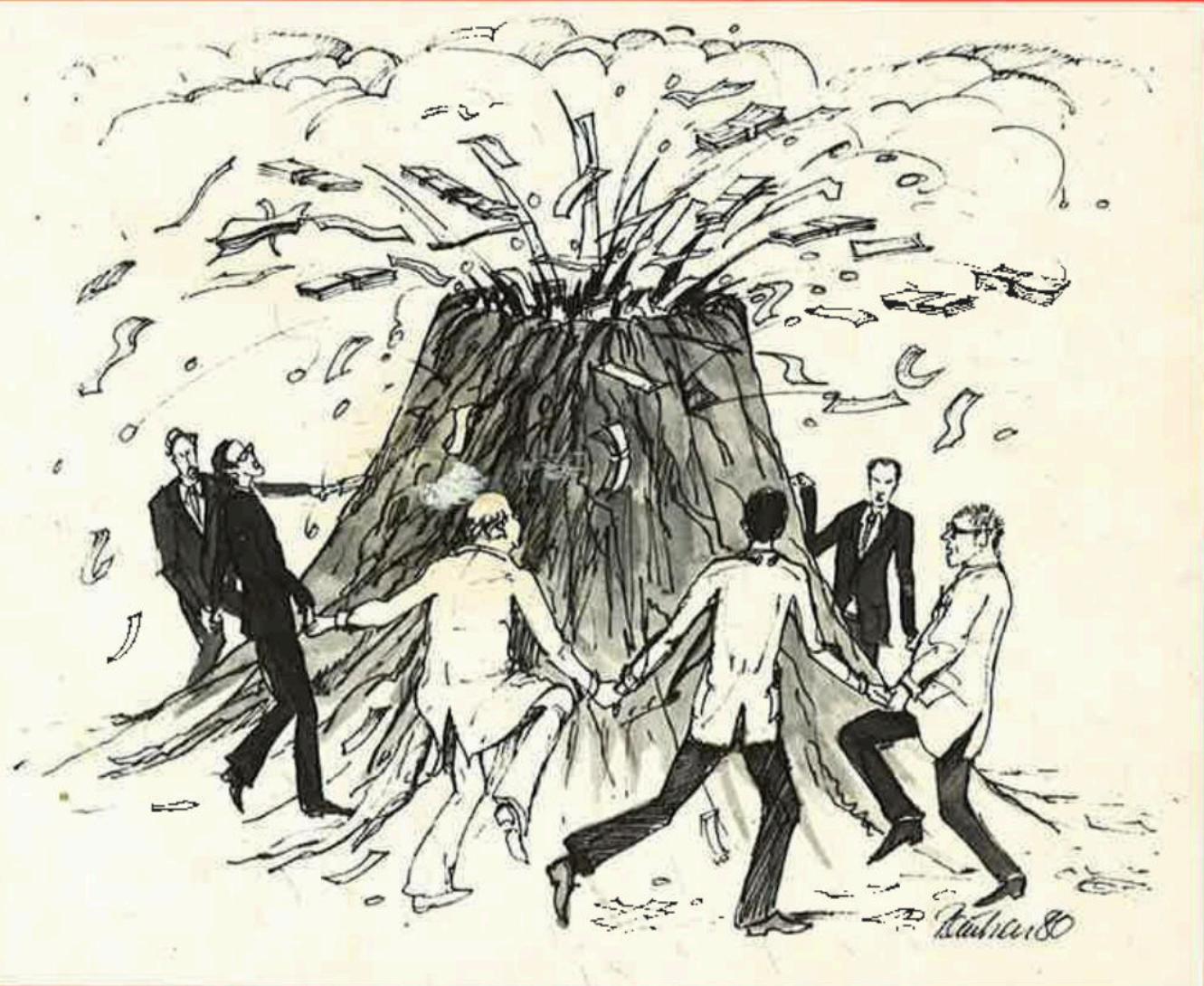


DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS- UND SOZIALBERUFE



Kostenexplosion
der große Betrug

**Standesfunktionäre —
nicht mehr alleine in der Kammer**

DG-Round-table-Gespräch mit Vertretern der fortschrittlichen Ärztelisten

Vom Marburger Kongreß zum Gesundheitstag '80
Editorial von Michael Regus

Die Kostenexplosion, der große Betrug

Analyse der aktuellen Kostenpolitik im Gesundheitswesen

So wird Minimalpflege zur Norm!

Beispielhafte Unterversorgung auf einer Intensiv-Station und die Folgen — von
Paul Rabsahl

Das Milliardending

Rolf Rosenbrock zum Valium/Librium-Urteil

Weitere Themen: Volks und Naturheilkunde im Nationalsozialismus — Werbe-
kampagne der Pharma-Industrie — Negativisten — Familienpolitik — Compu-
tertomographie — Berufsverbote im Gesundheitswesen —
Radioaktivität als Krankheitsfaktor (Teil 2) —
Sozialwahlen '80 —
Ärztestreik in Belgien

2/80

DG-Interview mit dem
Bremer Gesundheitssenator
H. Brückner

Editorial

Vom Marburger Kongreß zum Gesundheitstag 80

Kommentar von Michael Regus

Vom 14.—18. Mai findet in Westberlin der Gesundheitstag 1980 statt. Er soll – so der Aufruf – zu einem „Forum des Lernens und des Lehrens, des Erfahrungsaustausches und der Auseinandersetzung aller vom Gesundheitswesen Betroffenen werden, ein Spiegel der Bedürfnisse und Anforderungen, der Hoffnungen und Wünsche nach Veränderung, wie sie die tägliche Arbeit im Gesundheitswesen hervorbringt“.

Herausgeber und Redaktion des „Demokratischen Gesundheitswesens“ unterstützen und begrüßen dieses Treffen. Das Programm läßt eine Fülle interessanter Beiträge aus vielfältigen Arbeits- und Erfahrungsbereichen sowie wichtige und notwendige Diskussionen über alternative Perspektiven der Gesundheitssicherung erwarten.

Der Gesundheitstag bietet die Chance, das Bündnis gegen inhumane und unsoziale Entwicklungen in Medizin und Gesundheitspolitik und das gemeinsame Engagement für demokratische Alternativen weiterzuentwickeln. Er könnte damit eine ähnliche Funktion bekommen, wie der nunmehr bereits historische Kongreß „Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt“, auf dem 1973 in Marburg mehr als 1500 Angehörige aller Gesundheitsberufe in dieser Form erstmalig über Reformen im Interesse der Sozialversicherten diskutierten.

Die Probleme, die seinerzeit den Marburger Kongreß beschäftigten, sind auch heute noch unverändert aktuell. Widersprüche in der Organisation des Gesundheitswesens, Versorgungsdefizite, die Vernachlässigung der Prävention, soziale Ungleichheit der Versorgung, die Haltung der ärztlichen Standesorganisationen und die negative Rolle der Pharmakonzerne – keine dieser Fragen ist inzwischen auch nur annähernd gelöst. Zwar waren im Zuge der Reformpolitik zu Beginn der 70er Jahre in Teilbereichen durchaus positive Ansätze und gewisse Fortschritte zu verzeichnen. Doch spätestens seit Einbruch der Wirtschaftskrise 1974 hat sich die Situation auch im Gesundheitswesen erneut zugespielt. Die Realisierung der Reformen wurde abgebrochen, die staatliche Ge-

sundheitspolitik schrumpfte nahezu völlig auf Sparmaßnahmen und Kostendämpfung. Zugleich brachte die Krise für immer mehr Menschen immer größere Belastungen. Einsamkeit, Angst, Überforderung im Beruf, Stress und existentielles Unbehagen kennzeichnen die psychosoziale Lage wachsender Teile der Bevölkerung. Arbeitslosigkeit und Angst um den Arbeitsplatz, Unsicherheit der Lebensperspektive und neue Methoden der Ausbeutung der Arbeitskraft in den Betrieben haben ebenso wie die Zerstörung der natürlichen Umwelt und die inhumane Gestaltung der gesellschaftlichen Lebensbedingungen weitreichende Folgen für die gesundheitliche Lage der Betroffenen.

Das Gesundheitswesen steht diesem Problemdruck immer hilfloser gegenüber. Die Beschäftigten fühlen sich zunehmend überfordert. Die hasty eingeleiteten Maßnahmen zur Kostensenkung im Gesundheitswesen kurieren bestenfalls an Symptomen und verschärfen die Situation zusätzlich. Besonders hart betroffen sind die ökonomisch und sozial schwachen Bevölkerungsschichten, alte Menschen und Ausländer, die große Zahl der chronisch Kranken, psychisch Leidenden, Behinderten und Pflegebedürftigen – alle jene, deren Wiedereingliederung einem einseitig auf ökonomische Rentabilität ausgerichteten Denken nicht mehr lohnend erscheint.

Dazu kommt, daß Medizin und Gesundheitswesen immer häufiger entgegen ihrer Intention auch selbst zur Quelle zusätzlichen Leidens werden, oder auch zu Instrumenten sozialer Kontrolle und zu Instanzen der Verschleierung der Mißstände, die sie eigentlich bekämpfen sollten. Strukturen, Defizite und mächtige Profitinteressen verzerren gerade unter den Bedingungen der Krise den humanen Auftrag des Gesundheitswesens teilweise bis zur Unkenntlichkeit. Der medizinische Fortschritt scheint oft mehr neue Probleme mit sich zu bringen als zu lösen, eher zur Vermehrung gesellschaftlichen Leidens beizutragen als zu seiner Verminderung.

Die Ursachen dieser Entwicklung werden heute heftig und teilweise sehr kontrovers diskutiert. Dies dürfte auch auf dem Gesundheitstag deutlich werden. Diese Diskussion ist überaus wichtig. Hängt doch letztlich von der Einschätzung der Ursachen auch die Strategie zur Bewältigung der Probleme ab. Dabei scheint mir entscheidend, daß eine differenzierte und umfassende Analyse heute weniger denn je die Grundstrukturen unseres Wirtschafts- und Gesellschaftssystems und die herrschenden Interessen und Machtverhältnisse ausklammern darf, wenn sie zu richtigen Einschätzungen gelangen will.

Die Krise macht deutlich, wie sehr Entstehung und Bewältigungsmöglichkeiten von Krankheit und Leiden von gesellschaftlichen Prozessen abhängen. Die Abwehr von sozialem und gesundheitlichem Leistungsabbau, die Absicherung fortschrittlicher Projekte, die exemplarische Modellalternativen erproben, die Durchsetzung der notwendigen Reformen und die Verbesserung der Gesundheitssicherung für alle bedürfen einer breiten Basis, der Solidarität aller Betroffenen und insbesondere auch einer engen und konstruktiven Zusammenarbeit in und mit den Gewerkschaften.



Michael Regus

Dies gilt um so mehr, weil über die Chancen demokratischer und sozialer Gesundheitspolitik heute noch weniger nur innerhalb des Gesundheitswesens entschieden wird. Der massive Druck von rechts durch die Kanzlerkandidatur von Strauß, durch anhaltende Berufsverbote, Atomprogramm, Aufrüstungsbeschlüsse und Angriffe auf die Politik der Entspannung droht die Voraussetzungen für sozialen und humanen Fortschritt in allen Bereichen der Gesellschaft zu zerstören. Es liegt an den gemeinsamen Anstrengungen der demokratischen Kräfte, diese Entwicklung zu stoppen und umzukehren. Es scheint mir daher dringend notwendig, unseren Einsatz für soziale Alternativen im Gesundheitswesen verstärkt und systematisch mit dem Kampf gegen die Gefahren von rechts und für die Stärkung der demokratischen Gegenpositionen zu verbinden, wenn wir nicht ständig von diesen Tendenzen eingeholt oder sogar überholt werden wollen. Es wäre deshalb sehr zu begrüßen, wenn der Berliner Gesundheitstag auch in diesem Sinne Zeichen setzen würde.

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Redaktion:

Gesundheitsversorgung: Detlev Uhlenbrock, Peter Walger; Arbeits- und Lebensverhältnisse: Norbert Andersch, Gregor Weinrich, Gerd Steger; Umwelt: Uwe Schmitz; Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen: Matthias Albrecht; Demokratie und Gesundheitswesen: Willi Farwick, Ulli Menges; Pharma- und Geräteindustrie: Harald Kamps; Ausbildung: Edi Erken, Gabriele Buchczik; Frauenproblematik: Ulla Funke, Unni Kristiansen-Kamps; Internationales Gesundheitswesen: Gunar 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.

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

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

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

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

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Ullrich Raupp, Spychetr. 61, 4190 Kleve, 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, Konto: Postscheckamt Köln 6514-503. Stadtsparkasse Köln 10562238.

Graphik: Christian Paulsen, Jan Tommaschaff.

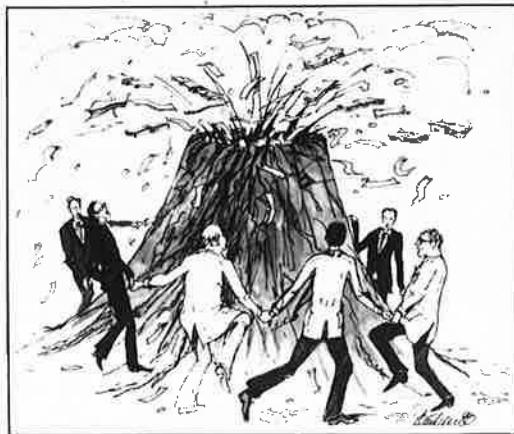
Layout: Jutta Nüßgen, Evelyn Pütz, Peter Walger.

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

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

Redaktions- und Anzeigenschluß für Nr. 3/80: 1. 7. 1980.
Auflage: 5000.

JSSN: Nr. 0172-7091



Kostenexplosion im Gesundheitswesen – die Spatzen pfeifen es mittlerweile von den Dächern. Kaum eine gesundheitspolitische Diskussion in der diese Frage nicht breiten Raum einnimmt.

Was explodierte, waren die Gewinne der Pharma- und Geräteindustrie. Eine Analyse zur Kostenentwicklung der letzten 10 Jahre ab S.8.



Der belgische Ärztekonflikt ist nur vorläufig zu Ende – geblieben ist die kranke Struktur des belgischen Gesundheitswesens, das Defizit der Krankenversicherungen. Nur die Patienten zahlen jetzt mehr. Eine Analyse zum belgischen Ärztekonflikt auf Seite 34.



Kurz vor den Bundestagswahlen wird sowohl von der Bundesregierung als auch von der Opposition das Thema „Familienpolitik“ zu einem Hauptwahlkampfschlager. Es drängt sich unwillkürlich die Frage auf: „Warum gerade (erst) jetzt?“. Bei einer genaueren Analyse stelle man viele Scheinheiligen fest. Seite 44.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

Inhaltsverzeichnis

Gesundheitsversorgung

Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen	8
– Der große Betrug	
Präventionspolitik contra Kostendämpfung und Selbstbeteiligung	
DG-Interview mit dem Gesundheitssenator H. Brückner	14
So wird Minimalpflege zur Norm – Personelle Unterbesetzung und ihre Auswirkungen auf einer Intensivstation	18

Demokratie und Gesundheitswesen

Sozialwahlen '80: Gewerkschaftliche Listen wählen!	10
Berufsverbot für Reinhold Bremberger	17
Die Kündigung der Kollegen Bomholt und Rommelfanger	17
Standesvertreter – Nicht mehr alleine in der Kammer	30

Pharma- und Geräteindustrie

Computertomographie – Fortschritt für wen?	11
Wieviel kostet ein Menschenleben?	39
Negativlisten – nein!	
Positivlisten – ja!	40
Das Milliardending	
Zum Valium-Librium-Urteil	41

Umwelt und Gesundheit

Radioaktivität als Krankheitsfaktor (Teil 2)	24
Kindertod durch Harrisburg	26
Wo es Blei und Cadmium regnet	27

Frau und Gesellschaft

Familienpolitik, sprich: Heim- und Herdideologie	44
--	----

Arbeits- und Lebensbedingungen

Rationalisierung statt Humanisierung im Krankenhaus	22
---	----

Internationales

Heilung mit dem Griff ins Säckel	
Der belgische Ärztekonflikt	34

Historisches

Volks- und Naturheilkunde im Nationalsozialismus	42
--	----

Rubriken

Leserbriefe	2
Aktuelles	4+28
Kongreßberichte	37
Buchbesprechungen	46
Termine	43
Urteile	48

Dokumente

Aufruf der Liste „demokratischer Ärzte“ zur Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen im Juni 1980	I
Stellungnahme der Arbeiterwohlfahrt zur Praxis des § 218	II
Synopse der Vorstellungen zur Konstenentwicklung im Gesundheitswesen von DGB, ÖTV, BdO, SPD und CDU	III

Rationalisierungsmaßnahmen in den städtischen Kliniken Duisburg	VII
Kleines Lexikon der Sozialwahlen	VIII

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

Leser-Briefe

Kostendämpfung

in der Praxis des niedergelassenen Arztes.

Will man die Frage prüfen, ob eine Kostendämpfung in der Praxis, in bezug auf die Medikamente, überhaupt möglich ist, muß man sich erst einmal überlegen, wie es zur Kostensteigerung gekommen ist. Hieran sind die Prestigesteigerungen der Arzneien schuld. Sie gehen in drei Formen vor sich, wie es die Beobachtung in den Jahrzehnten nach dem Kriege lehrte: Erstens erscheinen immer neue Präparate auf der Bildfläche, und diese Präparate sind fast immer etwas teurer als die bereits vorhandenen Mittel. Die Zahl der Medikamente ist dabei so groß geworden, daß sie kaum noch jemand überblicken kann. Zweitens werden aber auch vorhandene Arzneimittel im Preise erhöht. Drittens aber verschwinden oft ohne jede Bekanntgabe und Begründung alte, gewohnte und erprobte Mittel, besonders dann, wenn sie nicht sehr teuer waren.

