noch nicht gereicht, aber das kann später alles noch kommen.“ Man muß ja erst einmal abwarten, ob er sich gegen die „kryptogene Wühlarbeit“ bestimmter Gruppen durchsetzen kann.

Die Systemveränderer sind noch immer am Werk. Und der einzige, der sie glaubt stoppen zu können, Franz Josef Strauß, muß erst noch die Wahl gewinnen. Kanzler Schmidt und andere (auch der „Generallist“ Helmut Kohl) hatten zwar, wie Strauß, Grußtelegramme an die Delegierten der Jahreshauptversammlung übermittelt, aber nur FJS lag, wie die Ärztezeitschrift „status“ mitteilt (vgl. Nr. 36/79, S. 13) mit dem Grundsatzreferat der Tendenz nach auf gleichem Kurs. Es ist nur schwer vorstellbar, daß die Mehrheit der 32 355 Mitglieder des Hartmannbundes glauben könnte, mit Strauß sei die „Freiheit von Arzt und Patient“ zu sichern. Vielleicht sollten sie doch erst einmal die Geschichte des Hartmannbundes kritisch aufarbeiten, statt der Honorarfrage so ein ideologisches Übergewicht zu verleihen.

Unsere Neuerscheinung

Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen

Leitlinien für den psychiatrischen Alltag, von Asmus Finzen

1. Aufl. 1979, 132 S., DM 10,—

„Es macht Spaß, dieses eigentlich trockenen Stoff anbietende Buch zu lesen, da es dem Autor gelang, das Material schwungvoll und flüssig aufzubereiten. Die Empfehlung richtet sich nicht nur an Ärzte, sondern an alle in der Psychiatrie Tätigen.“ Nds. Ärzteblatt

Wir liefern weiter aus

„Unter elenden menschenunwürdigen Umständen“ – Die Psychiatrie-Enquete

Von A. Finzen und H. Schädle-Deininger (Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie Band 25), 252 S., DM 10,—

„Das Buch ist für jeden unentbehrlich, der mit Psychiatrie oder psychiatrischer Krankenversorgung befaßt ist, sei es beruflich, sei es als politisch Verantwortlicher, sei es als Betroffener.“ Sozialpsychiatrische Informationen

Demnächst in 4. Auflage

Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie von Klaus Dörner und Ursula Plog

4. unv. Auflage, 483 S., DM 25,—

„Es wird kein psychiatrisches Team in der BRD und in Westberlin geben, das nicht von der Bearbeitung des vorliegenden Textes erheblich lernen und profitieren wird, wertvolle Impulse und Anregungen für die eigene Arbeit gewinnen wird.“ Das Argument

In Vorbereitung

Der Krieg gegen die psychisch Kranken

Nach „Holocaust“: Erkennen – Trauern – Begegnen

gewidmet den im Dritten Reich getöteten psychisch, geistig und körperlich behinderten Bürgern und ihren Familien; verfaßt und zusammengestellt von Klaus Dörner, Christiane Haerlin, Veronika Rau, Renate Schernus und Arnd Schwendy.

...geschrieben für alle, die darüber nachzudenken bereit sind, was es bedeutet, daß mit dem 1. September 1939 nicht nur der Vernichtungskrieg nach außen, sondern auch – mit Hitlers „Gnadentod“-Erlaß – der Vernichtungskrieg nach innen begann: gegen alles Schwache, Leidende, Andersartige (erscheint im Frühjahr 1980)



Zu beziehen über den Buchhandel oder direkt bei uns
Psychiatrie-Verlag
und Versandbuchhandlung
Mühlentorstr. 28
3056 Rehburg-Loccum 1
Tel. (05037) 2781

KONGRESS BERICHTE

„Die neue Psychiatrie in Italien“

Bericht über die Veranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Landesverband Bayern vom 12.–14. Oktober '79 in München

Von Heiner Keupp (München)

Die westdeutsche Reformpsychiatrie beginnt allmählich ihr irreales Verhältnis zur Neuen Psychiatrie in Italien aufzuarbeiten. Für manche war sie zum Mythos geworden, an dem sich auch die positiven Entwicklungen bei uns nicht mehr messen lassen konnten. Ein emphatisch formulierter Reiseeindruck aus den heiligen Stätten Italiens wurde in kritischen Diskussionsphasen zum Argument, das resigniertes Schweigen zurückließ. Auch die immer häufiger stattfindenden Großveranstaltungen mit den personellen Aushängeschildern (Basaglia, Pirella, Jervis) der „Demokratischen Psychiatrie“ haben die zwischen mythischer Überhöhung und resignativer Abwehr schwankenden Einstellungen kaum realistisch korrigieren können. Eine Wende zeichnet sich ab, seit zunehmend mehr westdeutsche Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit nutzen, für längere Zeit an der praktischen Arbeit in Italien teilzunehmen. Jetzt wird es erst möglich, die programmatischen Aussagen der Italiener mit ihrer alltäglichen Praxis zu vermitteln. Jetzt wird erkennbar, daß ein Slogan wie „Freiheit heilt“ (so ein Buchtitel über die Neue Psychiatrie) richtig und falsch zugleich ist. Er wird falsch, wenn er die Vorstellung erzeugt, daß es nur darauf ankäme, Patienten aus der Einkerkierung in totalen Institutionen in einer spektakulären Aktion zu befreien; richtig ist er insofern, als die Befreiung aus der anstaltsförmigen Deformierung die Bedingung dafür ist, daß die Probleme der Patienten an die Gesellschaft zurückgegeben werden können und das wiederum ist die Voraussetzung dafür, daß das Leiden der einzelnen mit dem systematischen Leiden vermittelt werden kann, das der Kapitalismus aus sich heraus erzeugt. Doch diese Vermittlung ist ein schwieriges Unternehmen, das nicht ohne Fehler und Widersprüche bewältigt werden kann.