Will man sich nun die Ursachen für diese Entwicklung vorstellen, so muß man die spezifische Eigenart des Arzneimittelmarktes berücksichtigen. Sie wurde von dem amerikanischen Senator Estes Kefauver geradezu klassisch beschrieben: „Der Arzt bestellt, indem er das Rezept aussiebt, die Ware; der Konsument (bei uns in der Bundesrepublik Deutschland tut es die Krankenkasse (G.)) begleicht die Rechnung. Derjenige also, der bestellt, bezahlt nicht, und derjenige, der bezahlt, bestellt nicht.“ Diese einfache Tatsache diktiert die heutigen Methoden der mit der Herstellung rezeptpflichtiger Arzneien befaßten Industrie. Es ist klar, daß der Arzt bei dieser Lage der Dinge eine zentrale Rolle spielt. Er ist es, der entscheidet, ob eine Arznei verkauft wird oder nicht. Zu diesem Zweck hat man eine gewaltige Verkaufsmaschinerie errichtet, die den Arzt durch eine Flut von Reklame von der Überlegenheit der Erzeugnisse einzelner Firmen zu überzeugen versucht. Ein großer Teil dieser Tätigkeit wird von zünftiger Werbeagenturen geleistet; sie sind Meister in der Kunst des Blickfangfotos, des gewandten Werbeanspruchs, der überzeugenden Phrasen, die den Kunden einfangen sollen. Gewiß, Ärzte sind erstklassig ausgebildete Akademiker, aber sie sind auch menschliche Wesen. Zum Beweis dafür, daß die Arzneimittelpropagandisten sich auf diese Eigenschaft verlassen, braucht man nur eine medizinische Zeitschrift in die Hand zu nehmen – jede beliebige für das ärztliche Auge bestimmte Zeitschrift – und kurz die Inserate zu überfliegen. (1)

Dementsprechend reguliert also nicht der Preis die Nachfrage, wie es in unserer freien Marktwirtschaft angeblich sein soll, vielmehr wird die Nachfrage durch Reklame und besonders durch beratende Werbung zu beeinflussen versucht. Ziel ist immer, die Meinung und die Ansicht des Arztes über die Heilmittel zu beeinflussen und ihn über neueste Errungenschaften auf dem Arzneimittelmarkt zu unterrichten. Aber nicht nur mit den Inseraten der Zeitschriften werden die Ärzte umworben. Vielfach findet man auch neben der Reklame noch wissenschaftliche Arbeiten über Arzneimittel. Außerdem besuchen speziell ausgebildete Damen und Herren die Ärzte und beraten diese über den Wert und die Wirkungsweise der Heilmittel, für die gerade geworben wird. An manchen Tagen hat man in der Sprechstunde bis zu drei oder vier solcher Besuche.

Ferner ist die Fortbildung der Ärzte ein Medium, in das sich die Werbung allmählich eingeristet hat. Fast alle Veranstaltungen dieser Art werden von Firmen unterstützt. Oft wird dann auch über deren Präparate von ersten Fachleuten referiert, so daß die Fortbildung durch ein gewisses Maß Werbung infiltriert zu sein scheint, was dann zum Schluß der Veranstaltung durch einen spendierten Imbiß noch unterstrichen wird. Der einzelne Arzt, der das alles liest oder hört oder miterlebt, muß natürlich das Gebotene als Fortbildung in bezug auf die Fortschritte der medizinischen Wissenschaft hinnehmen, und er wird sich auch, – das ist für ihn doch der Sinn der Sache, – in seiner Verordnungsweise hier und da danach richten, bzw. zumindest beeinflußt werden. Von Preisen wird allerdings nach den erlebten Erfahrungen nur äußerst selten gesprochen. Und doch hängt gerade von den Preisen die Kostensteigerung ab, die „gedämpft“ werden soll.

Einige erlebte Beispiele sollen zeigen, daß das in objektiver Weise gar nicht möglich ist. Vor wenigen Tagen wurde eine Patientin aus einem Krankenhaus zu ihrem Hausarzt entlassen. Die Diagnose lautete „entgleister Diabetes mellitus, Hypertonus“. Der Vorschlag der Inneren Klinik für die Weiterbehandlung durch den Hausarzt lautete: Lanitop 2 x 1, Presinol 2 x 1, Adelphan – Esidix 3 x 1, Dytide H, 2 Tabletten pro Woche, Depot Insulin Hoechst CR morgens 40 abends 20 E, Zuckerdät 8 BE.

Ein extra geführtes Telefongespräch mit dem Kollegen im Krankenhaus bestätigte die Notwendigkeit der Medikation. Das erste Rezept aufgrund dieses Therapievorschlags kostete 117,01 DM, und zwar ohne die Verordnung der benötigten Einmalspritzen, Kanülen und Desinfektionsmittel für die täglich zweimal notwendige Eigeninjektion der Patientin. Der Fachgruppen-durchschnitt der medikamentösen Verordnungsweise beträgt dabei nach Mitteilung der zuständigen KV ca. 65,- DM pro Quartal. Allein diese Gegenüberstellung zeigt doch, daß eine wahre Kostendämpfung infolge der hohen Arzneimittelpreise einfach nicht durchzuführen ist. 500 E Insulin kosteten in dem angeführten Beispiel 53,55 DM. Sie reichen bei 60 E pro Tag etwa 8,5 Tage. Wie soll denn das viele Geld bei anderen Patienten eingespart werden, um die Verordnungskosten im Rahmen des Durchschnitts und des gesetzlichen Höchstbetrages zu dämpfen?

Ein neues Medikament zur Behandlung einer Infektion der ableitenden Harnwege, was ja immer recidivierend ist, kostet 20 Kapseln 35,46 DM. Mindestens 5 Tage lang 2 mal 2 Kapseln sollen gegeben werden. Man wagt es in der Praxis gar nicht, damit überhaupt anzufangen aus Sorge um die im Laufe der Zeit bei den voraussehbaren Recidiven entstehenden Kosten. Aber auch lange bekannte Medikamente, wie z.B. das Ampicillin, das es heute auch in Form verschiedener, sogenannter Generics gibt, kostet immer noch 20 Tabletten zu je 1 Gr. ca. 43,- DM als sog. Markenpräparat bei 24 Tabletten zu je 1 Gr. 66,- DM. Ein bestimmtes Diureticum, das auch schon jahrelang bekannt ist, kosten 20 Tabletten zu 100 mg als Markenpräparat 63,- DM als Generic 41,- DM.

Heute aber brachte die Preiserhöhung der Medikamente ihre größte Spitze. Ein Pharmabesucher stellte ein neues Antibioticum vor: 10 Tabletten 65,- DM. Auf die Frage, warum denn das so teuer sei, wurde darauf hingewiesen, daß Ampicillin, welches es schon sehr lange gebe, kaum wesentlich billiger sei. Natürlich war

auch von dem „magischen Wort der Arzneimittelindustrie „Forschung“ (2) die Rede.

„Die Rechtfertigung eines hohen Preises durch den Wert der Dienstleistung für die Öffentlichkeit ist die Ideologie des Monopols.“ „Allgemeinverständlich ausgedrückt ist das eine Rechtfertigung dafür, daß man soviel verlangt, wie man nur bekommen kann“ (3).

So liegen die Dinge und das sind die Voraussetzungen, unter denen eine Kostendämpfung gesetzlich vorgeschrieben worden ist, in bezug auf die kassenärztliche Verordnungsweise. Die hohen Preise werden dabei wie das Schicksal hingenommen, obwohl sie doch auch von Menschen gefordert werden, und zwar von Menschen und Organisationen, die sehr viel Macht haben und die der einzelne gar nicht kennt. Weil aber da eben eine Preisdämpfung nicht zu erreichen ist, weicht man auf schwächere Potenzen; das sind einerseits die Kranken und andererseits die Ärzte. Manche wollen den Patienten eine Selbstbeteiligung zumuten. Es ist unschwer vorauszusehen, daß das nur zu einer weiteren Preisseigerung führen müßte mit der Begründung, daß die Kassen durch die Selbstbeteiligung der Patienten entlastet seien. So bleiben als „locus minoris resistentiae“ nur noch die Ärzte übrig. Hier greift man an und sieht einen Regress vor, der dann gleichsam eine Selbstbeteiligung der Ärzte an den zu hohen Behandlungskosten infolge der so teuren Medikamente darstellt.

Tatsächlich ist auch der Arzt der Punkt des geringsten Widerstandes in dem ganzen System der deutschen Krankenkassenmedizin: Der Kassenarzt arbeitet im freien Beruf, er muß alle Unkosten seiner Praxis selbst tragen und eben ggf. auch den Regress. Infolgedessen ist er auf das Vertrauen seiner Patienten angewiesen. Er darf bei ihnen nicht den Eindruck erwecken, daß er ihnen wirksame Medikamente des Preises und des drohenden Regresses wegen vorenthalte. Aber in dieser Beziehung ist die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit bekanntlich eingeschläfert worden mit der jahrelangen Propaganda unbekannter Autoren, alle Ärzte verdienen außergewöhnlich viel. Daher denkt vielleicht mancher Bürger: dann müßten eben die Ärzte ihre Regress-Selbstbeteiligung im Interesse der Gesundung ihrer Kranken entrichten.

Die Wirklichkeit sieht anders aus: Ich habe als praktischer Arzt eine mittlere Kassenarztpraxis mit einer Arbeitszeit von wöchentlich 55 Stunden und verdiene vor Abzug der Steuern 39 566,82 DM im Jahr. Nach Abzug der Steuern bleiben 33 220,82 DM im Jahr übrig. Das Monatseinkommen eines Kassenarztes mit mittlerer Praxis beträgt demnach 2 768,82 DM monatlich.“ (4).

Von einem maßgebenden Kollegen wurde darauf u.a. erwidert: „... die Kinderärzte haben noch größere Sorgen als wir.“ (4).

Dementsprechend kann man doch nur zu dem Schluß kommen, daß eine Kostendämpfung auf dem Arzneimittelmarkt durch die Kassenärzte gar nicht möglich ist, ohne den Kranken zu schaden; weil die Medikamente so teuer sind.

Dr. med. Gerhard Gruhn
Arzt für Allgemeinmedizin
Karl-Marx-Str. 241
1000 Berlin 44

Literatur:
1) Estes Kefauver „In wenigen Händen“, Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/M. 1967. S. 16/17
2) s.o. S. 128
3) s.o. S. 47
4) Rundschreiben 1/1979 des Berufsverband der praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin, Landesverband Berlin e.V., 1000 Berlin 12.

Leser-Briefe

Gifte des US-Krieges

In dem Artikel in der letzten Ausgabe Eurer Zeitung „Gifte des US-Krieges gegen Vietnam töten in der 2. Generation“ und „Medikamente und medizinische Instrumente für Vietnam“ hat sich ein Druckfehler eingeschlichen. Die Abkürzung des Giftes Dioxin ist nicht TCDD sondern vielmehr TCCD.

Darüber hinaus möchte ich darauf hinweisen, daß wir besonderen Bedarf an Medikamenten haben wie Vitamin A, Endoxan, Fluracyl und Levamisole, die direkt an Prof. Ton That Tung, Hospital VIET DUC HUU NGHI, HA NOI, VIET NAM geschickt werden können.

Zum Thema Gifte des US-Krieges, Medikamente für Vietnam ist in Kürze ein Sonderdruck bei der Freundschaftsgesellschaft BRD – SR Vietnam, Duisburger Straße 46, erhältlich.

Ansonsten fand ich Euer 2. Heft sehr gut und werde es wegen der progressiven Breite und des politischen fachlichen Inhalts in meinem Wartezimmer auslegen.

Mit freundlichen Grüßen

Karl Fabig

Vorstandsmitglied der Freundschaftsgesellschaft
BRD – SR Vietnam

Die vielen Mängel, die diese Ausbildung noch besitzt, müssen offen ausgeprochen werden. Als Auszubildender erlebte ich während meiner Ausbildung selbst, welcher Zwang ausgeübt wird, sich anzupassen. Sei es durch die ungenauen, zu großen Spielraum lassenden Beurteilungsbögen, oder durch das noch vielerorts herrschende Hierarchie-System in den Krankenhäusern. Dazu kommt, daß viele Auszubildende heute sicher noch mehr durch die allgemeine politische Situation unter Druck gesetzt werden, sich anzupassen zu müssen. Kritik wird heutzutage in der Bundesrepublik zu leicht als Zerstörung mißverstanden. Deshalb halte ich es für sehr wichtig, daß bei der Neuordnung der Krankenpflegeausbildung die Anwendung des Berufsbildungsgesetzes durchgesetzt wird. Auszubildende gehören nicht auf den Stellenplan! Sie brauchen besonders geschulte Ausbilder, die Zeit für die Auszubildenden haben, eine gute Anleitung geben und sich auch Kritik anhören können.

Für sehr wichtig halte ich auch die Erhöhung der theoretischen Stundenzahl im Unterricht auf mindestens 1600 Stunden, wie es im Europäischen Übereinkommen von 1967 steht. Gerade im Ausland stoßen wir immer wieder darauf, daß die deutsche Ausbildung nicht voll anerkannt wird. In Finnland zum Beispiel ist es daher Pflicht, einen zusätzlichen theoretischen Unterricht von 6–9 Monaten vorzuweisen, damit eine Anerkennung als Krankenschwester/-pfleger erfolgt.

Mit freundlichen Grüßen

Helmut Lange

Helmut Lange
Krankenpfleger
Punkkerikatu 5 C 50
53850 Lappeenranta 85

Transparenz für Arzneimittel . . .

Mit großem Interesse habe ich den Artikel „Transparenz für Arzneimittel – eine Utopie“ gelesen.

1. Frage: Über wen kann man die Liste der Transparenzkommission beziehen?

2. Frage: Über welche Anschrift ist die „Weiße Liste“ des Berliner Arztes U.M. Möbius zu beziehen?

Ich könnte mir vorstellen, daß noch weitere Kollegen an diesen Adressen interessiert sind, könnten Sie diese nicht in Ihrer nächsten Ausgabe 2/80 allgemein bekanntgeben.

M.Lösch, Ober-Olm

Können wir: 1. Die Transparenzliste ist zu beziehen über die Geschäftsstelle der Transparenzkommission beim Bundesgesundheitsamt Stauffenbergstr. 13, D-1000 Berlin 30.

2. Das transparenz-telegramm 1980/81 (früher „Weiße Liste“) kann beim Arzneimittel-Informationsdienst Berlin, Petzower Str. 7, 1000 Berlin 39, bestellt werden.

3. Eine weitere Liste, nämlich die Preisvergleichsliste des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gibt es beim Deutschen Ärzte-Verlag, Postfach 400440, 5000 Köln 40

Die Redaktion

Pflegeausbildung:

„Berufsbildungsgesetz anwenden“

Betr.: „Die Artikel zur Krankenpflegeausbildung zwischen Schulbank und Krankenbett zur Neuordnung des Krankenpflegegesetzes Nr. 1/79

Erstmal begrüße ich es, daß sich Ihre Zeitschrift mit der Krankenpflegeausbildung auseinandersetzt.

Jagd auf kranke Metallarbeiter im IGM Bezirk Göttingen

In den letzten Jahren, seit dem Auftreten von Massenarbeitslosigkeit, sind die Unternehmer bestrebt, sich von weniger leistungsfähigen „Mitarbeitern“ zu trennen. K.-H. Janzen vom Hauptvorstand der IG Metall sprach 1977 von der „Auswahl olympiareifer Belegschaften“. Auch wenn genaue Daten fehlen, kann man davon ausgehen, daß ein großer Teil der Dauerarbeitslosen in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind – unter ihnen wiederum ein Gutteil infolge vorzeitigen Verschleißes ihrer Arbeitskraft.

Zunächst aus der Ausarbeitung von Hausjuristen eines Konzerns mit Zweigwerk in Göttingen: „Langanhaltende Erkrankung oder hohe krankheitsbedingte Fehlzeiten eines MA (Mitarbeiters, d.Verf.) können eine personenbedingte fristgemäßige Kündigung rechtfertigen. Die anliegende Arbeitsanweisung nennt die Voraussetzungen für die Zulässigkeit derartiger Kündigungen und enthält Hinweise für die erforderliche Vorbereitung.“ Zu dieser Vorbereitung gehört die Ladung des Mitarbeiters in die Personalabteilung zu einer „persönlichen Aussprache über voraussichtliche Entwicklung des Gesundheitszustandes“, über deren Inhalt eine Aktennotiz angefertigt wird.

Selbst wenn ein Beschäftigter trotz „Aussprache“ und netter Briefe von seinem Recht Gebrauch macht, dem Betrieb Auskunft über seinen Gesundheitszustand zu verweigern, wird die Fahrlässigkeit oder der „gute Willen“ vieler Ärzte ausgenutzt, doch noch an die begehrten Informationen heranzukommen.

2.2 Anforderung eines ärztlichen Attests beim erkrankten Mitarbeiter

(1) Kommt der Mitarbeiter (z.B. aus gesundheitlichen Gründen) der Einladung zu der persönlichen Aussprache nicht nach, ist er schriftlich aufzufordern, eine ärztliche Bescheinigung über den voraussichtlichen Verlauf seiner Krankheit (Gesundheitsprognose) beizubringen (Muster Anlage 2).

(2) Ist die erbetene ärztliche Bescheinigung nach Ablauf der gesetzten Frist noch nicht eingegangen, ist der Mitarbeiter schriftlich hieran zu erinnern.

2.3 Einholung einer schriftlichen Auskunft des behandelnden Arztes

Alternativ zu Ziff. 2.2 kann der behandelnde Arzt direkt um seine Prognose gebeten werden (Muster Anlage 3).