Genau dies hat die Münchner Tagung ganz intensiv vermittelt. Die Bedingungen dafür waren grundsätzlich andere als bei früheren Veranstaltungen, bei denen Franco Basaglia und Giovanni Jervis mit ihren Referaten im Zentrum einer sehr einseitigen Kommunikation standen: Die großen Gurus wurden gefragt und man erwartete von ihnen die richtigen Rezepte. Zur diesjährigen Arbeitstagung kamen etwa 45 Teilnehmer aus Italien: Schwestern, Pfleger, Psychologen, Ärzte aus Triest, Perugia, Florenz, Arezzo, Genua und Rom, darunter auch Leute mit bekannten Namen (Antonio Slavich, Vieri Marzi oder Paolo Trancchina), doch sie standen nicht im Mittelpunkt. Den deutschen Part in diesem intensiven Gedankenaustausch hatten etwa 500 Leute aus der ganzen Bundesrepublik und sie kamen – zu unserer eigenen Überraschung – zum überwiegenden Teil aus der psychosozialen Praxis. Es wurde zu einer Arbeitstagung, in die eine Reihe vorbereiteter Papiere einging, aber vor allem der Austausch von Problemen und Erfah-

rungen in Italien und der BRD. Gearbeitet wurde in neun Arbeitsgruppen (u. a. zu folgenden Themen: Auflösung der psychiatrischen Anstalten und Aufbau alternativer Strukturen; Arbeitsplatz- und Wohnungsprobleme bei der Wiedereingliederung von Langzeitpatienten; Frauen in der Psychiatrie; braucht die Neue Psychiatrie psychotherapeutische Techniken?; die psychosoziale Versorgung von Kindern; Gemeindepyschatrie im Widerspruch von Entpsychiatisierung und Psychiatisierung sozialer Probleme; das Gesetz über die Auflösung der Irrenhäuser).

Die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsgruppen lassen sich hier nicht zusammenfassen, man kann sie aber dem Tagungsbericht entnehmen, der gegenwärtig vorbereitet wird (er wird im Frühjahr im Psychiatrie-Verlag, Wunstorf, erscheinen). Einige Eindrücke und Einsichten sind jedoch verallgemeinerungsfähig:

1. Die Neue Psychiatrie in Italien ist kein einheitliches Gebilde, sondern die Summe teilweise ganz unterschiedlich ansetzen-



der Initiativen in einzelnen Kliniken und Städten. Obwohl die italienischen Kollegen die Tagung nicht zum Austragen interner Differenzen benutzen wollten, kamen doch sehr ausgeprägte Unterschiede in der Schwerpunktsetzung der Reformaktivitäten zum Ausdruck. Sie hängen mit divergierenden politischen Positionen innerhalb des linken Spektrums, aber vor allem mit lokalen und regionalen Besonderheiten zusammen. Es gibt also kein „italienisches Modell“, sondern es gibt eine Vielzahl von einzelnen Initiativen, die ihre eigenen Erfahrungen gemacht haben. Die Neue Psychiatrie ist deshalb kein dogmatisches Programm, sondern vielmehr der immer wieder neu zu unternehmende Versuch, die Erfahrungen auszutauschen und eine gemeinsame Auswertung zu organisieren.

2. Die gegenwärtige Stärke der Neuen Psychiatrie kommt in dem Gesetz vom Frühjahr 1978 zum Ausdruck, das den Bruch mit dem psychiatrischen Krankenhaus als dem Kern der psychosozialen Versorgung politisch verbindlich gemacht hat. Der Weg bis zu diesem Gesetz war sehr lang, er begann 1961, als Basaglia die Leitung der Klinik in Görz übernommen hat. Es war wichtig, sich noch einmal vermitteln zu lassen, wie klein die Gruppe gewesen ist, die die ersten Schritte in die Richtung der Neuen Psychiatrie unternommen hat. Im Vergleich dazu haben wir in der BRD gegenwärtig ein ungleich größeres Potential. Das könnte politisch Mut machen. In einer anderen Beziehung ist der Vergleich schwierig bis unzulässig. Die Verhältnisse in den psychiatrischen Asylen waren und sind in Italien in einem Maße desolat und inhuman, daß ihre Auflösung auf einem viel breiteren gesellschaftlichen Konsens rechnen kann als in der BRD, wo in den letzten Jahren enorme Geldmittel

KONGRESS BERICHTE

bereitgestellt wurden, um alte Kliniken zu sanieren und auch ganz neue zu bauen (so wurden im Bezirkskrankenhaus Haar bei München gerade 20 Millionen Mark für die Renovierung der Küche ausgegeben, ein Betrag, mit dem man die Einrichtung von 20 ambulanten Diensten hätte finanzieren können). Nun waren wir uns einig, daß in sanierten Kliniken die Logik des Irrenhauses nicht gebrochen ist, aber das gesellschaftliche Bewußtsein über die Psychiatrie enthält viel weniger Ansatzpunkte für die Forderung, psychiatrische Krankenhäuser aufzulösen.

3. Wenn die Psychiatriereform in der BRD auch gegenwärtig nicht in erster Linie über die Auflösung der Großkrankenhäuser durchzusetzen ist, sondern ihre Hauptchance zunächst einmal im Aufbau ambulanter Dienste sieht, so können wir gerade auch dabei von der italienischen Erfahrung lernen und Kriterien aus ihr ableiten. Wenn der Ausbau der ambulanten, gemeindenahe psychosozialen Versorgung nicht mit der Perspektive erfolgt, hierdurch die Notwendigkeit einer stationären, ausgrenzenden psychiatrischen Praxis in Form von Großkrankenhäusern zu widerlegen, dann arbeiten wir an einer grandiosen Fehlentwicklung mit. Es müssen deshalb Hauptfunktionen der ambulanten Dienste werden, die Einweisungsquote im jeweiligen Versorgungsbereich zu vermindern und eingewiesene Patienten mit allen verfügbaren Mitteln aus dem Zugriff der Anstalt herauszuholen. Man kann die Logik der Anstalt durch den Kampf von innen heraus brechen, aber dort wo wir in erster Linie außerhalb ansetzen müssen, muß auch dort mit dem gleichen Ziel gearbeitet werden. Unter Logik der Anstalt wird das Prinzip der Ausgrenzung, Aussonderung und sozialer Kontrolle im Sinne von Medikalisierung verstanden. Das macht nicht an den Grenzen der anstaltsförmigen Behandlung halt, aber findet in ihr seinen paradigmatischen Kern.