Dabei ist zu beachten, daß der Arzt zur Erteilung einer Auskunft nur berechtigt ist, wenn ihn der Mitarbeiter hierzu ausdrücklich ermächtigt hat (vgl. Anlage 1 Ziffer (3)). Verweigert der Arzt die Auskunft unter Hinweis auf die fehlende Ermächtigung durch den Mitarbeiter, ist er ggf. über die der Personalabteilung gegenüber erteilte Ermächtigung zu unterrichten. Nach den bisherigen Erfahrungen kann im Regelfall damit gerechnet werden, daß der behandelnde Arzt die erbetene Auskunft erteilt.

Ein besonders gelungenes Beispiel aus einem anderen Betrieb: „Wir haben darauf hingewiesen, daß die Fehlzeiten unzumutbar hoch sind. Sollte sich in Zukunft keine Besserung einstellen, werden wir den Arbeitsplatz anderweitig besetzen und das bestehende Arbeitsverhältnis lösen“. Unterschrieben vom Beschäftigten. Folgende Erklärung wird ausländischen Beschäftigten desselben Betriebes zur Unterschrift vorgelegt: „Ich erkläre hiermit, daß eine Erkrankung während des Urlaubs nicht zur Verlängerung meines Urlaubs führen soll . . . Ich habe davon Kenntnis genommen, daß bei einer eigenmächtigen Urlaubserlängerung die Firma davon ausgeht, daß ich nicht die Absicht habe, überhaupt bzw. pünktlich zurückzukommen (im Original gestrichen)“.

Roland Nau
Johannisstr. 31
3400 Göttingen

*) Arbeitstagung der IGM in Gelsenkirchen, 31.3. und 1.4. 1977, in: Schriftenreihe Arbeitssicherheit der IGM, Nr. 20

AMTSMILLIE



DGB – Programm zur Verbesserung der Lebenssituation älterer Menschen

Mißstände der Versorgung alter Menschen in Altenpflegeheimen geraten in den letzten Monaten zunehmend in die öffentliche Diskussion. Skandale in Altenwohnheimen sind jedoch nur die Spitze eines Eisberges. Das gesamte Ausmaß der Probleme wird in dem Programm des DGB zur Verbesserung der Lebenssituation älterer Menschen deutlich.

Arbeitnehmer haben in besonderem Maße unter hoher körperlicher und geistiger Belastung durch den Arbeitsvorgang, negative Arbeitsumgebungseinflüsse und menschenfeindlicher Arbeitsorganisation zu leiden. Die Folge sind frühzeitiger Verschleiß der Arbeitskraft und bleibende Gesundheitsschädigungen.

Gerade bei den unteren Schichten bestehen im Alter erhebliche Lücken im bedarfsgerechten Angebot an sozialen Sach- und Dienstleistungen. Die mangelnde finanzielle Absicherung macht sich vor allem in den Wohnbedingungen bemerkbar. Nachlassende körperliche und geistige Kräfte sowie das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben führen häufig zu zunehmender kultureller und sozialer Isolation. Ausgehend von diesen Überlegungen fordert der DGB eine demokratische Mitwirkung der Betroffenen bei der Organisation einer bedarfsgerechten Versorgung.

- Die soziale Sicherung muß die Voraussetzungen schaffen, daß sich der Lebensstandard der älter werdenden Menschen nicht verschlechtert.
- Die finanzielle Benachteiligung der älteren Frauen ist abzubauen. Erforderlich ist die eigenständige soziale Sicherung und die Neuordnung der Hinterbliebenenversorgung nach dem Grundsatz der Gleichbehandlung von Mann und Frau.
- Vorsorgemaßnahmen, Früherkennungsuntersuchungen, systematische Gesundheitserziehung und die Humanisierung der Arbeitswelt müssen die Schwerpunkte der Gesundheits- und Sozialpolitik sein.



Nicht alle Alten haben Grund zum Lachen. Das Programm des DGB zeigt, daß beispielsweise Altenheimskandale nur die Spitze eines Eisberges von Problemen sind.

Foto: Schmitz

- Ein bedarfsgerechtes aufeinander abgestuftes System ambulanter, sozialer und pflegerischer Hilfen und teilstationärer und stationärer Einrichtungen ist anzustreben, um eine möglichst lange selbständige Lebensführung zu gewährleisten.
- Alle ambulanten Dienste sollen in Form von Sozialstationen zusammengefaßt werden.
- Ausweitung der Etatmittel zur Deckung des erheblichen Personalbedarfs ist erforderlich.
- Die reinen Pflegekosten sind als Leistungen von den Krankenkassen zu übernehmen.
- Maßnahmen der Bildungspolitik zur Vorbereitung auf das Alter. Schrittweises Ausscheiden aus dem Arbeitsleben ist zu fördern. Die unmittelbaren Hilfen zur gesellschaftlichen und politischen Integration älterer Menschen müssen auf eine Stimulierung und Aktivierung abzielen.

Selbstbeteiligung kein Mittel zur Kostendämpfung

Der Parlamentarische Staatssekretär beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Hermann Buschfort, hat sich gegen die von den Verbänden der niedergelassenen Ärzte, der Zahnärzte, Apotheker und der Pharma-Industrie in letzter Zeit wieder in die Diskussion eingebrachte Forderung nach einer generellen Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgesprochen. Buschfort stellte dazu fest: „Ich habe den Eindruck, dieses Uralthema wird wieder aufgewärmt, um von den wesentlichen Ursachen der Kostenentwicklung abzulenken und die Verantwortung den Versicherten zuzuschreiben.“

Buschfort wies in diesem Zusammenhang auch auf die offensichtlichen gesundheits- und sozialpolitischen Nachteile einer Kostenbeteiligung hin. Das für die soziale Krankenversicherung grundlegende Prinzip des freien Zugangs zur ärztlichen Versorgung, unabhängig von der wirtschaftlichen Lage des Versicherten, werde ausgebaut, wodurch in erster Linie die sozial Schwachen betroffen würden.

„Außerdem ist es eine Illusion anzunehmen, die Selbstbeteiligung sei ein Patentrezept zur Kostendämpfung“, erklärte der Parlamentarische Staatssekretär. „Erfahrungen im Ausland und die Kostenentwicklung in der privaten Krankenversicherung zeigen uns, daß davon keine Rede sein kann.“

GESCHÄFTSBERICHT

§ 218 – Kommission legt Bericht vor

In einem über 200 Seiten starken Bericht legt die von der Bundesregierung beauftragten Sachverständigenkommission Erfahrungen, Ergebnisse, Vergleiche und Verbesserungsvorschläge vor.

Es wird anhand von umfangreichem Zahlenmaterial aufgezeigt, daß durch die Reform des § 218 keine Steigerung der realen Abbruchzahlen stattgefunden hat, sondern daß durch den Wechsel vom illegalen in den legalen Bereich eine Aufhellung der Dunkelziffern festzustellen ist. Außerdem hat die Legalisierung keinen Einfluß auf die Bevölkerungsentwicklung, hier spielen ganz andere Faktoren eine Rolle.



Auf dem Hintergrund der festgestellten Sachverhalte gelangen einige Mitglieder der Kommission zu der Auffassung, daß der Deutsche Bundestag erneut beschließen möge, den Schwangerschaftsabbruch aus anderen als medizinischen Indikationen bis zur 10. Schwangerschaftswoche aus den Strafgesetzbuchbestimmungen herauszunehmen und dabei auch auf die vorherige Zwangsberatung zu verzichten.

[siehe auch Stellungnahme der AWO im Dokumententeil (die Red.)]

Krankheitsbezogene Werbung für Nahrungsfette künftig nicht mehr zulässig

Angesichts der umstrittenen Bedeutung des Ersatzes gesättigter (tierischer) durch ungesättigte (pflanzliche) Fette gelang es der Margarineindustrie in den letzten Jahren, ihren Marktanteil durch gezielte Werbung erheblich zu erhöhen. Durch eine Verordnung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit soll eine solche krankheitsbezogene Werbung künftig verboten werden. Zu einer solchen Maßnahme kam es jedoch erst nach einer entsprechenden Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer. Offen bleibt die Frage, wann endlich die Werbung der Pharmazeutischen Industrie einer wissenschaftlichen Überprüfung unterzogen wird. Die Hitliste der meistverkauften Pharmazeutischen Präparate beweist, daß weniger die gesicherte Wirkung eines Medikaments als die Absatzstrategie der Firma für den Verkaufserfolg entscheidend ist.

In dem Kommissionsbericht werden die unterschiedlichen Bedingungen in den einzelnen Bundesländern aufgezeigt, die von der jeweiligen Wertorientierung des Beratungsträgers abhängig sind. Es liegen keine einheitlichen Ausführungsbestimmungen vor für die Zulassung der Beratungsstellen, für die Beratungsschwerpunkte, die Indikationsstellung, die Durchführung und Aufsicht. Es kristallisiert sich ein deutliches Nord-Süd-Gefälle und Stadt-Land-Gefälle heraus. Außerdem ist die Finanzierung der Beratungsstellen oft nicht abgesichert. Im Rahmen der Kostendiskussion ist auch interessant, daß 90 % aller Schwangerschaftsabbrüche im Ausland ambulant erfolgen, wohingegen in der BRD 2/3 aller Frauen bei einem Abbruch 5–6 Tage im Krankenhaus liegen müssen.

Es folgen eine Reihe statistischer Untersuchungen über die Frauen, die einen Abbruch vorgenommen haben, über die Indikationen, Methoden, Komplikationen und Auswirkungen einer Schwangerschaftsunterbrechung. Zum Schluß werden noch Vergleiche mit anderen europäischen und außereuropäischen Ländern gezogen, besonders ausführlich ist der Vergleich mit der DDR.

Die Kommission nimmt Stellung zur Familienplanung und unterbreitet Vorschläge zur Informationsverbesserung. Unter dem Punkt: „Kritische Würdigung der flankierenden Maßnahmen“ werden langfristige Hilfen für die Mütter gefordert, längere Freistellung von der Berufstätigkeit, bessere Wohnungsbaupolitik und Schaffung von mehr Kindertagesstätten.

Marburger Bund distanziert sich von Formulierungen und vom Gesundheitstag:

Der Vorstand des Marburger Bundes Landesverband Berlin hatte in seinen „Aktuellen Mitteilungen“ 11/79 einen „Aufruf zur Mitarbeit und Teilnahme am Gesundheitstag“ veröffentlicht. Vom Bundesverband des „mb“ wurde der Landesverband Berlin aufgefordert, sich von „verunglimpfenden Aussagen über gewählte Vertreter der deutschen Ärzteschaft und die Organe, in denen diese Vertreter arbeiten“ zu distanzieren und nicht mehr als unterstützende Gruppierung des Gesundheitstages aufzutreten. Die „Distanzierung“ erfolgte im März in den „Aktuellen Mitteilungen“ 1/80. „Mitglieder des Landesverbandes Berlin werden sich jedoch als Einzelpersonen am Gesundheitstag 1980 in Berlin beteiligen. Im Sinne der Verbreitung unserer Vorstellungen zu gesundheitspolitischen Fragen werden diese Aktivitäten vom Vorstand des Landesverbandes Berlin des Marburger Bundes begrüßt.“

amnesty international – Ärztearbeitskreis:

Indonesien – Frau Dr.med. Sutanti Aidit, seit 1967 inhaftiert wurde freigelassen. Eine Hamburger ai Gruppe hatte auf sie aufmerksam gemacht. Im Dezember 1979 startete eine Briefaktion zu ihrer Freilassung.

Mali – Der Schriftsteller und Arzt Maramou Gologo, 55, wurde am 3. 4. 1979 zum dritten Mal verhaftet. Er kritisierte als Regimekritiker in Flugblättern das Fehlen von Demokratie in der Einheitspartei. Während der Verhöre wurde er mit Elektroschocks gefoltert. Eine Briefaktion zu seiner Freilassung läuft. Auskunft über die Kontaktadresse.

Pakistan – 1979 protestierte ai mehrfach gegen das Gesetz über Amputationen bei einfachen Vergehen wie Diebstahl. ai, London, berichtet, daß neun Urteile über Amputationen bisher noch nicht vollstreckt wurden. Jedoch ist das Gesetz weiterhin gültig.

Interessenten, die die Arbeit von ai-Arztearbeitskreis unterstützen wollen, erhalten Auskunft von:

Dr. med. Dietmar Schmitz-Burchartz,
Idastraße 65, 4270 Dorsten 21,
Tel. 02362/62156.

GESUNDHEITSTAG

Programm des Gesundheitstages



Das Programm des Gesundheitstages (15. 5.–18. 5. 1980 in Berlin-West) liegt mittlerweile vor.

Auf einige Veranstaltungen, an denen Herausgeber, Redaktion oder Mitarbeiter von DG beteiligt sind, möchten wir gesondert hinweisen:

Donnerstag, 15. 5. 1980:
ab 9.00 Uhr: Situation des alternativ-medizinischen Zeitungsmarktes (mit Dr. Mabuse, Eingriffe, Forum Gesundheitswesen und DG)
14.00 Uhr: H.U. Deppe: Die ökonomische Krise im Gesundheitswesen
15.30 Uhr: M. Regus: 7 Jahre nach dem Marburger Kongreß – Erfahrungen, Probleme und Perspektiven demokratischer Gesundheitspolitik
16.00 Uhr: Girth/Drexler: Istzustand und Perspektiven der stationären Versorgung und der Niederlassung
16.00 Uhr: Ohlmann/Limbrock: Bewegung gegen überlange Arbeitszeiten im Krankenhaus
14.30–16.30 Uhr: E. Wulff: Gesundheitskonzepte der Dritten Welt – am Beispiel Vietnam

Freitag, 16. 5. 1980:
14.00 Uhr: Simon/Rosenbrock/Greiser: Aktuelle Probleme in der ambulanten Arzneimittelversorgung
19.00 Uhr: Oppositionelle Ärztekammerlisten: Pflicht zur Weiterbildung – Recht auf Niederlassung?

Samstag, 17. 5. 1980:

14.00 Uhr: Feldkamp/Knittel/Botschaffer/Liebermann/Schwarzenau: Kritik der gegenwärtigen Krankenpflege und Ansätze zu alternativer Pflegepraxis
10.00 und ab 18.00 Uhr: Das Argument und BdWi: Die gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der Deutschen Ärzteschaft – Kritik des „Blauen Papiers“

Es ist nicht möglich, an dieser Stelle auch nur einen kleinen Ausschnitt aus dem ganzen Programm darzustellen. Jedoch deutet schon dieser kleine Ausschnitt an, warum die Standsorganisationen so hektisch auf den Gesundheitstag reagiert haben.

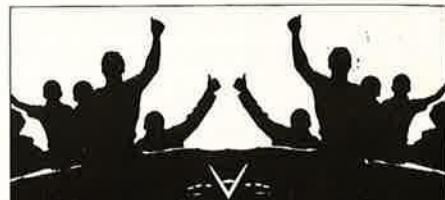
Der Präsident des Bundesgesundheitsamtes lehnt die Verantwortung ab

„Wir können eigentlich nur reagieren und sind nicht in der Lage, präventiv Gefahren abzuwehren und neue Risiken schon im Vorfeld zu beurteilen.“ Mit diesen Worten lehnt der Vorsitzende der obersten Kontrollbehörde für Arzneimittel, Prof. Fulgraff, die Verantwortung für die Arbeit seiner Behörde ab.

Hintergrund ist der im neuen Arzneimittelgesetz seit 1. 1. 1978 geforderte Nachweis der Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit. Das BGA erstickte in einer Flut von Neu anträgen. Doch von 44 beantragten neuen Personalstellen hat der Haushalt ausschuß des Gesundheitsministeriums 29 gestrichen.

DIE ZEIT (21. 3. 1980) nennt ein anderes Beispiel: „Obwohl das Parlament die Flucht vieler Jugendlicher in die Drogen Szene mehrfach wortreich beklagte, lehnte der Haushalt ausschuß eine geforderte Planstelle für den Referenten „Drogen- und Rauschmittelmissbrauch“ ab. 120–150 Mitarbeiter fehlen dem BGA, so Fulgraff. Es ist nicht populär, sich dieser Behörde zu verdingen; woanders gibt es mehr zu verdienen.“

Die Bankrotterklärung des Präsidenten ist ein politischer Skandal Muß erst wieder ein Conterganskandal her, bevor die Politiker sich ihrer Verantwortung bewußt werden?“



► Henning Melber (Hrsg.)

► NAMIBIA –
Kolonialismus und Widerstand
Materialien für
Unterricht und Bildungsarbeit

Durch Materialien, welche die Geschichte der kolonialen Unterwerfung, des Widerstands dagegen und die augenblickliche Wirklichkeit des Befreiungskampfs erschließen, wird am Beispiel Namibias persönliche Betroffenheit geweckt. Dies ergibt Ansatzpunkte zur Vermittlung von Bewußtsein über Gesellschaften, in denen Ausbeutung und Unterdrückung ähnlich unverschleiert zutage liegen.

Die „deutsche Gründlichkeit“ bei der Errichtung der Kolonialherrschaft wird durch Dokumente, Erinnerungen und Erlebniserichte belegt. Das alltägliche Elend des gegenwärtigen Kolonialismus tritt in Reportagen, in Darstellungen zur Arbeitssituation und zur allgemeinen Lage der Unterdrückten deutlich hervor. Der Kampf um die Freiheit wird durch Selbstzeugnisse seiner Teilnehmer näher erfahrbare, als durch nüchterne politische Analysen. Zugleich werden Programme und Politik der SWAPO dokumentiert. Zahlreiche Bilder tragen zur Anschaulichkeit aller dieser Materialien bei. Ein einführender Aufsatz stellt sie in ihren größeren Zusammenhang. Schließlich findet sich eine Zusammenstellung von Basisdaten über die aktuelle Lage Namibias, seine Geschichte und Geographie im Anhang. Dieser enthält auch weiterführende Literaturhinweise.