4. In Italien beginnt eine neue Phase der Psychiatriereform, in der unsere Kollegen der Neuen Psychiatrie sehr viel mehr auch von uns lernen können. Seit dem Frühjahr 1979 sind auch die italienischen Großstädte in den Reformprozeß einbezogen: Turin (dort hat Pirella die Leitung der zuständigen Klinik übernommen), Genua (Antonio Slavich) und Rom (Basaglia ist Psychiatriereferent für die ganze Region Latium geworden). Die psychischen Kosten der kapitalistischen Großindustrie, des Wohnens und der ökologischen Krise werden vermehrt zu den Themen der Neuen Psychiatrie werden und über sie wird sich dann ein noch stärker von Wech-

selseitigkeit und Erfahrungsaustausch geprägter Diskurs zwischen uns und unseren italienischen Kollegen entwickeln können.

Die Eröffnung der Arbeitstagung erfolgte mit einer Veranstaltung im Bezirkskrankenhaus Haar, das für uns in München mit seinen 2600 Betten die Symbolisierung der Art von Psychiatrie ist, die wir überwinden müssen. Zu unserer eigenen großen Überraschung kamen wir in diese mauerbewehrte Burg hinein. Zwar kamen zu unserer Veranstaltung keine Patienten und nur relativ wenige Ärzte, Schwestern und Pfleger (dafür aber die Polizei), aber es kamen immerhin 800 Leute aus der ganzen BRD, die sich von einer Gruppe aus Perugia über die Rolle der Schwestern und Pfleger bei der Auflösung der Anstalten und der jetzigen Arbeit in den Ambulatorien berichten ließen. Informiert wurde ebenfalls über eine Kooperative in Triest, die aus ehemaligen Langzeitpatienten besteht, die sich einen neuen Lebens- und Arbeitszusammenhang geschaffen haben. Beide Referate wurden von Pflegerinnen mittleren Alters gehalten, denen wir auf Anhieb kaum zutrauen würden, daß sie nach langen Jahren einer traditionellen pflegerischen Tätigkeit zu einem ganz neuen Rollenverständnis kommen könnten. Das zu sehen, hat auch Mut gemacht.

DGSP: Großkrankenhäuser auflösen!

Anfang November 1979 trafen sich über 1000 Beschäftigte aller in der psychosozialen Versorgung tätigen Berufsgruppen zur viertägigen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP). Getreu dem Selbstverständnis der DGSP und ihrer Geschichte ging es sehr selbstkritisch zu. Unter dem Leitthema „Therapie – Hilfe, Ersatz, Macht?“ wurde die Rolle des Therapeuten in Frage gestellt.

Das Wort vom Vampir, der den Patienten gleichsam aussaugt, um sich sein eigenes „Gutsein“ zu beweisen, machte die Runde. Der therapeutischen Inflation – von der Koch – über die Beschäftigungs – zur Fahrradtherapie – sollte Einhalt geboten werden. „Die größte Gefahr bei der Anwendung von Therapie ist, daß sie zu häufig und zu früh angewandt wird. Sie wird damit zur einfachen Lösung aller Probleme.“ So formulierte Ursula Plog es in ihrem vielbeachteten Einführungsreferat.

Tagtäglich Therapeut zu sein und gleichzeitig versuchen, sich überflüssig zu machen, war einer der Widersprüche, die die Tagung prägten. Warnte man auf der einen

Abgeschlossen wurde die Tagung mit einem gemeinsamen Besuch im nahegelegenen KZ Dachau. Der Vorschlag kam von einigen italienischen Kollegen und er hat intensive Diskussionen darüber ausgelöst, was unsere Tagung denn mit Faschismus zu tun hätte und ob es nicht bereits zu einem politisch fragwürdigen Ritual geworden sei, seinen Antifaschismus durch einen KZ-Besuch zu demonstrieren (auch Strauß hat das ja neulich getan). Die Diskussion war kompliziert, aber wichtig. Die in der DGSP laufende Diskussion und Dokumentation zu Holocaust und Psychiatrie war auch uns eine Hilfe, um den Zusammenhang von psychiatrischer Ausgrenzung und ihre fast bruchlose Überführung in faschistischen Massenmord herstellen zu können.

Drei Wochen nach unserer Tagung haben sich viele der Teilnehmer in Freiburg bei der Jahrestagung der DGSP wiedergetroffen. Dort wurde dann die Notwendigkeit der Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser zu dem zentralen Thema. Wir hätten es dort kaum so entschieden diskutieren können, wenn wir nicht die Impulse gehabt hätten, die uns der Erfahrungsaustausch mit den Freunden, Genossen und Kollegen aus Italien vermitteln konnte.

Seite vor der Gefahr, daß bald ein stahlhartes Spinnennetz ambulanter Versorgung entstünde, so beklagten andere die unmenschliche Wirklichkeit von Großkrankenhäusern. Wurde gerade noch die Parole ausgegeben, daß die Zeit der Programme und der großen Worte vorbei sei, so vermißte man auf der Mitgliederversammlung ein konkretes Handlungsprogramm. Daran änderte dann auch der spontan herbeigeführte Beschluß beim Abschlußplenum nichts, der die Auflösung von Großkrankenhäusern forderte. Dieser Beschluß blieb – so aktuell er auch ist – in der Luft hängen und damit folgenlos.

Jedoch – mit Recht wurde auf die Beharrlichkeit der mittlerweile auf fast 3000 Mitglieder angewachsenen Organisation hingewiesen. In Freiburg wurden Akzente gesetzt. Die gesundheitspolitische Kommission begann mit Elan ihre Arbeit und legte erste Ergebnisse vor, die hoffen lassen. Wird die allen bewußt gewordene Widersprüchlichkeit psychiatrischer Praxis in schöpferische Aktion umgesetzt, dann kann die Psychiatrie-Landschaft in einigen Jahren allerdings anders aussehen (H.K.)

KONGRESS BERICHTE

Frauen in der Psychiatrie

**Bericht der HGSP-Veranstaltung,
14. 11. '79, Hamburg**

Die Arbeitsgruppe „Frauen in der Psychiatrie“ der HGSP (Hamburgische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie) veranstaltete am 14. 11. '79 eine öffentliche Podiumsdiskussion zu diesem Thema. Die Arbeitsgruppe – bestehend aus Mitgliedern der Bereiche der Psychologie, Medizin, Sozialarbeit und Soziologie – besteht seit 1 1/2 Jahren und machte die Erfahrung, daß die besondere Frauenproblematik in der psychiatrischen Praxis, in den Lehrbüchern, in der Aus- und Weiterbildung überhaupt nicht berücksichtigt wird. Es gibt aber Untersuchungen, die darauf hinweisen, daß Frauen generell häufiger und in früherem Alter psychische Störungen aufweisen als Männer. (Psychosomatische Erkrankungen, Phobien, Depressionen, Tablettensucht.)

Die 250 bis 300 Besucher, die Aufmerksamkeit und Diskussionsbereitschaft zeigten, machten die Notwendigkeit der Veranstaltung und Auseinandersetzung mit diesem Thema deutlich. An der Podiumsdiskussion nahmen Frauen aus unterschiedlichen Berufsgruppen (Krankenschwester, Ärztin, Psychologin, Analytikerin) und Arbeitsbereichen (ambulante Arbeit, Behindertenanstalt, Landeskrankenhaus, Privatpraxis und Uni-Klinik) teil.

Die Arbeitsgruppe wollte in dieser Veranstaltung einen Erfahrungsaustausch mit Praktikern und Betroffenen initiieren. Ziel war außerdem, eine Verbindung zwischen Theorie und Praxis herzustellen, eine Öffentlichkeit für die Problematik zu schaffen und zu sehen, ob die bisher vorliegenden Erkenntnisse überhaupt in der praktischen Arbeit berücksichtigt werden können. „Praxis“ bezieht sich dabei nicht nur auf die Psychiatrische Klinik, sondern auch auf die Bereiche der Prävention und Rehabilitation. Die Podiumsdiskussion und anschließende Diskussion zeigte, wie umfassend das Thema „Frauen in der Psychiatrie“ ist, wie stark persönliche Bedürfnisse, der Wunsch nach Hilfestellung bis zu Fragen der psychosozialen Versorgung und den politischen Hintergründen in diese Problematik hineinspielen.

Spürbar war eine ziemlich starke Orientierung an Professionalität – der Wunsch, Therapie zu erhalten und damit auch dem eigenen Leben Sinn und Orientierung zu geben. Zu wenig konnte in der Veranstaltung herausgearbeitet werden, daß die „psychosozialen Berufe“ damit auch über-

fordert sind. Belastende und menschenwürdige Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzsituation, Ausbildungsbedingungen u. a. m. sind nicht durch Therapie und Psychiatrie lösbar oder gar veränderbar.

In Vorbereitung der Veranstaltung und auch in nachfolgenden Gesprächen machten die engagierten Frauen häufig die Erfahrung, daß die Auseinandersetzung mit der Frauenfrage als „Hobby“ angesehen wird und nicht – entsprechend der besonderen sozialen und gesellschaftlichen Situation – als Notwendigkeit. Damit müssen wir uns auseinandersetzen, um die Ursachen von psychischen Problemen zu erkennen und zu begreifen. Dies sind Voraussetzungen, um sinnvolle präventive Arbeit zu machen, Drehtüreffekte zu vermeiden.

Diese Veranstaltung sollte erst einmal informieren und problematisieren. Weitergehende Konzepte zu erarbeiten ist die nächste Aufgabe der HGSP Frauengruppe.

Jutta Matthäy und Cathrin Rohlfing

Hamburger Ärzteinitiative gegen Atomenergie

Im Rahmen einer ärztlichen Fortbildungsveranstaltung befaßte sich am 3. November 1979, unterstützt durch ausländische und deutsche Fachleute, die Hamburger Ärzteinitiative gegen Atomenergie mit Fragen der radioaktiven Niedrigstrahlung. Anlaß zu dieser Tagung war die Empfehlung der Internationalen Strahlenschutzkommission, IRCP, die zulässigen Emissionswerte von Kernkraftwerken – bezogen auf Organbelastung – drastisch zu erhöhen, obgleich in der Wissenschaft immer deutlicher wird, daß selbst kleinste Strahlendosen Genänderungen und Krebs bewirken können. Es wurde eingeschätzt, daß die internationale Atomlobby versucht, durch diese Empfehlung der IRCP den zu erwartenden Einsprüchen bei der voraussichtlichen Steigerung der Strahlenbelastung der Bevölkerung zuvorzukommen.

Die Hamburger Veranstaltung war kein Einzelfall, mit im wesentlichen den gleichen Referenten wurden Kongresse zum selben Thema in London, Edinburgh, Kopenhagen, Malmö und Amsterdam durchgeführt.

In relativ knappen, z. T. simultan übersetzten Referaten wurden diverse Probleme der Niedrigstrahlung und der Kernenergie, einführend ökologische und Energieprobleme und Grundsätzliches über Atomkraftwerke, Wiederaufbereitung und Endlagerung von Prof. Klaus Bätjer aus Bremen dargestellt.

Prof. Inge Schmitz-Feuerbake sprach über die Wirkung radioaktiver Strahlen, über Synergismen, Mutagenese, Cancerogenese und Teratogenese.