Die Zusammenstellung ist auf breite Verwendungsmöglichkeit der Materialien abgestellt und orientiert sich am Niveau

der Sekundarstufe I. Die Vermittlung eines grundsätzlichen Problem bewußtseins ohne übermäßiges Eingehen auf politische Tagesfragen ermöglicht eine exemplarische Erarbeitung der Problematik Namibias als kolonisiertem Land im Kampf um seine Befreiung.

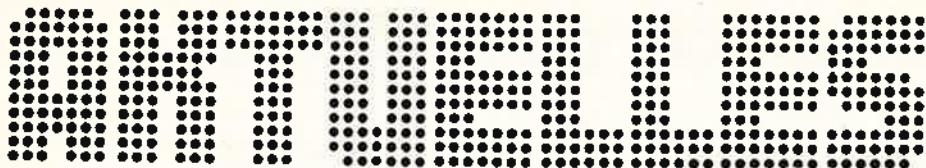
► edition südliches Afrika 8
ISBN 3-921614-53-8

► ca. 200 S., zahlreiche Photos

► Preis DM 12.–

► Informationsstelle Südliches Afrika
5300 Bonn 1, Blücherstr. 14

► Auslieferung für den Buchhandel:
c o n
► Osterstr. 36
2800 Bremen

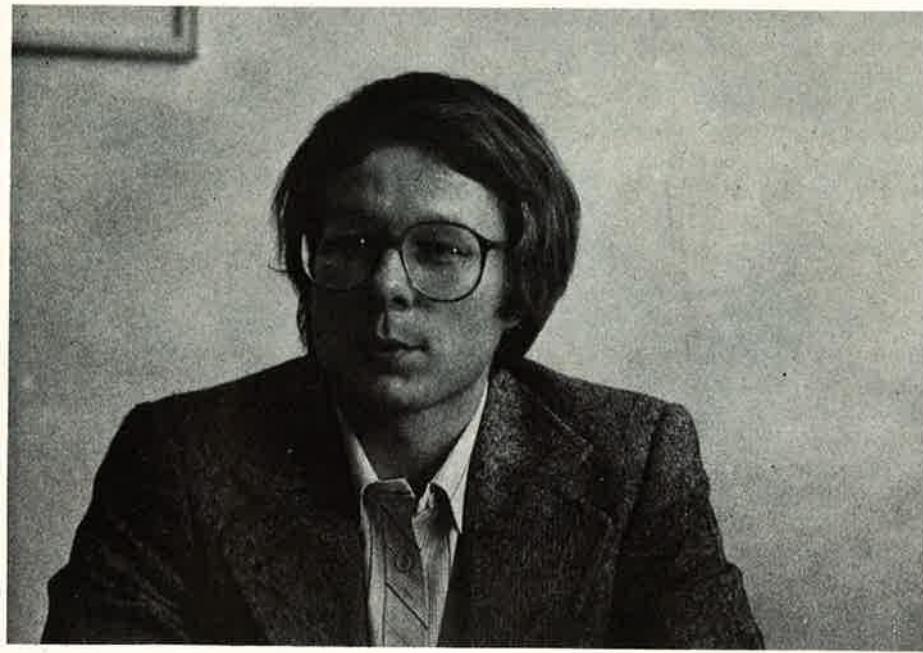


Erfolg im Bereitschaftsdienstprozeß Limbrock

Das Landesarbeitsgericht Hamburg wies am 27. 2. 1980 die Berufung der Hansestadt Hamburg gegen das Urteil des Arbeitsgerichts Hamburg (siehe DG 1/79) kostenpflichtig zurück.

Damit gab das Gericht auch in der 2. Instanz G. Limbrock und der ihn unterstützenden ÖTV in folgenden Punkten Recht:

1. nach einem Bereitschaftsdienst, der sich an einem normalen Tagdienst anschließt, darf Weiterarbeit am nächsten Tag nicht angeordnet werden.
2. Bereitschaftsdienst darf, von Notfällen abgesehen, nicht mehr als einmal pro Woche angeordnet werden.



Gerd Limbrock: Erfolge vor dem Landesarbeitsgericht

In der Begründung wies der Vorsitzende Richter darauf hin, daß die Arbeitszeitordnung – entgegen der Aufassung der bisherigen Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts – auch für Krankenhausärzte gelte. Das häufig vorgebrachte Argument der ärztlichen Ethik erzwinge geradezu einen gesetzlichen Arbeitsschutz, um für den Patienten und die Allgemeinheit ausgeruhete Ärzte sicherzustellen.

Der heute durchgeführte Bereitschaftsdienst sei ein Gemisch aus Vollarbeit, Arbeitsbereitschaft und zu einem geringen Teil reiner Bereitschaft und falle damit unter die AZO.

Um die Wochenarbeitszeit nach AZO von 48 Stunden nicht noch weiter zu überschreiten, sei mehr als ein Dienst pro Wo-

che unzulässig, der ohnehin die Wochenarbeitszeit auf 55,5 Stunden verlängere.

In diesem Prozeß wurde auch das weitere prozessuale Verfahren im Verfahren Junghans und Wandsbeker Anästhesisten besprochen. Im Fall Junghans steht mittlerweile der Termin vor dem Bundesarbeitsgericht fest: 10. Oktober 1980. Die Beteiligten an den laufenden Verfahren sind ebenso wie die Gesundheitsbehörde Hamburg daran interessiert, im Herbst 1980 alle drei Verfahren vor dem Bundesarbeitsgericht zur Entscheidung zu bringen. Die Aussichten, eine Korrektur der bisherigen Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts im Sinne einer Anerkennung der AZO zu erreichen, würden damit wesentlich günstiger sein, als wenn das Verfahren Junghans zuerst und allein verhandelt wird.

nen, „die Kostenentwicklung im Rahmen der Belastbarkeit der Volkswirtschaft und der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung zu halten“, hieß es in der Begründung des Regierungsentwurfs 1978.

Noch mehr als im Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 wird das Krankenhauswesen ausschließlich unter Kosten-gesichtspunkten betrachtet. Die nach wie vor reformbedürftigen inneren Strukturen bleiben ebenso ausgeblendet wie die Mitbestimmung der Beschäftigten am Arbeitsplatz und bei der Planung. Damit bleiben die wichtigen Wege zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Patienten durch Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Mitbestimmungsmöglichkeiten ausgeschlossen.

Den Krankenkassenverbänden und der Krankenhausgesellschaft wird mehr Einfluß bei der Krankenhausbedarfsplanung, bei der Festsetzung der Pflegesätze und bei der Erarbeitung von Empfehlungen für die Konzertierte Aktion – in die das Krankenhaus jetzt einbezogen werden soll – eingeräumt. Ob damit – wie behauptet – die „Selbstverwaltung“ gestärkt wird, ist sehr fraglich. Vielmehr ist hier die Absicht zu sehen, das Krankenhaus jetzt auch über die Konzertierte Aktion der Kostendämpfungspolitik zu unterwerfen, die Verantwortung dafür und für die Folgen jedoch von den staatlichen Instanzen auf die sog. „Selbstverwaltung“ abzuwälzen und über diese durchzusetzen.

Die der Verabschiedung vorangehenden politischen Auseinandersetzungen waren von dem Bemühen der CDU/CSU und der Bundesratsmehrheit gekennzeichnet, möglichst viele Länderkompetenzen zu erhalten (Inhalt der Bedarfspläne, Abstimmung von Planungsgrundsätzen), und bestimmte Ziele in Übereinstimmung mit deren Standesorganisationen durchzusetzen (z. B., „Vielfalt der Krankenhausträger oder „Förderung des Belegarztwesens“). Für die im Krankenhaus Beschäftigten bringt das verabschiedete Gesetz keine Verbesserung: nur in Zusammenhang mit der Empfehlung der Konzertierte Aktion werden die Gewerkschaften erwähnt. Damit besteht die große Gefahr, daß nunmehr „Lohnleitlinien“ für das Gesundheitswesen formuliert werden, sich aber ansonsten für die Beschäftigten und die Patienten nichts ändert. Obwohl diese Novelle des KHG keinerlei progressive Züge trägt, ist trotzdem die Zustimmung des Bundesrates nicht sicher, so daß dieses Gesetz eventuell in dieser Legislaturperiode nicht mehr durchgesetzt werden kann. ■

Krankenhausfinanzierung novelliert

Mit den Stimmen der SPD/FDP-Mehrheit verabschiedete der Bundestag am 21.3.1980 die Novelle zum Krankenhausfinanzierungsgesetz. Damit wird insbesondere die Zielsetzung vertreten, die Krankenhäuser – noch stärker als bisher – in die Kostendämpfungspolitik einzubeziehen. Der Krankenhausbereich war 1977 bei der Verabschiedung des Kostendämpfungsgesetzes ausgeklammert worden. Die Novellierung soll vor allem dazu die-

Die Kostenexplosion – der große Betrug

Was explodierte waren die Gewinne der Pharma- und Geräteindustrie

Analyse zur Kostenentwicklung der letzten 10 Jahre

Kostenexplosion im Gesundheitswesen – die Spatzen pfeifen es mittlerweile von den Dächern. Kaum eine gesundheitspolitische Diskussion geht vorüber, ohne daß nicht ein beachtlicher Teil der Gedanken die Kostenfrage einbezieht. Und die Argumente sind sicherlich – zumindest auf den ersten Blick überwältigend. Auf fast 200 Milliarden DM im Jahr 1980 sind die Gesamtausgaben für Gesundheitsleistungen bzw. Krankheitsfolgen angewachsen. Das entspricht fast einer Verdopplung seit 1970. Allein in den Jahren 1970–1975 haben sich die Gesamtausgaben verdoppelt. Die gesetzliche Krankenversicherung hat 1975 davon einen Anteil von ca. 58 Milliarden DM für Leistungen ausgegeben. Sie war damit zu etwa 44% an der Finanzierung der gesamtwirtschaftlichen Aufwendungen für Gesundheitssicherung und Krankenversorgung beteiligt. Die restlichen Mittel wurden vom Staat (öffentlicher Gesundheitsdienst, Ausbildung in Medizinberufen, Forschung, Krankenhausfinanzierung), von den anderen Sozialversicherungsträgern (Renten-, Unfall-, Arbeitslosenversicherung), von den Unternehmern (Lohn- u. Gehaltsfortzahlung, betriebliche Leistung) sowie von den privaten Haushalten oder über private Versicherungen finanziert.

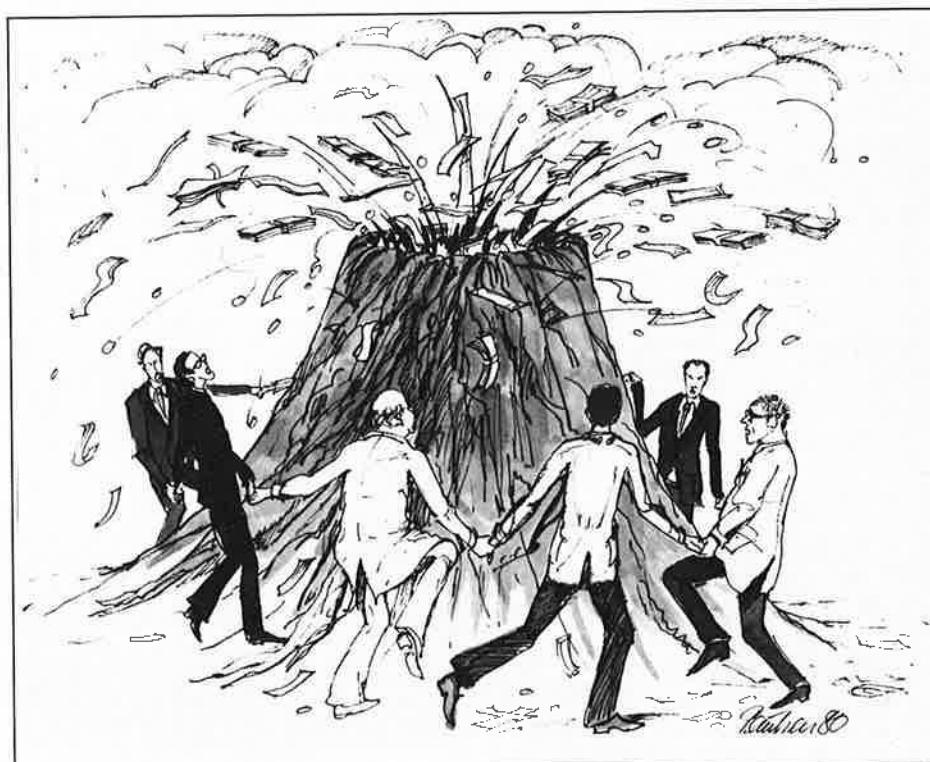
Kostenexplosion, die große Umverteilung

Wird also fortwährend die an eine Naturkatastrophe erinnernde Kostenexplosion im Gesundheitswesen bemüht, auch harmloseste Reformbestrebungen im Keim zu erstickten (es sei denn, sie würden Kosten „dämpfen“), so beziehen sich die Belege immer nur auf den Anteil der gesetzlichen Krankenkassen mit den etwas mehr als 40 %. Wenn auch die Steigerungsraten für diesen Teilbereich enorm sind, so zeigt der Vergleich mit den anderen Kostenträgern, daß diese mit Ausnahme der privaten Haushalte hiervon prozentual profitiert haben. Dies gilt insbesondere für den Staat und die Unternehmer. Betrug z. B. der Arbeitgeberanteil an den Gesamtausgaben 1970 noch 25 %, so fiel er bis 1975 auf ca. 18 %. Ähnlich die öffentliche Hand: sie gab 1975 z. B. für stationäre Versorgung ca. 5 Milliarden DM aus; das waren 1,7 Milliarden mehr als 1970. Die Sozialversicherten zahlten dagegen 1970 6 Milliarden und 1975 dreimal soviel, nämlich 18 Milliarden DM. Die Ursache hierfür ist bekannt. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz brachte diese drastische Abwälzung der Kosten auf die Sozialversicherungen mit sich. Der Trick besteht in der gesetzlich verordneten strikten Trennung von Investitionsfinanzierung durch den Staat von der Finanzierung der Betriebskosten über kostendeckende Pflegesätze durch die Krankenkassen.

Die sog. Kostenexplosion entpuppt sich also schon bei grober Betrachtung als eine deutliche Umverteilung von Ausgaben im Gesundheitswesen zuungunsten der Sozialversicherten. Die vorgeschlagenen Lösungsstrategien zur Kostendämpfung wie Beschränkung der Leistungen, Rationalisierung und insbesondere die Forderung nach Selbstbeteiligung zielen einzig und allein in dieselbe Richtung: Abwälzung zu Lasten der Sozialversicherten!

Stattdessen liegen die Gründe in unterschiedlicher Gewichtung in folgenden Punkten:

1. Veränderung der Bevölkerungsstruktur. Immer mehr Menschen erreichen durch die allgemeine Erhöhung der mittleren Lebenserwartung ein Lebensalter, in dem chronische Krankheiten zum Ausbruch kommen. Seinen sozialökonomischen Niederschlag findet diese Entwicklung in der kostenbelastenden Tatsache des steigend hohen Rentneranteils in den Sozialversicherungen, insbesondere den Ortskrankenkassen. Diesem hohen Anteil



Kostenexplosion im Gesundheitswesen: Für die Herren von der Pharma- und Geräteindustrie ein Grund zum Tanzen

Die Ursachen der Kostenentwicklung

Trotzdem bleibt die Frage im Raum, was denn die Ursachen der tatsächlichen Kostenentwicklung sind. Der bloße Hinweis von Seiten derjenigen, die von der Kostenentwicklung noch am ehesten profitieren, ständig vorgetragen, daß es das Anspruchsdenken der Sozialversicherten, ihre nicht steuerbare Nachfrage nach immer teureren Gesundheitsleistungen sei, kann getrost als Verschleierung der eigenen Profitgier bezeichnet werden. Zur Klärung der Ursache dient dieser Hinweis in keiner Weise.

im ökonomischen Sinne unproduktiver Altersgruppen steht ein relativ immer kleiner werdender Anteil produktiver (beitragszahler) Bevölkerung gegenüber.

2. Steigerung des Bedarfs an Gesundheitsleistungen durch Zunahme krankheitsverursachender Faktoren in der Gesellschaft, insbesondere in der Arbeitswelt. Rationalisierung, Einführung inhumaner neuer Technologien und ständig wachsender Arbeitsstress haben eine Entfremdung von sinnvoller Arbeit erzeugt, welche als Gefühl der Ohnmacht und Leere, des Verlustes an Selbstwert empfunden wird.

Das Ergebnis ist eine deutliche Verschiebung von den klassischen Volkskrankheiten (Infektionen, Mangelkrankungen etc.) zu den komplizierten psychosomatischen und psychischen Störungen.

Daß heute weit über die Hälfte aller Patienten, die einen Arzt aufsuchen, an solcherart verursachten Krankheiten leidet, sind Schätzungen, die sicher nicht zu hoch gegriffen sind. Hinzu kommen die Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems, die Nikotin-, Sucht- und Ernährungsschäden sowie die Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten; alles Schädigungen der menschlichen Gesundheit, deren im wesentlichen gesellschaftliche Ursachen nicht ernsthaft bestritten werden.

3. Der Fortschritt der medizinisch-technischen Entwicklung mit den Auswirkungen auf Diagnostik, therapeutische Technik und Arzneimittelwesen.

4. Zunahme des Angebots an medizinischen Fachkräften, insbesondere an Ärzten. Bei der bestehenden Verkümmерung wichtiger Tätigkeitsfelder wie Vorsorgemedizin, Arbeits- und Betriebsmedizin sowie des öffentl. Gesundheitssektors wirkt sich die zunehmende Ärztezahl neben dem stationären vornehmlich im niedergelassenen Bereich aus und dort mangels sinnvoller Planung vor allem in den Großstädten.