Im wesentlichen referierte sie hierbei Forschungsergebnisse, wie sie in der „Information zu Energie und Umwelt“ der Universität Bremen nachzulesen sind. (Teil A, Nr. 8. Die Wirkung ionisierender Strahlung auf den Menschen, von Jörn Bleck u. Inge Schmitz-Feuerbake; zu beziehen über Universität Bremen, Presse und Informationsamt, 2800 Bremen 33, Postfach 330 440, DM 3,-).

Über epidemiologische Untersuchungen in den USA und Großbritannien sprachen Dr. Alice Stewart und Dr. George Kneale aus Birmingham, die allen wohl bekannt sind, die sich mit der Literatur der ionisierenden Strahlen vertraut gemacht haben. Frau Stewart beschäftigte sich vor allem mit dem Problem der Krebsinzidenz durch Niedrigstrahlung aufgrund der Daten von Überlebenden von Atombombenabwürfen, Radiotherapiepatienten und Arbeiter in der Nuklearindustrie (Hanfordstudie).

Eine genaue inhaltliche Darstellung der einzelnen Referate ist an dieser Stelle nicht möglich. Gegenwärtig wird ein umfangreiches Arbeitsmaterial zusammengestellt, das ich empfehle, bei den Initiatoren des Kongresses zu bestellen. (Unkostenbeitrag noch unbekannt.)

Kontaktanschrift:
**Hamburger Ärzteinitiative gegen
Atomenergie
Nerstweg 32
2000 Hamburg 50**

Wesentliche neue Erkenntnisse hat der Kongreß nicht gebracht, zumindest hat der in engen Sitzreihen gequetschte Hörer sie aufgrund von zum Teil nicht hinreichender Simultanübersetzung oder unzureichender Lautsprecheranlage nicht verzeichnen können. Mitschreiben war mangels Gelegenheit nicht möglich, die Tonbandaufzeichnungen von den hinteren Reihen wegen der akustischen Gegebenheiten keine Freude.

Viele der Teilnehmer kamen wohl auch mit der Vorstellung, Patentrezepte und exaktes Zahlenmaterial über beispielsweise die Erkrankungshäufigkeiten durch Strahlenbelastung von Kernreaktoren im Normalbetrieb zu erhalten. Das dies nicht möglich war, lag jedoch nicht an den kompetenten Referenten, sondern an der Schwierigkeit der Materie; hieran zeigte sich, daß man bei der Abschätzung dieses Risikos die Störfälle beim Kernreaktorbetrieb mit einbeziehen muß.

Insgesamt war dieser Kongreß eine erfreuliche Initiative, weniger erfreulich die Räumlichkeiten, die Organisation und das Paket der neuen Informationen, das man sofort mit nach Hause nehmen konnte. So erwarte ich nun geduldig die hoffentlich bald abgeschlossene Zusammenstellung der Referate in einem ausführlichen Arbeitsmaterial.

Uwe Schmitz, Essen

§ urteile §

Nachtwache für Auszubildende nur mit examinierten Kräften

Einen wichtigen Teilerfolg errang die Gewerkschaft ÖTV im Rechtsstreit einer Auszubildenden vor dem Arbeitsgericht Dortmund. Nach der Entscheidung vom 31.7.79 dürfen Auszubildende ohne examinierte Kräfte nicht allein und eigenverantwortlich Nachtwachen machen. In einem gleichartigen Fall erwirkte die ÖTV eine Einstweilige Verfügung gegen den Krankenhausträger. Da dieser in die Berufung ging und gleichzeitig in fast allen Krankenhäusern Auszubildende selbständig Nachtwachen machen, kommt diesem Verfahren und seinem weiteren Verlauf eine wichtige Bedeutung zu.

Ausgebildeter Krankenpfleger muß im Studium als Sitzwächter nach BAT bezahlt werden

Ein bis Oktober 1977 an der Med.Hochschule beschäftigter ausgebildeter Krankenpfleger war nach Aufnahme des Medizinstudiums mehrere Monate lang wiederum an der MHH Hannover unter Eingruppierung in KR IV beschäftigt worden. Im Nov. 78 und Feb. 79 wurde er im Rahmen eines sog. Aushilfsarbeitsverhältnisses wiederum bei der MHH beschäftigt, auf der gleichen Station, auf der er vorher gearbeitet hatte. Für diese Arbeit wurde er als Sitzwache bezahlt. Er klagte mit Erfolg vor dem Arbeitsgericht Hannover auf Zahlung des Differenzbetrages zu KR IV BAT. Das Gericht lehnte zwar die Zahlung nach BAT § 3 q ab, verpflichtete jedoch das Land Niedersachsen zur Zahlung nach §§ 611, Abs. 1 und 612, Abs. 2 BGB, wonach die übliche Vergütung zu zahlen ist, wenn die Höhe der Vergütung nicht bestimmt ist. Da der Kläger auf der gleichen Station gearbeitet und die gleichen Tätigkeiten verrichtet habe wie in seinem Angestelltenverhältnis und eine Vergütung des Aushilfsarbeitsverhältnisses Sitzwache in der tatsächlich geleisteten Form nicht vereinbart worden sei, müßte die übliche Vergütung nach BAT gezahlt werden. (AG Hannover AZ 3 Ca 161/79)

Bundesarbeitsgericht zu Überstunden in Kliniken

Mit Entscheidung vom 27. Juni 79 nahm das Bundesarbeitsgericht erneut – zum Vergleich Entscheidung vom 28. Nov. 73 – zur Frage der Bezahlung von Überstunden in Kliniken nach § 17 BAT Stellung. 10 Ärzte der Uni-Kinderklinik Münster hatten vor dem Arbeitsgericht Münster Überstundenbezahlung für die Monate Januar und Februar 1976 eingeklagt. Eine ausdrückliche vorherige Anordnung der Überstunden lag nicht vor, der Klinikdirektor hatte jedoch die Überstundennachweise gegengezeichnet. Das Land NRW hatte Klageabweisung beantragt, da keine vorherige spezielle Anordnung erfolgt sei und besondere Notfälle bei vorliegenden Bereitschaftsdiensplänen hätten versorgt werden können. Außerdem sei die Klinik viel besser besetzt gewesen als nach den Anhaltzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft notwendig.