Die Zunahme der Konkurrenz mit dem bereits oben erwähnten Zwang zu immer kostspieligeren Investitionen, zu immer willfähriger Auslieferung an Geräte- und Pharmaindustrie ist die Folge. Daß die überwiegend schlechte, praxisferne Ausbildung ihr übriges dazu tut, sei hier nur am Rande erwähnt.

5. Schwere strukturelle Mängel in der Organisation des Gesundheitswesens.

In diesem Zusammenhang ist besonders die völlig unsinnige Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung zu nennen. Unzählige Mehrfachuntersuchungen wegen fehlender Kooperation, mangelhafte Auslastung teurer Gerätschaften im Krankenhausbereich, überflüssige Investitionen im ambulanten Sektor (siehe Beispiel der Computertomographen) sind nur einige der kostenintensiven Nachteile. Weitere liegen in der ineffektiven Versorgung selbst, so z. B. im Fehlen sinnvoller Vor- und Nachsorgeprogramme durch das Krankenhaus u. ä.

In einer Darstellung der Ursachen der Kostenentwicklung muß nicht zuletzt die Ausweitung des Leistungskatalogs der Krankenkassen durch den Gesetzgeber sowie die Ausdehnung des Versichertengrundes mit gesetzlicher Versicherungspflicht auf Landwirte und Studenten erwähnt werden.

Welche Konsequenzen müssen gezogen werden

Faßt man alle Punkte zusammen, wird deutlich, wie dreist die Demagogie der Bevölkerung einer Selbstbeteiligung der Sozialversicherten an den Krankheitskosten ist. Die Reduzierung aller an der Kostenentwicklung beteiligten Faktoren auf individuelles Fehlverhalten und die Forderung nach der Bestrafung mit Hilfe des ökonomischen Hebelns der Selbstbeteiligung, sind gesundheitspolitische Irrwege, die es mit aller Entschiedenheit zu bekämpfen gilt. Darüber hinaus wird aber auch klar, wo die eigentlichen Ursachen und die damit verbundenen Ansätze von Perspektiven einer Kostenbewältigung liegen.

Hier ist nicht der technisch-wissenschaftliche Fortschritt an sich zu kritisieren. Welche Einwände gäbe es schon gegen die Existenz künstlicher Nieren, komplizierter laborchemischer Untersuchungen oder aufwendiger Operationstechniken u. ä. Der entscheidende kostentreibende Faktor liegt vielmehr darin, daß sich diese Entwicklung im Rahmen kapitalistischer Produktionsverhältnisse vollzieht, in denen immer noch der Profit die Maxime allen Handelns ist. Es verborgen sich hinter den Kosten für den „Fortschritt“ derart gewaltige Gewinne, die allesamt über den Umweg der Honorare und der Pflegesätze letztlich von den Versicherten eingeholt werden, daß es schon der Aufbietung eines gehörigen Zynismus bedarf, als Alleinschuldigen beständig den maßlosen Patienten hinzustellen.

Die Umsetzung des technischen Fortschritts konnte auch deshalb so gewinnbringend erfolgen, weil sie auf alte Strukturen eines Gesundheitswesens traf, welche selbst auf dem privatwirtschaftlichen Prinzip beruhen (freie Arztpraxis, Chefarztsystem). So ermöglichte erst die 1964 eingeführte Einzelleistungsvergütung des niedergelassenen Arztes, daß die wenig Zeit kostende technisch-apparative Diagnostik sowie die ausufernde Arzneimittelverschreibungspraxis immer mehr anstelle einer gründlichen Untersuchung und ausführlichen Beratung trat. Für Medikamente kann fast jeder Preis verlangt werden, ebenso für die technischen Geräte. In großem Maße hat die Geräteindustrie die niedergelassenen Ärzte mit ihren Produkten versorgt. Aufgrund der privatwirtschaftlichen Konkurrenz unter den Ärzten waren diese Investitionen notwendig. Sie ermöglichen die fast beliebige Ausweitung der Diagnostik und damit neue Verdienstmöglichkeiten.

Daß solche mit Hilfe technischer Geräte erbrachten Leistungen oft kaum noch vom Arzt selbst sondern von seinem technischen Hilfspersonal durchgeführt werden, bietet eine zusätzliche Chance, mehr abrechnungsfähige Einzelleistungen pro Zeiteinheit zu erbringen. Die Industrie kam auf ihre Kosten. Sie konnte ohne Rücksicht

auf den tatsächlichen Bedarf die Medizintechnik verkaufen und riesige Gewinne einstreichen. Derselbe Mechanismus spielt sich auf der Therapieseite ab: Ständige Ausweitung des Absatzes mit unkontrollierter Preisentwicklung auf Seiten der Pharmakonzerne und Steigerung der Verdienste durch Ausuferung des Pillenverschreibens auf Seiten der Ärzteschaft sind auch hier zwei Seiten ein und derselben Medaille. Es sind die kapitalistischen Strukturen des Gesundheitswesens selbst, die kostentreibend wirken.

Erforderlich ist eine grundlegende Neuorientierung der Gesundheits- und Sozialpolitik. Diese muß Ihre Schwerpunkte in der gesellschaftlichen Vorbeugung von Krankheiten haben. Krankheiten müssen bereits dort verhindert werden, wo sie entstehen. Die dafür nötigen Strukturreformen sind durchzuführen. Es darf nicht halt gemacht werden vor der Profitsphäre der Geräte- und Pharmaindustrie, was letztendlich nur heißen kann: Vergesellschaftung dieser „Gesundheits-Schlüsselindustrien“.

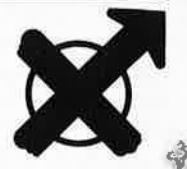
Das Prinzip der Einzelleistung muß zugunsten einer Neukonzipierung der ärztlichen Honorierung abgeschafft werden. Diese muß es ermöglichen, daß ein angemessenes Einkommen mit qualifizierter ärztlicher Dienstleistung und nicht mit einer Inflation technisch-apparative Diagnostik und Arzneimittelverordnungen erzielt werden kann.

Daß mit einer derartig grundlegenden Neuorientierung der gesamten Gesundheitsversorgung eher zusätzliche Kosten entstehen, muß offensiv vertreten werden. Berechnungen, ob z. B. Mehrkosten im Bereich der Vorsorge sich langfristig in Einsparungen im kurativen Sektor auswirken, sind z. Z. noch rein spekulativ. Allein die wirksame Behandlung der unzähligen ernsthaften psychischen und psychosomatischen Erkrankungen dürfte jedenfalls kurz- und mittelfristig enorme zusätzliche Kosten verursachen.

Trotzdem sollte Kostendämpfung gleichfalls offensiv gefordert werden, nämlich im Sinne der oben entwickelten Positionen in Form von Dämpfung der Profite, Dämpfung ineffektiver, strukturbedingter Fehlausgaben und Dämpfung durch Vorbeugung.

Nicht so sehr die Tatsache, daß 1980 ca. 200 Milliarden DM für die Gesundheitsversorgung ausgegeben werden, sollte also erschrecken, sondern vielmehr die Beurteilung dessen, was unter dem Strich dabei herauskommt.

Sozialwahlen '80: Gewerkschaftliche Listen wählen!



Am 1. Juni 1980 finden in der Bundesrepublik die Sozialwahlen statt. Im Vergleich zur anstehenden Bundestagswahl oder den Landtagswahlen sind die Sozialwahlen sicher nicht annähernd so bekannt. So mancher weiß mit dieser Angelegenheit nicht allzuviel anzufangen. Und dabei sind immerhin über 33 Millionen Bürger betroffen, denn gewählt werden soll zu den Selbstverwaltungsgremien der Sozialversicherungen (Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung).

Diese sind bekanntlich als Anstalten des öffentlichen Rechts nach dem Prinzip der Selbstverwaltung aufgebaut. Die Vertreter in den entsprechenden Gremien (Vertreterversammlung, Vorstand) werden alle 6 Jahre von den Sozialversicherten gewählt. Und da fast alle Berufstätigen in mindestens einer der Versicherungen Mitglied sind, ist somit auch so gut wie jeder wahlberechtigt.

Die Wahlen im Sinne einer echten Stimmabgabe finden allerdings nur dort statt, wo konkurrierende Listen kandidieren. So wie es zur Zeit aussieht, zeichnen sich echte Wahlvorgänge bei falgenden Versicherungen ab: Bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in West-Berlin, bei den großen Ersatzkassen für Angestellte (DAK, BEK, Hamburg-Münchner), bei gut einem Dutzend Betriebskrankenkassen, drei Berufsgenossenschaften, ein bis zwei Landesversicherungsanstalten und bei einigen wenigen Ortskrankenkassen.

Es sind also insbesondere die Versicherungsträger mit einem hohen Angestelltenanteil, bei denen es zur Aufstellung konkurrierender Listen und damit zu eigentlichen Wahlen kommt. Der Hinter-

grund ist das gemeinsame Bestreben berufsständischer Organisationen, dubioser freier Wählergemeinschaften von Angestellten und der Deutschen Angestellten Gewerkschaft, einen möglichen Einfluß des Deutschen Gewerkschaftsbundes zu verhindern.

Mit einem Trick der sog. freien Listen, in ihrer Listenbezeichnung den Namen des Versicherungsträgers aufzunehmen (z. B. DAK-Mitgliedsgemeinschaft e. V.), konnten bei den letzten Sozialwahlen 1974 dem DGB empfindliche Stimmenverluste beigebracht werden. Obwohl selbst das Bundesverfassungsgericht von einer „Irreführung der Wähler“ spricht, wurden sämtliche Einsprüche des DGB gegen eine erneute Kandidatur solcher Täuschungslisten bei den jetzigen Wahlen von den Wahlausschüssen abgelehnt.

Was aber haben solche Auseinandersetzungen im Vorfeld der Wahlen für einen Sinn? Handelt es sich evtl. nur um Schein gefechte? Diese Fragen zielen auf die Bedeutung der Sozialwahlen überhaupt ab.

Es ist das Verdienst der Gewerkschaften, ganz im Gegensatz zu den völlig im Dunkeln operierenden ‚freien Listen‘, als einzige der kandidierenden Organisationen, über die beabsichtigten Ziele und die vorhandenen Möglichkeiten der zukünftigen Arbeit in den Versicherungsgremien eine breite Öffentlichkeit zu informieren. Die ÖTV z. B. sieht bei dem sicherlich sehr eingeschränkten Aufgabenkatalog der Vertreterversammlung (siehe auch „Kleines Lexikon der Sozialwahlen“ im Dokumententeil) in folgenden Bereichen wichtige Einflußmöglichkeiten, die es zu nutzen gilt:

- Festlegung zusätzlicher Leistungen; auf der Tagesordnung steht z. B. die zukünftige Regelung der psychotherapeutischen Behandlung oder Ausbau der Vorsorge.

- Festlegung der Beitragshöhe; hier wird es insbesondere darauf ankommen, weitere Erhöhungen zu verhindern.

Auch die dringend nötige Koordination aller Krankenkassen in den Honorarverhandlungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen könnte erreicht werden, wenn es gelingt, den Einfluß der Gewerkschaften in den Ersatzkassen zu vergrößern. Einheitliche Verhandlungen, von den Standesfunktionären der Kassenärzte selbstredend gefürchtet, sind nämlich in der Vergangenheit immer von den Ersatzkassen torpediert worden. Stets verhandelten sie als erste. Die großzügigen Zugeständnisse an die Ärzteschaft, ermöglicht durch die beitragsstarke Mitgliederstruktur, dienten dann gegenüber den Orts-, Betriebs- und Innungs krankenkassen als Druckmittel, von diesen ähnlich gute Abschlüsse zu erzwingen. Die überdurchschnittlichen Einkommensverbesserungen der Ärzte in den letzten Jahren sind nicht zuletzt über diesen Mechanismus entscheidend mit ermöglicht worden. Hier könnte durch DGB-Vertreter in den Gremien der Ersatzkassen eine Wende erzielt werden.

Wenn also in den vergangenen Wochen die Wahlunterlagen im Briefkasten liegen, sie sollten nicht beiseite gelegt werden. DG fordert alle Leser auf, vom Wahlrecht Gebrauch zu machen, auch im Bekanntenkreis dafür zu werben, und mit der Stimmabgabe für die gewerkschaftlichen Listen dazu beizutragen, daß in den Gremien der Sozialversicherungen eine Politik im Interesse der Arbeitnehmer gemacht wird.



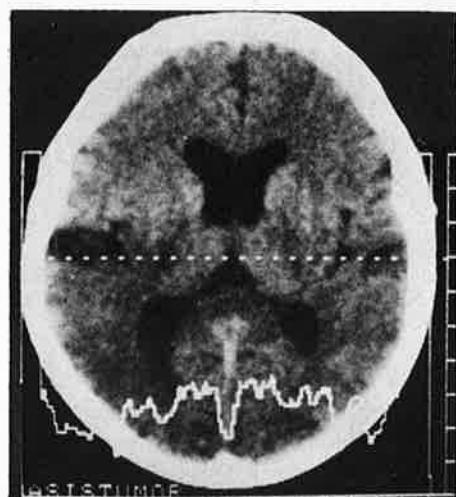
Die Geschichte vom Untergang der Stadt Troja ist die Geschichte von Bauernfangerei und Betrug. Da klettern in grauer Vorzeit 30 griechische Krieger in ein hölzernes Pferd und lassen sich von den dahinfliegenden Trojanern in die Stadt ziehen. Als es dunkel ist, kriechen sie aus ihrem Holzpferd heraus, stürzen die Stadt ein, und aus sei es mit Troja.



Kraniales Computer-Tomogramm mit hoch auflösender Matrix

Computer Tomographie

Fortschritt für wen



Schädel-Computertomogramm

Der Medizinnobelpreis 1979 wurde an den Briten G.N.Hounsfield und den Amerikaner A.M.Cormack für die Entwicklung des ersten klinisch anwendbaren Computer-Tomographen verliehen (1). Bei der Computer-Tomographie (CT) handelt es sich um ein computergesteuertes Röntgenschichtverfahren, mit dem Untersuchungen am ganzen Körper, vor allem aber am Gehirnschädel, schnell, schmerzfrei und risikolos durchgeführt werden können. Seit der Entdeckung der Röntgenstrahlen 1895 durch Röntgen gilt die CT als die größte Erfindung in der Radiologie (2).

Der Vorteil der neuen Technik gegenüber den herkömmlichen Röntgenverfahren ist ihre hohe Kontrastauflösung. Im Objekt lassen sich extrem geringe Absorptionsunterschiede erfassen und sichtbar machen. Nachdem erste klinische Erprobungen alle Erwartungen übertroffen hatten, feierte die CT innerhalb kürzester Zeit einen weltweiten und geradezu triumphalen Einzug in die Medizin (2). Doch gab es auch bald Probleme, weil sich nicht nur die Zahl an CT-Geräten, sondern auch die Kosten explosionsartig vermehrten:

Allein in den USA wurden bis 1979 1200 CT-Scanner installiert. Bis 1976 wurden für 100 CT-Geräte über 160 Mio. Dollar ausgegeben. Bis 1980 wurde ein Kostenaufwand in den USA von 1,2 Billionen Dollar erwartet (3,6). In der Bundesrepublik wurde 1974 der erste Schädelscanner Europas an der Universitätsklinik Frankfurt/M. aufgestellt. Bis 1979 wurden nach Angaben des Wissenschaftsrates insgesamt in der BRD 120 Ganzkörper- und Schädel-Scanner aufgestellt zu einem Stückpreis von 1–2,5 Mio. DM (4,5). Diese Zahl dürfte inzwischen noch angestiegen sein.

Die CT ist sicherlich eine wertvolle Erweiterung in der medizinischen Diagnostik, aber

Zur technischen Revolution im Gesundheitswesen

von Andreas Zieger

sehr kostenintensiv. Worin liegt es nun, daß sich diese teure Technologie trotz verschärfter Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen so stürmisch durchsetzen konnte? Eine Möglichkeit wäre, daß der medizinische Nutzen derart hoch wäre, daß ein so großer Kostenaufwand gerechtfertigt werden könnte.

In der Fachliteratur hat man im wesentlichen anhand von drei Kriterien versucht, den medizinischen Nutzeffekt der CT zu beweisen (7,8):

Gemessen an wissenschaftlich überprüfbaren Kriterien stellt sich der medizinische Nutzeffekt der CT teils als recht überzeugend, teils jedoch als recht ungesichert dar. Könnte es nun aber sein, daß ihr impo- santer Aufstieg auf sozialökonomischen Faktoren beruht?

Versorgungsgrad und Bedarf:

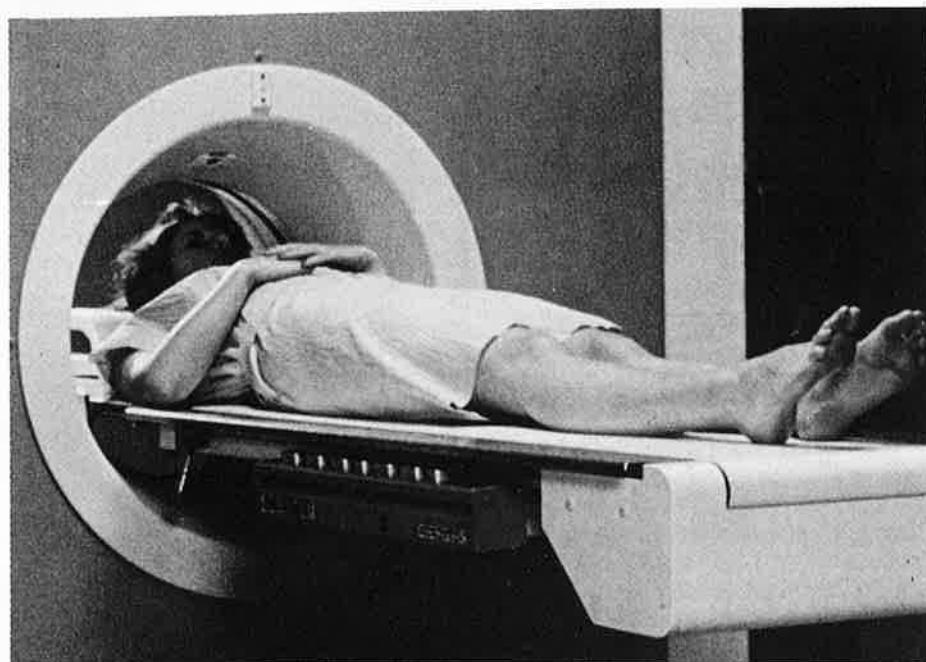
In der Tab. 3 (S. 12) wird gezeigt, daß die USA international eine führende Stellung einnehmen. Es herrscht aber eine erhebliche Ungleichheit in der Verteilung von CT-Scannern zwischen Stadt (1:100000 E.), Washington 1:60000 E. (1) und Land (1:1 Mio. E.) (6,8).

Für die BRD wurde 1979 ein Versorgungsgrad von 1 : 450000 E. errechnet und als bedarfsgerecht angesehen (4). Nun waren aber nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) Anfang 1979 allein in Nordrhein-Westfalen 30–50 % aller CT-Geräte in Praxen niedergelassener Ärzte installiert (14). Beispielsweise erhielt auch das Städtische Krankenhaus München-Harlaching (1200 Betten) ein CT-Gerät erst 2 Jahre später

als 2 niedergelassene Radiologen. Nach Meinung der DKG bieten aber lediglich Krankenhäuser von angemessener Größe und einem großen Einzugsgebiet die Möglichkeit zur Kooperation und wirtschaftlichen Auslastung der Geräte (13). Der in einigen Bundesländern (wie z.B. Hessen) inzwischen erstellte Bedarfssplan für CT-Investitionen hat sicherlich nur nachträglich gröbsten Ungleichheiten entgegenwirken können. Echte Bedarfsanalysen oder -planungen fehlen.

Indikation zur CT:

Berüchtigte Aussprüche namhafter Radiologen wie „wo ein CT steht, gibt es auch eine Indikation“ haben die Situation treffend gekennzeichnet: unverblümte Unsicherheit in der Indikationsstellung verbunden mit großzügigem Geschäftsinteresse. Eine CT-Untersuchung kostet zwischen 250–500 DM. Die jährlichen Betriebskosten eines CT-Gerätes belaufen sich auf über 250000 DM (4,8,13). Ein CT ist rentabel, wenn pro Jahr damit mindestens 2500 Untersuchungen durchgeführt werden können (8,13). In Fachkreisen konnte man sich bisher nicht auf einen festen Indikationskatalog einigen. Jeder beliebige Arzt kann eine CT-Untersuchung veranlassen. Dazu wurde kritisch bemerkt, daß die teure Ganzkörper-CT vielerorts die schonende, billigere und für manche Fragestellungen sogar überlegenere Ultraschall-Sonografie verdrängt hat (11). In der ärztlichen Schlüsselposition gegenüber technischen Leistungen dürfte eine ganz wesentliche Nahtstelle zwischen medizinischen und industriellen Interessen liegen, die der Industrie nicht verborgen geblieben sein dürfte. Einerseits kommt sie den berechtigten Bedürfnissen von Ärzten und Patienten nach schonenden und aussagekräftigen Untersuchungsmethoden entgegen, andererseits aber dürfte sich in ihr die kritiklose Inanspruchnahme kräftig zu Buche geschlagen haben. Finanzschwachen Ärzten und



Computer-Tomograph (aus einer Werbeanzeige)

Krankenhäusern werden günstige Mietkäufe angeboten: der Anschaffungspreis realisiert sich aus den laufenden Einnahmen, die wiederum als ambulante Leistung den Krankenkassen in Rechnung gestellt werden. Letztlich läßt sich somit die Industrie relativ direkt ihre Umsätze von den Sozialversicherungsträgern bezahlen. Selbst die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) rechnete bereits mit einem empfindlichen Kostenanstieg im Gesundheitswesen (4).

Unter Ausnutzung ihrer Monopolstellung betreiben die großen Konzerne wie EMI, General Electric, Siemens AG usw. weiter hemmungslos ihr Geschäft. Ein Siemens-Manager stellte sich jüngst dazu vor, daß man bereits bald auf schonende Ultraschall-Computer-Tomographen umsteigen könne, wenn der Markt für CT-Geräte erschöpft sei. Den Preis für ein solches Gerät aber wollte er nicht nennen.

In der Tat zeigt der Markt erste Erschöpfungszeichen: die Londoner EMI Varian Ltd., einst führende CT-Produzentin, berühmt durch ihre Riesengeschäfte mit den Beatles-Produktionen und Arbeitgeber von Nobelpreisträger Hounsfield, hat offenbar Übernahme-Kaufverträge durch eine schwedische Firma unterzeichnet lassen. Herr Hounsfield wird sich wahrscheinlich einen neuen Arbeitgeber suchen müssen....

A. Nobel war es ursprünglich darum gegangen, mit seinem Preis Wissenschaftler für solche Entdeckungen auszuzeichnen, die „für die Menschheit von größtem Nutzen“ seien (9). Es muß zweifelhaft bleiben, ob der Preis, den die Konzerne für ihre Computer-Technologie fordern, tatsächlich durch den Nutzen für den Menschen aufgewogen wird (9). Für die Bundesvereinigung der Deutschen Industrie (BDI) ist „technischer Fortschritt ein natürlicher Prozeß, den man nicht aufhalten kann“ (15). Für sozialpolitisch engagierte

1. diagnostische Treffsicherheit und Aussagekraft:

Zu diesem Thema wurden bis 1976 in den USA 141 wissenschaftliche Arbeiten publiziert, wovon 13 der eigentlichen Frage auf den Grund gingen. Im gleichen Zeitraum wurden aber bereits 100 Scanner installiert mit einem Kostenaufwand von etwa 160 Mio. Dollar. Es fragt sich, ob 13 wissenschaftliche Arbeiten diese Investitionen rechtfertigen können (3)? Meist wurde die Aussagekraft und Treffsicherheit der CT im Vergleich zu anderen radiologischen Methoden untersucht (Tab. 1). Oldendorf (1978) hat Informationsgehalt und Kosteneffektivität neuroradiologischer Untersuchungsmethoden eingeschätzt (Tab. 2). Es ergab sich, daß die CT insgesamt sehr treffsicher ist, bei speziellen Fragestellungen aber auf weitere diagnostische Untersuchungen nicht verzichtet werden kann. Die CT kann eine ärztliche klinische Untersuchung keinesfalls ersetzen. Die diagnostische Ausbeute der CT wird durch Un erfahrenheit des Untersuchers und durch Unkenntnis der Vorgeschichte und klinischen Befunde des Kranken wesentlich gemindert (10). Es wurde befürchtet, daß das ärztliche Spezialwissen vielerorts mit dem Entwicklungstempo der CT nicht schrittgehalten, und somit zu einer mangelfhaften Ausnutzung der CT-Technologie geführt haben könnte (3,7,10).

Tab. 1: Treffsicherheit verschiedener neuroradiologischer Untersuchungsmethoden in Abhängigkeit von der Grundkrankheit (7,8)

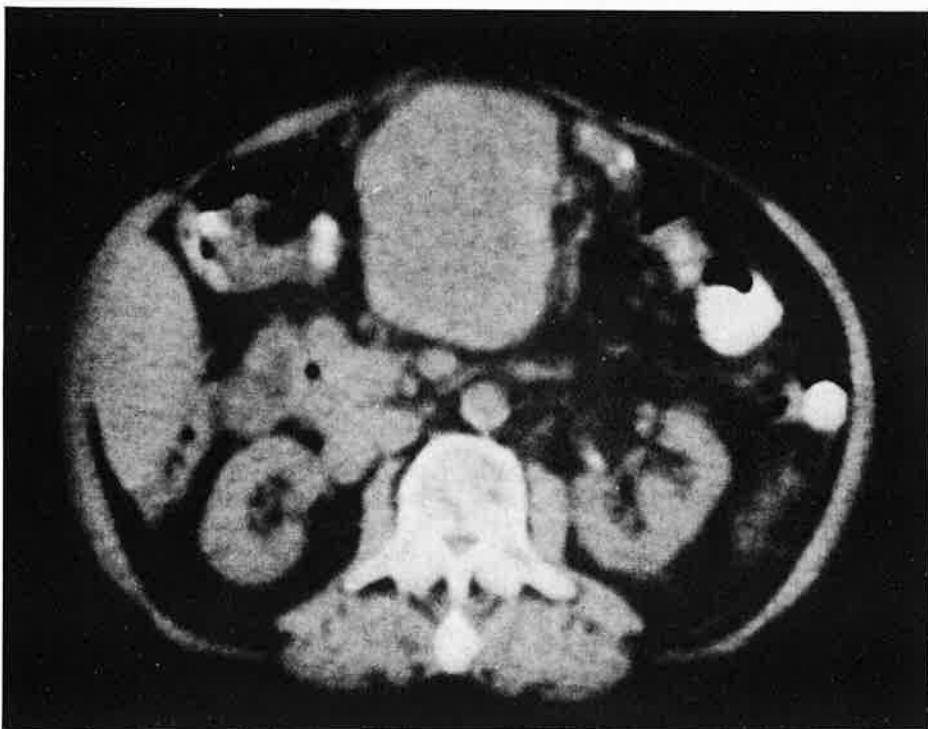
	CT	Szintigraphie	Angiographie	Pneumoencephalographie
Hirntumor (allg.)	98 %	91 %	—	—
- hint. Schädelgrube	92 %	88 %	—	—
- Basis/Mittellinie	95 %	71 %	88 %	100 %
Hirnblutung	100 %	—	—	—

Tab. 2: Geschätzte Information und Kosteneffektivität verschiedener klinisch-neuroradiologischer Untersuchungsmethoden (12):

	Information	Trauma	Cost (\$)	Cost Effectiveness
Consult	+ +++	○	80	+++++
Skull series	+	○	75	+
EEG	++	○	75	++
Echo-midline	+	○	25	+
Pneumo	++	+	300	+
Angio	+++	++	400	+
Isotope scan	+++	○	200	+++
CT scan	+++	○	225	++++

Tab. 3: Versorgungsgrad (Anzahl von CT-Geräten pro Bevölkerung, 1977 (6,8):

USA	1 : 235.000 E., (Washington: 1 : 60.000 E.)
Holland	1 : 450.000 E.
Japan	1 : 500.000 E.
Schweden	1 : 1 Mio. E.
England	1 : 4,5 Mio. E.
BRD	1 : 450.000 E. (Frankfurt: 1 : 200.000 E.)



Abdominelles Computer-Tomogramm

2. Einfluß auf Krankenstand und Sterblichkeit:

Hierzu waren die Verhältnisse nur sehr schwer und indirekt zu erfassen. Allgemein wird angenommen, daß sich mit der Einführung der CT andere, risikoreiche diagnostische Eingriffe vermeiden lassen. Große radiologische Institute haben in der Tat einen Rückgang von Angiographien um 15—60 % und von Pneumoencephalographien um 40—90 % zu verzeichnen (6—8). Zwar unterscheidet sich die Strahlenbelastung durch die CT nicht wesentlich von anderen Methoden, doch scheinen auch hier häufige und schwere Kontrastmittelreaktionen auftreten zu können. Außerdem wurde die Vermeidung risikoreicher Methoden mit einem bis zu 6-fachen Kostenanstieg für Diagnostik erkauft (6).

3. Einfluß auf die Behandlung:

Hierzu wurde meist die Zahl der durch CT-Untersuchungen vermeidbaren Operationen herangezogen. Die Ganzkörpertomographie konnte in 25 % der Fälle die Behandlungsweise entscheidend beeinflussen. In 15 % führte eine Schädel-CT zu einer drastischen Therapiewende, in 5 % lediglich zu einer Modifikation. Bernerkenswert ist der Rückgang sogenannter Probetrepanationen auf bis zu 94 % bei Schädel-Hirn-Verletzten (8).

Literatur (kann angefordert werden):

- 1) FAZ vom 22. 11. 79 „Technik- und Röntgenpreis für G.N.Hounsfield“
- 2) Aulich, A., Ischerbeck, W.: Die Computer-Tomographie. Ein Fortschritt in der neuroradiologischen Diagnostik, Medizin unserer Zeit 2 (1979) 74
- 3) Creditor, C.M., Garrett, J.B.: The Information Base for Diffusion of Technology: Computed Tomography Scanning New Engl.J.Med. 297 (1978) 49
- 4) Hospital Tribune, Nr. 10, 1979 „Und wie wird das bezahlt?“
- 5) 15. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie, Mannheim, 10.—12. Mai 1979
- 6) Fineberg, H.V. et al.: CT-Scanners: Distribution and Planning Status in the United States New Engl.J.Med. 297 (1978) 216
- 7) Abrams, H.L. et al.: Medical Implications of Computed Tomography New Engl.J.Med. 298 (1978) 255
- 8) Abrams, H.L. et al.: CT: Cost and Efficiency Implications Amer.J.Roentgenol. 131 (1978) 81
- 9) Rehman, A.S.: CAT scanners — Confering „The Greatest Benefit on Mankind“ New Engl.J.Med. 300 (1979) 1062
- 10) Borries, J. (Ed.): The Diagnostic Limitations of CAT Springer, New York, 1978
- 11) Gebauer, A., Scherer, U.: Differentialindikationen für die Computertomographie und die Ultraschalluntersuchung, Internist 19 (1978) 568
- 12) Oldendorf, W.H.: The Quest for An Image of Brain Neurology 28 (1978) 517
- 13) Kämmerer, K., Müller, G.: Ein Jahr Computer-Tomographie in radiologischer Fachpraxis, Röntgen-Bl. 32 (1979) 210
- 14) Deutsches Ärzteblatt vom 14. Feb. 1980: Krankenhäuser reklamieren Computer-Tomographie
- 15) Die Quelle, Funktionärzeitschrift des DGB 2/1979: „Technischen Fortschritt sozial beherrschen“
- 16) Frolov, I.T.: Humanismus und wissenschaftlich-technischer Fortschritt, Marxistische Blätter 6 (1979) 67

**Zeitschrift für
Sozialistische Politik und Wirtschaft**

spw

6

**DISKUSSIONSSCHWERPUNKT: Ökologiedebatte,
NATO-Aufrüstung
und SPD-Politik**

**u.a. mit
den Beiträgen:**

- H. ARNOLD
Ökologische Probleme
- G. LINKE u.a.
Mit neuen Werten zum Sozialismus?
- K. KRUSEWITZ
Gewerkschaften und Nuklearpolitik
- D. SCHOLZ
Kernenergiediskussion
auf dem Bundesparteitag der SPD
- P. BROSCHE
Rüstung und Arbeitsplätze
- W. BIERMANN
NATO-»Nachrüstungsbeschuß«
mit P. INGRAO (KPI)

Interview

Einzelheft:

Bestellungen über:

7,70 DM, im Jahresabo 5,— DM
zuzügl. Postversand

spw Vertrieb
Moltkestraße 21, D-1000 Berlin 45

Präventionspolitik contra Kostendämpfung und Selbstbeteiligung

DG-Interview mit Gesundheitssenator Herbert Brückner

Am 28. Februar führte DG ein Gespräch mit dem Bremischen „Senator für Gesundheit und Umweltschutz“ Herbert Brückner. Brückner nimmt hier Stellung zu den aktuellen gesundheitspolitischen Problemen Prävention, Kostendämpfung und Selbstbeteiligung, zu seinen Vorstellungen über erweiterte Mitsprache im Krankenhaus, zu den derzeit umstrittenen Geldern für die Psychiatrie-Reform, zur Gesundheitstag-Idee und – natürlich – zum „Matadoren“-Wahlkampf Schmidt/Strauß.

Uns war an dem Interview sehr viel gelegen; nicht nur, weil Herbert Brückner eine einflußreiche Meinung in der fortschrittlichen gesundheitspolitischen Diskussion darstellt. Wir finden es deshalb besonders wichtig, weil der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) sich an der tagtäglichen gesundheitspolitischen Praxis in Bremen messen lassen muß. Sicherlich fallen viele seiner grundsätzlichen Kritikpunkte in die Kompetenz der Bundesgesetzgebung; in den Komplexen Umweltschutz/Prävention und Krankenhausmitsprache ist er jedoch direkt gefordert.

DG fordert daher besonders alle Leser und Mitarbeiter im Raum Bremen auf, mit (positiven und negativen) Anmerkungen zur Regierungspraxis nicht hinter dem Berg zu halten.

(die Redaktion)

Frage DG: Welches sind die nach Ihrer Ansicht wichtigsten gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussionspunkte?

H.Brückner: Die notwendige Schwerpunktverlagerung von „nur“ Heilen, „nur“ Helfen, „nur“ Lindern von Krankheiten, hin zu einer Gesundheitspolitik, die das Ziel hat, Krankheiten zu verhindern und die Gesundheit zu fördern. Das ist nach meiner Meinung die aktuellste gesundheitspolitische Aufgabe – allerdings auch die schwierigste. Zweitens ist die Notwendigkeit zu nennen, die Versorgung kranken Menschen unter humaneren Bedingungen sicherzustellen, – sowohl für die Beschäftigten, als auch für die Patienten. Und drittens geht es darum, daß Aus- und Fortbildung der Bediensteten an den beiden eben genannten Zielen orientiert werden.