Das Landesarbeitsgericht Hamm hatte die Berufung des Landes NRW zurückgewiesen (AZ 6 Sa 1366/77 Hamm), das Land ging in die Revision vor das Bundesarbeitsgericht. Das Bundesarbeitsgericht hob das Urteil des LAG Hamm auf und verfügte die Zurückverweisung der Sache an das LAG Hamm. Wesentlich für die Aufhebung war die Tatsache, daß das LAG Hamm in seiner Begründung von widersprüchlichen Ausführungen ausgegangen war.

Das Bundesarbeitsgericht stellte in Fortsetzung seiner Entscheidung von 1973 folgende Grundsätze auf:

1. „Maßgebliche Anspruchsgrundlage ist § 17 BAT. Danach sind Überstunden mit Überstundenvergütung zu bezahlen, wenn sie auf mündliche, schriftliche oder auch nur stillschweigende Anordnung über die im Rahmen der regelmäßigen Arbeitszeit (§ 15 BAT und die entsprechenden Sonderregelungen in der Anlage 2 c Nr. 8 zum BAT) für die Woche dienstplanmäßig bzw. betriebsüblich festgesetzten Arbeitsstunden hinausgehen.“ (S.5)

2. „Soweit das Landesarbeitsgericht davon ausgeht und darauf seine Entscheidung zunächst stützt, daß es vorliegend überhaupt keiner ausdrücklichen oder auch nur stillschweigenden Überstundenanordnung bedurft habe, weil bei Ärzten mit der Arbeitsplatzzuweisung und Übertragung der ärztlichen Aufgaben von einer vorab erteilten generellen Anordnung erforderlich werdender Überstunden ausgegangen werden müsse, ist diese Auffassung – jedenfalls in dieser Allgemeinheit rechtsfehlerhaft. Grundsätzlich gilt nämlich auch für angestellte Ärzte, daß Überstunden gemäß § 17, Abs. 1 BAT angeordnet sein müssen; andernfalls besteht kein Anspruch auf Überstundenvergütung.“ (S.6)

3. „Es kann daher auch genügen, wenn der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer eine Arbeit zuweist, die in der regelmäßigen Arbeitszeit nicht erledigt werden kann, oder wenn der Arbeitgeber die vom Arbeitnehmer geleistete Überstundenarbeit kennt und mit ihr einverstanden ist oder ihre Leistung duldet.... So hat es der Senat in seiner Entscheidung vom 28. Nov. 1973 (BAG25,419-AP Nr. 2 zu § 17 BAT) für ausreichend angesehen, wenn sich die Überstundenanordnung mittelbar aus der Übertragung bestimmter Arbeiten ergibt...Denn unter „Arbeitsauftrag“ i.S. der Entscheidung des Senats vom 28. November 1973, von der abzuweichen keine Veranlassung besteht, ist eine im Rahmen des Arbeitsverhältnisses innerhalb eines bestimmten Zeitraumes zu erledigende konkret abgegrenzte Arbeitsaufgabe zu verstehen, keineswegs aber das Arbeitsverhältnis als solches.“ (S.6)

4. „Es gehört zu den selbstverständlichen Berufspflichten eines Arztes, daß er z.B. eine unaufschiebbare Operation oder eine Untersuchung ohne Rücksicht auf die Dienstzeit durchführt und eine begonnene Operation oder Untersuchung im Hinblick darauf nicht abbricht.“ „Dieser Umstand rechtfertigt es jedoch nicht, entgegen der tariflichen Regelung bei angestellten Ärzten immer von einer schrankenlosen, sog. „offenen Überstundenanordnung“ auszugehen und damit auf eine Überstundenanordnung generell zu verzichten.“ (S.7)

5. „Die aus Anlaß unaufschiebbarer ärztlicher Leistungen erbrachten Überstunden sind vielmehr stillschweigend und vorab

§ urteile §

als angeordnet anzusehen. In allen übrigen Fällen muß es dagegen auch bei angestellten Ärzten bei dem Grundsatz verbleiben, daß Überstunden gemäß § 17 Abs. 1 BAT besonders angeordnet werden müssen. Dafür, daß die geltend gemachten Überstunden in diesem Sinne wegen unaufschiebbarer ärztlicher Leistungen erforderlich waren und gemäß § 17 Abs. 5 vergütungspflichtig sind, sind die Kläger voll darlegungs- und beweispflichtig." (S.8)

6. „Das Arbeitsverhältnis eines angestellten Krankenhausarztes unterscheidet sich nämlich grundsätzlich nicht von dem eines anderen Arbeitnehmers und es ist daher grundsätzlich auch nicht anders zu behandeln.“ (S.7)

(BAG 4 AZR 727/77; LAG Hamm 6 Sa 1366/76)

Betriebsrat auch in kirchlichem Krankenhaus?

Nach dem Betriebsverfassungsgesetz finden die Regelungen des Gesetzes keine Anwendung auf Religionsgemeinschaften und ihre karitativen und erzieherischen Einrichtungen. (§ 118 BVerf.G)

Die Interessen des Personals werden daher nicht von einem Betriebsrat sondern von einer kirchlichen Mitarbeitervertretung wahrgenommen. Es ist bislang üblich, auch Krankenhäuser, deren Träger eine Religionsgemeinschaft ist, als karitative Einrichtungen im Sinne des § 118 BVerf.G zu sehen. Mit diesem Argument wird dann die Interessenwahrnehmung des Personals durch einen Betriebsrat umgangen.

Nun hat das Arbeitsgericht Siegburg in einem noch nicht rechtskräftigen Urteil einige ausgesprochen interessante Aspekte für die Auseinandersetzung um mehr Mitbestimmung angeführt. Dem Urteil ging eine Klage eines Ordens voraus, der die Neuwahl eines Betriebsrates in einem Krankenhaus nicht anerkannte, nachdem dieser Orden neuer Rechtsträger des ehemals kommunalen Hauses geworden

war. Das Gericht entschied zugunsten des Betriebsrates.

Das Krankenhaus sei keine karitative Einrichtung einer Religionsgemeinschaft. Das karitative Element fehle, „wenn sich ein Krankenhaus derart nahtlos in das sonstige System der staatlichen Gesundheitsfürsorge einpaßt, daß es nur noch der Auswechslung des Trägers bedarf, um aus einem staatlichen ein kirchliches Krankenhaus und umgekehrt zu machen“. Die stationäre Betreuung und Behandlung von Kranken sei heute nicht mehr in jedem Fall eine karitative Tätigkeit, sondern meist eine „Dienstleistung im Rahmen der Daseinsfürsorge des modernen Sozialstaates“.

Daß wirtschaftliche Gesichtspunkte des Betriebes vorrangig berücksichtigt würden, sei unvereinbar mit dem karitativen Element eines Krankenhauses.

Außerdem zeige sich die religiöse Tendenz nicht konkret in der Arbeit der Beschäftigten.

(AZ: 3 BV 6/78)

Patient hat Anspruch auf Einsicht in Krankenakte

Will ein Patient seinen Arzt wechseln, oder fühlt er sich falsch behandelt, so ist er an der Herausgabe der Krankenakte interessiert. Dies ist auch sein gutes Recht. So entschied es das höchste Zivilgericht (Az VI ZR 183/76). Das Urteil des Bundesgerichtshofes bestätigt, daß die Führung ordnungsgemäßer Unterlagen eine Pflicht des Arztes gegenüber dem Patienten ist und der Patient grundsätzlich einen Anspruch darauf hat, diese Unterlagen zumindest einzusehen – und zwar im Original. Die Krankenakte muß außerdem vollständig sein und alle bisher durchgeführten Untersuchungsergebnisse enthalten.

(Zusammenfassung aus Handelsblatt v. 9. 8. 1979)

Vergleich im Streit um's Rauchen am Arbeitsplatz

Nach einem langen Instanzenweg endete die Klage eines Mannheimer Angestellten gegen seine Firma, mit der er einen tabakrauchfreien Arbeitsplatz durchsetzen wollte, vor dem Bundesarbeitsgericht in Kassel mit einem Vergleich.

Das Rauchen am Arbeitsplatz wurde nicht verboten, jedoch können die Nichtraucher in Zukunft auf etwas mehr höchst Richterlich geforderte Rücksichtnahme durch ihre rauchenden Kollegen pochen.

- So soll künftig zwischen Arbeitsbeginn und erster Pause, sowie zwischen zweiter Pause und Arbeitsschluß starker Tabakgenuß vermieden werden,
- Großraumbüros sollen regelmäßig gelüftet werden,
- in unmittelbarer Nähe der Arbeitsplätze der Nichtraucher soll auf das Rauchen ganz verzichtet werden,
- die Firma hat dafür Sorge zu tragen, daß Raucher nicht unmittelbar neben Nichtrauchern arbeiten,
- sie verpflichtet sich zu Gesprächen mit dem Betriebsrat mit dem Ziel, rauchfreie Zeiten festzulegen

In seiner Entscheidung nahm das Gericht Bezug auf gültige Vorschriften in der Arbeitsstättenverordnung, denen zufolge der Arbeitgeber die Nichtraucher zumindest in Pausenräumen vor gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch Tabakrauch zu schützen hat.

(Aktenzeichen: 5 AZR 79/78)

Liebe Leser, Liebe Freunde,

Seit erscheinen der ersten Ausgabe im November haben wir jede Woche 50 neue Abonnenten dazubekommen – über 500 – haben mehr als 2000 Probehefte versandt und fast 1000 Nummern im Handverkauf abgegeben. Von Nr. 1/79 gibt es nur noch Belegexemplare.

Die vorliegende Nummer ist nochmal 16 Seiten dicker – und hoffentlich nicht schlechter. Wir sahen uns auf der Endredaktionssitzung einem derartigen Berg von Artikeln, Mitteilungen und Zuschriften gegenüber, daß wir leicht 80 oder 100 Seiten hätten füllen können. Die Auswahl hat uns lange Diskussionen gekostet. Der Finanzmolocho stand groß und grau hinter uns! Diese Entwicklung wird uns auch auf unserer nächsten Sitzung des Herausgeberkreises am 8. März beschäftigen. Insgesamt liegt aber die Zielrichtung schon weitgehend klar: Wieder zurückkommen auf 40 Seiten, stärkere Betonung inhaltlicher Schwerpunkte und – was durch diese Entwicklung in nächste Nähe gerückt ist: Zweimonatige Erscheinungsweise im nächsten Jahr! Dazu allerdings benötigen wir eine(n) hauptamtliche(n) Mitarbeiter(in), die auch nicht gerade von Brot und Wasser leben will!

Da ihr bestimmt alle den Wink mit dem Zaunpfahl verstanden habt, können wir ja jetzt zum Organisatorischen übergehen:

Aus Kosten und Arbeitstechnischen Gründen möchten wir ab sofort folgende Arbeitsteilung bekanntgeben:

● Bitte alle Abo-Bestellungen und Probeheft-Wünsche nur noch an den Pahl-Rugenstein-Verlag (Gottesweg 54, 5000 Köln 51) richten! Bitte Abo-Rechnungen nur auf PRV-Konten (s. Impressum) einzahlen.

● Spenden, Verkaufserlöse aus dem Handverkauf und Kommanditisteneinlagen nur noch auf das neue Konto in Münster: Bank für Gemeinwirtschaft 4400 Münster, Nr.: 10102947, BLZ: 40010111, Demokratisches Gesundheitswesen. (Die Bonner Konten werden demnächst aufgelöst).