Prävention = Gesunderhaltung

In der Prävention – um den Hauptpunkt noch einmal zu benennen – geht es unter dem Gesamtziel Krankheiten zu verhindern und Gesundheit zu erhalten, darum, diese Präventionspolitik zu allererst am Arbeitsplatz und in der Arbeitswelt durchzuführen, dort, wo der einzelne Bürger sich nicht schützen kann vor krankmachenden Faktoren. Dieser Teil der Prävention, der gesellschaftlichen Prävention ist bisher vernachlässigt worden. Dazu gehört auch der Bereich der Umweltschutzpolitik, in dem es möglich ist, Gesundheitsvorsorge zu betreiben. Hier gilt es, die äußeren Bedingungen gesundheitsfördernd zu gestalten. Ich denke insbesondere an Wohn- und Umwelt, Straßenbau, Lärm, Lebensmittel,



Gesundheitssenator Herbert Brückner, Bremen

Umweltchemikalien, Belastung von Luft, Wasser und Boden. Diese beiden Bereiche der Prävention haben Priorität und erst dann kommt der Bereich der Früherkennung von Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und Aufklärung, damit auch das individuelle Verhalten der Gesundheit förderlich ist. Aber: um das noch einmal deutlich zu sagen: Schwerpunkt ist die gesellschaftliche Prävention in der Umwelt und am Arbeitsplatz.

Selbstbeteiligung: ein prinzipiell falscher Weg

Frage DG: Wie sieht Ihre Haltung zu der von interessierter Seite hochgespielten Diskussion um eine erweiterte „Selbstbeteiligung“ der Sozialversicherten aus?

H. Brückner: In der Frage der „Selbstbeteiligung“ muß man davon ausgehen, daß schon jetzt die gesamten Kosten für die medizinische, ärztliche und pflegerische Versorgung vom Patienten selbst bezahlt wird. Entweder in Form der Versicherungsbeiträge an die Krankenkasse oder in Form von Steuermitteln, was die Investitionen betrifft. Was neu in die Diskussion gekommen ist, sind zusätzliche Zuschläge aus der Brieftasche des Patienten. Ich halte dies für einen prinzipiell falschen Weg und werde – wo ich nur kann – entsprechende Vorstöße und Initiativen energisch bekämpfen. Ich bin sicher, daß die SPD keinen dieser z.Z. diskutierten sogenannten „Selbstbeteiligungs“-Vorschläge mitmachen wird.

Alle „Selbstbeteiligungsvorschläge“ sind prinzipiell falsch, weil sie darauf abzielen, den Versicherten zu benachteiligen und Vorteile einseitig den Arbeitgebern, der Ärzteschaft und der Arzneimittelindustrie zu verschaffen. Denn hinter allem steht, daß am Kranken noch mehr verdient und zusätzliche Einnahmen gemacht werden sollen. Und vor allem wird bei fast allen Vorschlägen die Arbeitgeberseite ungeschoren gelassen, obwohl sie ansonsten zu 50 % an den Krankenkassenbeiträgen beteiligt ist.

Meine Gegnerschaft zu dieser zusätzlichen „Selbstbeteiligung“ ist einmal darin begründet, daß sie unsolidarisch ist, weil sie die besser Bemittelten bevorzugt und die weniger Bemittelten benachteiligt. Zweitens führen diese Regelungen entgegen ihren Absichten nicht dazu, daß die Bürger mehr Gesundheitsbewußtsein entwickeln. Vielmehr steht zu befürchten, daß der Arztbesuch aufgrund zusätzlicher Kosten häufig zu spät erfolgt und die späteren Folgekosten noch größer werden. Meine These ist, daß vornehmlich sozial Schwächere aus Furcht vor den Kosten Arztbesuche vermeiden und damit ihrer Gesundheit schaden.

All diesen Vorschlägen liegt überdies ein fataler Irrtum zugrunde: die Grundannahme nämlich, daß Leistungen und Verbrauch im Gesundheitswesen über den Preis geregelt werden könnten – wie das sonst angeblich auch in der „freien Wirtschaft“ möglich sein soll. Dieses ökonomische Prinzip der „Marktwirtschaft“ gilt im Gesundheitswesen jedoch überhaupt nicht, weil es hier keinerlei Markt gibt. Der Patient entscheidet an keiner einzigen Stelle selbst, was für ihn notwendig ist, diese Entscheidung trifft allein der Arzt. Schon von daher zeigen alle diese Überlegungen, daß sie nicht auf mehr Gesundheit

abzielen, sondern auf die Erhöhung der Einnahmen bei den Leistungsanbietern. Das ist ein weiterer Grund neben der Verletzung des Solidarprinzips, weswegen man vor diesen Vorschlägen grundsätzlich warnen muß.

Kostendämpfungspolitik im Ansatz verfehlt

Frage DG: Worin sehen Sie die wesentlichen Ursachen für die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen? Welche Ursachen waren vermeidbar, welche unvermeidbar?

Hat die Kostendämpfungspolitik in der Konzeption von Bundesregierung, Landesregierungen und Krankenkassen Erfolge zu verzeichnen? Welche Nachteile sehen Sie in der Kostendämpfungspolitik für die Versicherten, welche für die Beschäftigten im Gesundheitswesen? Gab oder gibt es Alternativen zur Kostendämpfungspolitik?

H. Brückner: Die Ursachen für die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren sind verschiedenartig. Einmal sind mehr Menschen krank, mehr Menschen gehen zum Arzt und mehr Menschen müssen Jahr für Jahr ins Krankenhaus.

Zweitens hat im Gesundheitswesen eine Leistungsausweitung stattgefunden, teilweise echte zusätzliche Leistungen, teilweise Übertragung von Leistungen und Kosten von anderen Trägern auf die Krankenkassen. Und es gibt schließlich einen dritten Grund: auch im Gesundheitswesen gibt es ein Gewinnstreben, eine Gewinnstruktur – dort wo im Arzneimittelbereich oder im Medizintechnik-Bereich nicht immer die Nachfrage das Entscheidende ist, sondern der Anbieter Waren auf den Markt bringt und diese mit Geschick absetzt. Hier ist auch die auf Gewinn ausgerichtete Struktur der ärztlichen Praxis zu nennen – ich sage das ohne Vorwurf – aber jede Praxis ist auch ein Gewerbebetrieb und handelt entsprechend ökonomisch.

Die bisherige Kostendämpfungspolitik hat unter diesen Voraussetzungen bisher kaum einen Erfolg gehabt. Sie ist auch im Ansatz, wie er bisher diskutiert worden ist, verfehlt. Zwar muß man sparsam wirtschaften in allen Bereichen der Gesundheitspolitik; aber eine Kostendämpfungspolitik, die die Einnahmeseite als „Meßblatt“ dafür nimmt, wieviel Geld für Gesundheit ausgegeben werden darf, geht natürlich an den Ursachen vorbei und hat vielleicht kurzfristig, aber auf gar keinen Fall mittelfristige Erfolge. Das „Deckelprinzip“, wonach nur so viel Geld wie im Topf ist ausgegeben werden darf, ist nach meiner Ansicht das falsche Prinzip.

Die Alternative zu dieser Art von „einnahmeorientierter“ Kostendämpfungspolitik besteht darin, daß wir gezielt mit einer Präventionspolitik gesunde Strukturen und gesunderhaltende Verhältnisse in unserer

Gesellschaft schaffen, was eventuell kurz- oder mittelfristig zusätzliche Ausgaben erforderlich macht, langfristig jedoch zu einer sinkenden Krankheitsrate in der Bevölkerung führen könnte.

Zweitens ist es dringend erforderlich, daß der Versicherte selbst aktiv wird und sich nicht nur um seine Gesundheit kümmert, sondern auch um das System, das die Leistungen und Geldausgaben für ihn regelt, die er finanziert. Dieses System ist z.Z. für den Versicherten außerordentlich schwer durchschaubar: Ich glaube, daß die Versicherten dringend Informationen über das Funktionieren und über den gegenwärtigen Zustand unseres Gesundheitswesens benötigen. Auch darüber, daß z.Z. trotz steigender finanzieller Aufwendungen keine Zunahme an Gesundheit, sondern steigende Krankheitsraten produziert werden. Wenn hierfür mehr Sensibilität geschaffen wird, erhalten wir möglicherweise den öffentlichen Druck, den wir für eine strukturelle Fortentwicklung unseres Gesundheitswesens benötigen.

Zur Zeit lassen die bestehenden Gesetze für strukturelle Änderungen kaum einen Raum. Die Bereitschaft bei den Beteiligten dazu ist zudem sehr gering und die derzeitigen Mehrheitsverhältnisse im Bundestag sind auch so, daß sich grundlegende Dinge kaum durchsetzen lassen.

Mitsprache im Krankenhaus erweitern!

Frage DG: Sie haben mit Ihren „Vorschlägen zur Neuordnung der Rechts- und Betriebsform der kommunalen Krankenhäuser in Bremen“ Vorstellungen zur Gliederung von Kliniken in Abteilungen/Bereiche und zur Demokratisierung der Arbeitsarbeit entwickelt. Wie sind diese bei den Beschäftigten, Gewerkschaften, den Chefärzten und der Standespolitik aufgenommen worden?

H. Brückner: Ich habe in den kommunalen Kliniken in Bremen eine Organisationsänderung dahingehend herbeigeführt, daß erstens in den Kliniken „Medizinische Bereiche“ eingerichtet werden, die jeweils in eigenverantwortlicher Tätigkeit von einem leitenden Arzt geführt werden. Die verschiedenen medizinischen Bereiche in einer Klinik werden sodann kollegial verwaltet und an ihrer Spitze ein Direktor auf Zeit nach Vorschlag der Mitarbeiter benannt. Er kann nach einem bestimmten Zeitraum wiedergewählt werden oder auch von einem anderen ersetzt werden. Mit dieser Regelung werden wir erreichen, daß mehr Fachärzte an der Klinik bleiben, eine größere Kollegialität erreicht wird und damit auch die Versorgung der Patienten besser wird.

Zweitens haben wir neben den Personalräten, die nach dem Bremerischen Personalvertretungsgesetz in allen Dingen Mitspracherecht haben, sogenannte „Mitarbeiterkommissionen“ eingeführt, die in bestimm-

ten Bereichen zusätzliche Mitspracherechte erhalten. Diese Kommissionen gibt es für die Bereiche Aus- und Fortbildung, Dienstplangestaltung, Einführung neuer Arbeitsabläufe, Planung, Um- und Neubauten, Wirtschafts- und Investitionspläne. Diese zusätzlichen Mitspracherechte haben Empfehlungscharakter, damit sie nicht gegen das Personalvertretungsrecht verstößen. Die Rechte nach dem Personalvertretungsgesetz sind höher einzustufen. Wir sind jetzt dabei, Haus für Haus, diese Vorstellungen umzusetzen.

Frage DG: In den ursprünglichen Vorstellungen war noch eine Abteilungspflegeleitung/Stationspflegeleitung vorgesehen, welche Funktionen haben diese?

H. Brückner: Die Abteilungspflegeleitung ist im ursprünglich geplanten Sinne eingesetzt und hat die Funktion, in ihrem Bereich die Pflegeprobleme selbstverantwortlich zu regeln. Die Station ist nach wie vor das tragende Element der Klinik und wird gemeinsam von dem Stationsarzt und der

Deutsche Volkszeitung

ein
demokratisches
Wochenblatt –
unentbehrlich
für
den
kritischen
Zeitgenossen

Probeexemplare unverbindlich und kostenlos durch MONITOR-VERLAG GmbH, Düsseldorf, Oststraße 154, Postfach 5707 – Anforderungskarten liegen dieser Ausgabe bei –

Stationsschwester geleitet, Veränderungen struktureller oder organisatorischer Art sind hier nicht erforderlich.

Standesvertreter verstummt

Die Vorbereitung dieser organisatorischen Veränderungen dauerte insgesamt 3 Jahre. Sie hat eine breite Mitarbeit aller Beteiligten erbracht; es gab starke Unterstützung von der Mitarbeiterschaft, den Perso-

Präventionspolitik contra Kosten-dämpfung . . .

nalräten und der ÖTV; es gab kritische Mitarbeit im Bereich der Oberärzte. Bei den Chefärzten war die Reaktion unterschiedlich, manche arbeiteten ohnehin schon nach den aufgeführten Prinzipien, andere werden nicht bereit sein, diese Prinzipien in ihre Klinik zu übernehmen. Wir machen die Umsetzung dort behutsam und warten eventuell einige Jahre bis zur Pensionierung. In den Standesvertretungen gab es zunächst Stillschweigen, dann Aufforderung an uns, endlich mit Vorschlägen zu kommen, dann kam Kritik zu unseren Vorstellungen, die aber seit dem Tag der Einführung verstummt ist.

Frage DG: Sie sind Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) auf dem letzten Bundeskongreß in Dortmund geworden, welche Schwerpunkte sehen Sie in Ihrer Arbeit? Welche Rolle spielt diese Arbeitsgemeinschaft in der Gesundheitspolitik für die SPD? Kommt sie über eine Mauerblümchen-Rolle hinaus? Sehen Sie als ASG-Vorsitzender in der Regierungspolitik Ansätze zur Verwirklichung der „Gesundheitspolitischen Leitsätze“ der SPD oder bleiben diese Programmppier?

H.Brückner: Der Vorstand der ASG hat zu Beginn der neuen Wahlperiode die Schwerpunkte der Arbeit festgelegt. Entsprechend den Beschlüssen des letzten Kongresses sind dies: Zunächst die Präventionspolitik mit vorrangiger Priorität für die gesellschaftliche Prävention; zweitens eine humanere Krankenversorgung im Klinikbereich und schließlich die Psychiatriereform. Ein weiterer Schwerpunkt der ASG-Arbeit sind Vorschläge zu strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen und die Reform der Aus- und Weiterbildung für die Gesundheitsberufe.

Ärzteausbildung: erhebliche Veränderungen notwendig

Dazu hat die ASG eine Studie zum Berufsbild der Ärzte vorgelegt, die inzwischen überarbeitet wurde und in Kürze – wahrscheinlich noch rechtzeitig vor dem Ärztetag – veröffentlicht wird. Diese wird deutlich machen, daß wir mit dem Bericht der Kleinen Kommission zur AO nicht zufrieden sind. Sowohl im Eingangsbereich zum Medizinstudium und im Bereich der praktischen Ausbildung halten wir erhebliche Veränderungen für erforderlich.

Zum Verhältnis ASG/SPD läßt sich sagen, daß wir in der Vergangenheit vielleicht zu sehr auf Bundesebene und zu wenig in den Bezirken gearbeitet haben. Unser Ziel ist nunmehr, daß die ASG-Gruppen in den Bezirken und in den Ländern verstärkt Einfluß nehmen auf das, was SPD-Politiker in Kreistagen, Kommunalparlamenten, Landtagsfraktionen und natürlich auch auf Bundesebene tun, um dadurch zu erreichen, daß die grundsätzlichen Positionen sozialdemokratischer Gesundheitspolitik, wie sie in den „Leitsätzen“ stehen, auch tatsächlich verwirklicht werden. Ein Teil davon geht nur auf Bundesebene, ein Teil geht in den Ländern, weil Gesundheitspolitik ja nach wie vor Ländersache ist. Die „Leitsätze“ selbst sind an manchen Stellen umgesetzt, wie im Bereich Psychiatrie oder bei den Berufsbildern in ersten Schritten, bei der Prävention ebenfalls in ersten Schritten. Insgesamt also ist von den „Leitsätzen“ noch zu wenig technisiert und es geht vieles noch zu langsam. Hier ist die ASG ein ständiger Motor.

CDU/CSU: machtpolitische Interessen auf dem Rücken psychisch Kranker

Frage DG: Gegenwärtig gibt es eine Auseinandersetzung um die Finanzierung der Modellversuche in der Psychiatrie, wie sieht Ihre Position hier aus?

H.Brückner: Es hat lange gedauert, bis die Bundesregierung mit einem Bericht zur Psychiatrie-Enquête übergekommen ist. Als es endlich so weit war, haben alle Fraktionen im Bundestag dies begrüßt, ebenso wie das Modellprogramm für die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung, wofür der Bund den Ländern in den nächsten 5 Jahren 500 Mio. DM zahlen will. Dieses Modellprogramm sollte erreichen, daß nicht etwa im stationären Bereich neue Krankenhäuser gebaut werden, sondern daß im teilstationären und ambulanten Bereich jene Zustände geändert werden, die in der Enquête als Notstand bezeichnet werden. Aus allen Ländern sind Anträge gekommen, die Gesundheitsminister haben dies unterstützt. Und dann kamen ganz plötzlich die Finanzminister der Unions-regierten Länder und sagten: dieses Geld darf der Bund nicht ausgeben, da er keine Kompetenz auf diesem Sektor hat. Es ist offensichtlich, daß hier andere Motive eine Rolle spielen: Macht- und steuerpolitische Gründe.

Es ist verwerflich, wie die CDU/CSU-Länder hier steuer- und machtpolitische Interessen auf dem Rücken psychisch Kranker austragen.

Ich gehe davon aus, daß das Modellprogramm trotzdem verwirklicht wird. Sollten die Unions-Länder aussteigen, muß es in den anderen Ländern verwirklicht werden. Noch in diesem Jahr können Gelder für Modelle bewilligt werden. Die Modelle, die wir z.B. für die Voltversorgung einer Region

wie Bremen entwickelt haben, beziehen sich erstens auf die Einrichtung einer Ambulanz an einem Krankenhaus mit psychiatrischer Abteilung. Diese Ambulanz soll stationäre Einweisung überflüssig machen. Zweitens auf die zusätzliche Errichtung von Tages- und Nachtkliniken, drittens auf die Schaffung einer Entospitalisierungsstation für Patienten, die sehr lange in psychiatrischen Einrichtungen gewesen sind. Viertens auf Übergangsseinrichtungen für Patienten psychiatrischer Einrichtungen, die vor endgültigem Übergang nach Hause und an den Arbeitsplatz unter geschützten Bedingungen untergebracht werden. Damit in Verbindung sollen sozialpsychiatrische Dienste für die Stadtteilarbeit stehen.

Kampf zweier Matadore

Frage DG: Welche Rolle wird Gesundheitspolitik im Wahlkampf von und gegen F.J. Strauß spielen?