● Redaktionelle Zuschriften, Kommanditistenanfragen, Mitarbeiteranfragen etc. an den Ressort-Redakteur oder weiterhin an unser Duisburger Postfach: 101041, 4100 Duisburg 1.

Unsere Bitte: Wir benötigen dringend weitere Spenden, mehr Kommanditisten, und – mehr Abonnenten!

Die Redaktion

Bitte hier ausschneiden und senden an:

Pahl-Rugenstein-Verlag Gottesweg 54
5000 Köln 51

() Ich abonniere bis auf Widerruf die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN“ (zum Heftpreis von 3,50 DM zuzüglich 0,50 DM Versandkosten)

() Bitte senden Sie ein Probeheft an folgende Adresse(n):

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

_____ Datum

Abonnementgebühren bitte überwiesen auf Konten:
Pahl-Rugenstein-Verlag
PostA Köln 6514-503
Stadtsparkasse Köln 10562238

Unterschrift

Themenübersicht für Nummer 2/80

Erscheint am 10. 5. 1980

Schwerpunkt

Kostendämpfung im Gesundheitswesen

- Konzertierte Aktion
- Kostendämpfung in Krankenhaus und ambulanter Versorgung
- Auswirkungen auf den Pharmamarkt
- Situation der Kassen und Parteien

Round-table-Gespräch mit Vertretern fortschrittlicher Listen in den Ärztekammern

Ärztekammerwahlen in Hessen

Ärztetag kontra Gesundheitstag

Pflegesituation im Krankenhaus

Mutterschaftsschutzgesetz

Medizintechnik – Fortschritt für wen?

Zu den Sozialwahlen im Bereich der Sozialversicherungen

Gesundheitsversorgung in Chile

UND:

Erfahrungsberichte, Nachrichten, Buchbesprechungen, Dokumente, Termine

UND:

Was unsere Leser und Mitarbeiter uns zusenden

Redaktionsschluß: 31. 3. 1980

Bitte hier ausschneiden und senden an:

**DEMOKRATISCHES
GESUNDHEITSWESEN**

Postfach 10 10 41
4100 Duisburg 1

() Ich bin an einer Mitarbeit interessiert und bereit, Ihnen Materialien und Informationen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich bzw. selbst Artikel/Berichte zu schreiben.

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

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

_____ Datum

Spenden erbeten auf Konto:
Demokratisches Gesundheitswesen
Bank für Gemeinwirtschaft Münster
Nr.: 10102947 (BLZ: 400 101 11)

Unterschrift

Die Ratte, die Geschichte schrieb...



1967. Rudolf Augsteins Projekt einer liberalen Zeitung für Berlin, als Antwort auf die große Koalition, wird - kaum 1 Jahr alt - eingestellt. Der Spiegel toleriert niemanden links von sich. Die Leute des Projekts „Heute“ gründen daraufhin das „berliner EXTRA-Blatt“, das vier Monate später pleite ist. Grund: Boykott der Kioske, überhasteter Aufbau und zu schmale Finanzdecke. **Sie kommen wieder.** Der „berliner EXTRA-dienst“ erscheint 2x wöchentlich und entwickelt sich in der Folge zu einem „Organ zur Verbreitung höheren Orts unerwünschter Nachrichten“ (Tagespiegel). **Böll und Wallraf** äußern sich **positiv** und publizieren im ED. **Walser** bezeichnet den ED als „**einziges Blatt**, das er von der ersten bis zur letzten Zeile liest.“ Auch andere Prominenz meldet sich zu Wort. **F.J. Strauß** identifiziert sich in einem rotierenden Hakenkreuz des Karikaturisten Rainer Hachfeld und **klagt**. Die **Polizeiführung** befindet auf „Zersetzung der Polizei“ und **klagt** ebenfalls. Die **Berliner SPD** findet Wortprotokolle ihrer Vorstandssitzungen und **ärger** sich. **Schering** fühlt sich **brüskiert**, als der ED den Duogynon-Skandal aufdeckt und muß das Präparat vom Markt ziehen. Der Wanderpreis des ED, die „Unterwanderratte“, alljährlich an besonders heftige „Unterwanderungsgläubige“ verliehen, macht

die Runde. Der Polizeipräsident, der SPD-Vorstand und der Intendant des SFB haben die zweifelhafte Ehre. Das **Auswärtige Amt** in Bonn fühlt sich **schmerzlich auf den Fuß getreten**, als der ED anhand von Telegrammen der Lissaboner Botschaft den Nachweis der Einmischung in die Portugiesische Revolution erbringt. Das von der **Bundesanwaltschaft** eingeleitete Verfahren wegen „**landesverräterischer Fälschung**“ wird eingestellt. Die Telegramme sind echt. Einige Diplomaten, vom AA als Informanten des ED verdächtigt, müssen den Dienst quittieren.

Klein-Druck
1978 001/1012
1. Seite (aus 10)

Die Neue

TAGESZEITUNG

Jetzt
täglich

Nach mehr als 10 Jahren können die Leute vom ED ihre Supervision einer Tageszeitung realisieren. Als DIE NEUE im September 1978 erstmals als Nullnummer erscheint, **gratuliert auch die Justiz.** - Mit einem **Untersuchungsverfahren.** Grund: DIE NEUE zitiert aus den Akten im Fall des einem Lauschangriff ausgesetzten Kernphysikers Traube. Der beabsichtigte Prozeß fällt unter den Tisch. Seit Mai 1979 erscheint DIE NEUE täglich außer sonntags und montags. **Ihr entscheidender Vorteil: Brisante Themen, die andere scheuen.**

Das NEUE-Abonnement kostet im Vierteljahr DM 46,50. Nutzen Sie aber zunächst unser Angebot zum Kennenlernen: DIE NEUE eine Woche kostenlos ins Haus. Postkarte genügt. Name und Adresse nicht vergessen.

DIE NEUE Abteilung W 14

Oranienburger Str. 170/172
1000 Berlin 26