H.Brückner: Im Wahlkampf wird Gesundheitspolitik vermutlich keine herausgehobene Rolle spielen. Wir werden den Kampf zweier Matadore erleben, bei dem die Bevölkerung mit großem Abstand in der Arena sitzt und sich das ansehen wird. Ein richtiger demokratischer Wahlkampf mit unterschiedlichen politischen Programmen wird leider stark zurückgedrängt werden unter der jetzigen Personenkonstellation. Das ist außerordentlich bedauerlich. Ich glaube, daß das Schwerste unter einem Kanzler Strauß wäre, daß eine dringliche inhaltliche und strukturelle Neuordnung im Gesundheitswesen überhaupt nicht mehr zur Debatte gestellt werden könnte. Für Strauß sind die Grenzen des Sozialstaates schon seit langem erreicht. Damit würde sich auf diesem Sektor in den nächsten Jahren nichts mehr ändern, so daß in 5—10 Jahren ein Wust ungelöster Probleme auf uns zukäme.

Gesundheitstag außerordentlich interessant

Frage DG: In Berlin findet vom 14.—18. Mai 1980 parallel zum Ärztetag ein Gesundheitstag statt, was halten Sie von dieser Initiative?

H.Brückner: Soweit ich das Programm bisher kenne, finde ich die Durchführung des Gesundheitstages in der vorgesehenen Art und mit den geplanten Themen außerordentlich interessant. Gegenüber anderen Veranstaltungen ist hervorzuheben, daß hier in der Tat eine Diskussion der grundsätzlichen Fragen der Gesundheitspolitik versucht wird und nicht nur standespolitische Fragen diskutiert werden. Von der Veranstalterseite her sollte versucht werden, den Gesundheitstag auf noch breitere Füße zu stellen, so daß noch mehr gesellschaftliche Gruppen in der Vorbereitung von Anfang an mit einbezogen werden könnten.

Niemand darf wegen versicherungsanspruchsfähiger Arbeit aus dem Berufsverbot für Reinhold Bremberger

Oberbayern Thomas Str. 3

Reinhold Bremberger, 32 Jahre alt, erhielt nach Abschluß seiner Ausbildung als Arzt im Januar 1977 einen Drei-Jahresvertrag als Assistenzarzt in der Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen an der Landesversicherungsanstalt (LVA) Oberbayern. Die LVA ist die gesetzliche Rentenversicherung der Arbeiter.

Im Juli 1977 wurde Bremberger zum Grundwehrdienst einberufen. Nachdem er zunächst als Truppenarzt tätig war, wurde er im Januar 1978 auf Betreiben des Militärischen Abschirmdienstes in ein Kreiswehrersatzamt versetzt. Während dieser Zeit wurde er Zeuge neonazistischer Umrüste im Offiziersheim der Graf Jork Kaserne. Als er diese Vorkommnisse öffentlich anprangerte und ein Interview im DDR-Fernsehen gab, wurde er mit Arrest bestraft.

Auch wurde ihm sein öffentliches Eintreten gegen die Neutronenbombe zum Vorwurf gemacht und mit einer weiteren Arreststrafe geahndet.

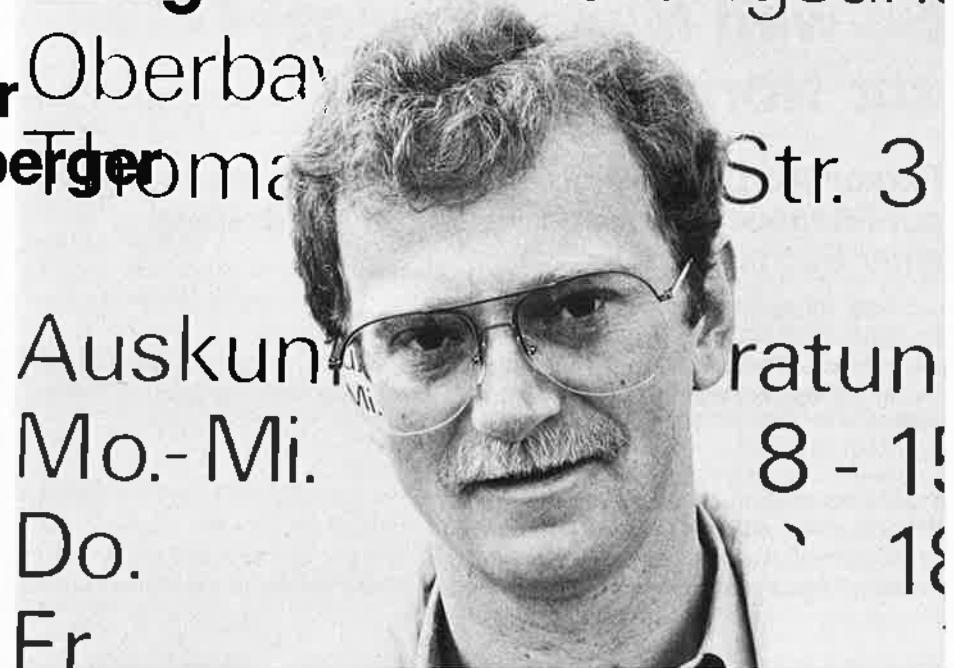
Drei Wochen vor Ende der Dienstzeit wurde er wegen „Gefährdung der militärischen Sicherheit und Ordnung“ aus der Bundeswehr entlassen.

Der Antrag auf Verlängerung des ablaufenden Dienstverhältnisses bei der LVA über Dezember 79 hinaus wurde von der Geschäftsführung der LVA nach einem Anhörungsverfahren abgelehnt. Das Anhörungsverfahren wurde vom ersten Direktor der LVA, Rudolf Eberlein, Träger des Bundesverdienstkreuzes am Bande, geführt.

Reinhold Bremberger, der Mitglied der DKP ist, erklärte in diesem Gespräch, daß er als Vertrauensmann der ÖTV sich der gesetzlichen Beschränkung parteipolitischer Arbeit am Krankenhaus bewußt sei und daß seine Aktivitäten mit dem Grundgesetz vereinbar seien. Für Direktor Eberlein konnten durch dieses Anhörungsverfahren die Zweifel an der Verfassungstreue Brembergers nicht ausgeräumt werden. Es handelt sich hierbei somit um das erste Berufsverbot, das bei der LVA Oberbayern bekannt wurde.

Die ÖTV-Kreisverwaltung München Region und die Kollegen solidarisierten sich mit Reinhold Bremberger. Die ÖTV sagte Bremberger zudem Rechtsschutz zu. Voraussichtlicher Prozeßtermin ist der Sommer 1980 vor dem Arbeitsgericht München.

Solidaritätsadresse: Reinhold Bremberger
Stifsbogen 49, 8000 München 70



Reinhold Bremberger

Foto: H. Frey

Gesinnungsschnüffelei und Einschüchterung

Die Kündigung der Kollegen Bomholt und Rommelfanger am Elisabeth-Krankenhaus Essen zieht weite Kreise

In der Ausgabe I/80 berichtete „Demokratisches Gesundheitswesen“ über die Versuche der Verwaltung des Elisabeth-Krankenhauses Essen, auf gerichtlichem Wege gewerkschaftliche Aktivitäten des Assistenten und Vertrauensleutesprechers Hajo Bomholt zu verbieten. Eine Mitarbeitervertretung besteht trotz der rechtlichen Verpflichtung des Arbeitgebers, eine solche einzuberufen, immer noch nicht.

Im Zuge der massiven Angriffe der Kirchen auf die derzeitige Praxis des § 218 unterzeichneten die Kollegen Hajo Bomholt und Max Rommelfanger im Oktober 1979 zusammen mit 90 weiteren Medizinern, Psychologen, Krankenschwestern und Sozialarbeiterinnen einen Aufruf, der im „Stern“ veröffentlicht wurde.

In ihm wird die Äußerung des CSU-Funktionärs und Mitglieds der bayerischen Ärztekammer Dr. Holzgartner, der den legalen Schwangerschaftsabbruch mit den Massenmorden der Nazis in Auschwitz verglich, verurteilt.

Der kirchliche Arbeitgeber nahm diese Aktion zum Anlaß, den Kollegen zu kündigen, da ihre Handlungsweise der kirchlichen Auffassung über die Tötung ungeborenen menschlichen Lebens diametral gegenüberstehe. Es wird auf den Dienstvertrag

und die Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes verwiesen.

Da die Kollegen ihre Position in einem Interview im WDR III bekräftigten, wurde ihnen inzwischen ein weiteres Mal fristlos gekündigt.

Dieser Kündigung entbehrt nicht nur jeder Grundlage, da beide mit ihrer Unterschrift geltendes Recht unterstützen, nach dem in bestimmten Fällen Schwangerschaftsabbruch straffrei bleibt. Es handelt sich darüberhinaus um den Versuch, das grundgesetzlich garantierte Recht der Meinungs- und Koalitionsfreiheit einzuschränken. Die Aussagen der Deutschen Bischofskonferenz zum § 218 können nicht Gegenstand eines Arbeitsvertrages und damit Kündigungsgrund sein. An der Reaktion der Öffentlichkeit, der breiten Solidarität durch Frauengruppen und Gewerkschaften wird deutlich, daß die Bedeutung der Kündigungen sehr wohl erkannt wurde und daß es gilt, einer weiteren Einschränkung gewerkschaftlicher und individueller Rechte in kirchlichen Krankenanstalten Einhalt zu gebieten. Der einzige Weg, solche feudalistischen Zustände zu beenden ist es, die ÖTV zu stärken, und die kirchlichen Arbeitgeber zum Abschluß von Tarifverträgen zu zwingen.

So wird Minimalpflege zur Norm

Personelle Unterbesetzung und ihre Auswirkungen auf Pflegepersonal und Patienten am Beispiel einer Intensivstation*)

von Paul Rabsahl

Die Station befindet sich in einem Krankenhaus, das in verschiedenen Abschnitten im Pavillonsystem erbaut wurde. Der älteste Teil wurde 1898, der jüngste 1950 erbaut.

Die Intensivstation (Anaesthesia) verfügt über 15 Betteneinstellplätze, in drei 2-Bett-Zimmern, einem 4-Bett-Zimmer sowie einem 5-Bett-Zimmer. Gegenüberliegend zu den Patientenzimmer, durch einen Flur getrennt, befinden sich Spülraum, Toilette, 2 Arztzimmer, Stationsküche/-zimmer, Abstellraum und ein kleines Labor.

Das Pflegepersonal hat vor der Station im Flur Umkleideschränke mit Sichtschutz, keine Waschmöglichkeiten.

Die Gesamtfläche der Intensivstation beträgt ca. 300 m²; nach den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)¹⁾ müßten der Station ca. 750 m² zur Verfügung stehen.

Die medizinisch-apparative Ausrüstung der Station ist in z.T. veraltetem Zustand. Es sind keine Schleusen vorhanden; 2 — 3 Pflegekräfte teilen sich vor der Station einen Schrank; Toilette und Spülraum sind durch halbhöhe Wände getrennt.

Die Verlegung von Patienten auf die Station erfolgt über 3 Zugangsmöglichkeiten:
1. Nach jeder Operation (mit Narkose) zuerst in das Aufwachzimmer, von dort — je nach Überwachungsbedürftigkeit (Platzmöglichkeit) — auf die Intensivstation. Die postoperativen Überwachungspatienten machen z.Z. ca. 60 — 70 % der Gesamtpatienten der Station aus. 2. Zugangsart sind Unfallverletzte. 3. Zugangsart sind Verlegungen innerhalb des Krankenhauses, bzw. aus kleineren Krankenhäusern der Umgebung.

Die Leistungssteigerung der Station läßt sich an den gestiegenen Zahlen der behandelten Patienten ablesen: von 1974 — 76 stieg die Zahl der — nach dem Aufnahmehbuch — tatsächlich behandelten Patienten um mehr als das Doppelte. (In letzter Zeit sind diese Zahlen wieder leicht rückläufig aufgrund einer Funktionserweiterung des Aufwachzimmers.)

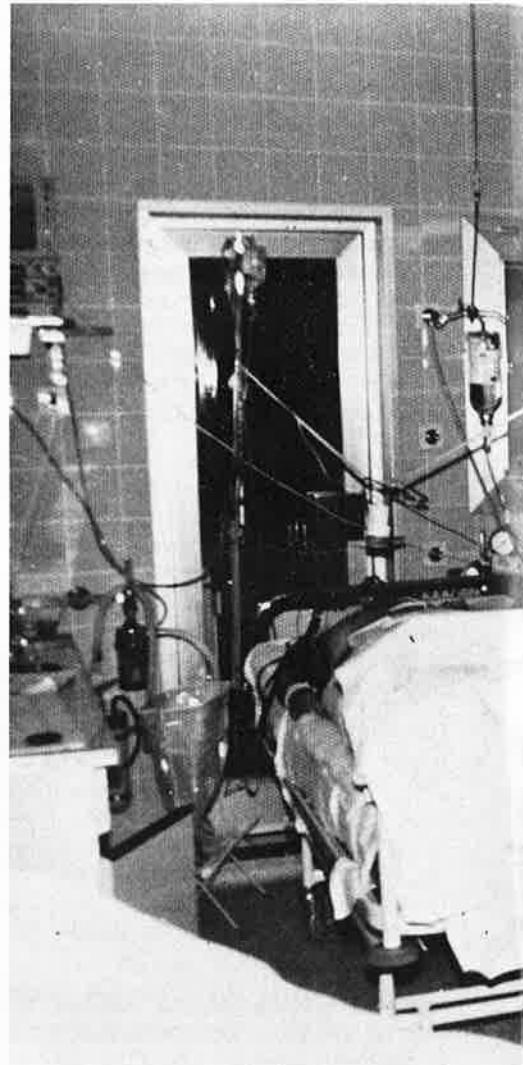
Von den behandelten Patienten waren ca. 30 — 35 % Beatmungspatienten. Die durchschnittliche Verweildauer (anhand der Mitternachtsstatistik) beträgt ca. 1,9 bis 2,11 Tage.

Für die Station existieren 21 Planstellen. Der Arbeitsrhythmus nach dem Musterdienstplan sieht so aus: 1 Woche Spätdienst, Wochenenddienst, 1 Woche Frühdienst (12.45 — 20.15 h, bzw. 6.15 — 13.45 h), freies Wochenende, Spätdienst-Frühdienst — freies Wochenende, dann 1 Woche Nachtdienst (20 — 6.30 h) anschließend 1 Woche nachtdienstfrei. In diesem 6-wöchigen Arbeitsrhythmus sind 1 1/2 Überstunden zu verzeichnen. Die 1 Stunde, in der beide Tagdienstschichten über Mittag zusammentreffen, ist zur ärztl-

chen Fortbildung in Verbindung mit der Übergabe vorgesehen. Die in der Ausbildung zur Fachschwester/zum Fachpfleger befindlichen Kräfte haben zusätzlich 1 mal wöchentlich 4 Stunden theoretische Fortbildung. Je nachdem fällt die Fortbildung in die Freizeit oder Dienstzeit der Mitarbeiter.

Rein theoretisch teilen sich die 21 Planstellen wie folgt auf: 3 Pflegekräfte im Nachtdienst (3 im nachtdienstfrei) 15 Pflegekräfte im Tagdienst (d.h. an Wochenenden: 8 im Dienst und 7 frei.)

Krankheits- und Urlaubsfälle sind in dieser Auflistung noch nicht berücksichtigt. In den letzten 10 Jahren sind im Durchschnitt nur jeweils 17—19 der 21 Planstellen besetzt gewesen!



Personalbedarf

Um den Personalbedarf festzustellen, ist es notwendig darzustellen, wie in der Bundesrepublik Pflegequalität definiert wird.

„Gesundheit ist ein Zustand vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechlichkeit. Der Genuss des höchsten erreichbaren Niveaus von Gesundheit ist eines der fundamentalen Rechte jedes Menschen ohne Unterschied von Rasse, Religion, politischer Überzeugung, ökonomischer und sozialer Stellung.“ Diese Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt den weitreichendsten und optimalen Maßstab für die Gesundheit dar d.h. auch für die

Wiederherstellung der Gesundheit, wie sie in Krankenhäusern angestrebt werden sollte. In unserer Gesetzgebung, in § 182,2 der Reichsversicherungsordnung (RVO), wird die Krankenhausbehandlung auf das „Maß des Notwendigen“ beschränkt.

In ihrem Bericht über das Krankenhausfinanzierungsgesetz schreibt die Bundesregierung 1975: „Eine leistungsfähige Krankenhausversorgung ist wesentlich abhängig von einer ausreichenden Ausstattung mit qualifiziertem ärztlichen, pflegerischen, medizinisch-technischen und Verwal-

teuren zahlen sich für den Krankenhaussträger bar aus: bei einem Fehlbestand von 4 Kräften in einem Jahr über 60000 DM nur für diese Station!

Zu den DKG-Anhaltszahlen muß angemerkt werden, daß dieses Verfahren problematisch ist, da die tatsächliche Belastung des Personals unberücksichtigt bleibt. Für diese Station, die täglich einmal zu 100 % oder darüber belegt ist – was allerdings nicht in die Mitternachtsstatistik eingeht – wird Personal nur für die im Jahresdurchschnitt belegten Betten – nämlich

sonals berücksichtigt, es werden realistische Fehlzeiten (25 %) wegen Krankheit, Urlaub, Fortbildung usw. zugrundegelegt und nur auf dieser Basis kann man einer optimalen Pflege und Versorgung der schwerkranken Patienten gerecht werden.

Auswirkungen

Die Auswirkungen der Unterbesetzung machen sich zuerst dem Personal bemerkbar. Der Patient hat keine Erfahrungen, um zu wissen, welche Leistungen er beanspruchen kann. Er ist gezwungen, mit dem zufrieden zu sein, was ihm geboten wird. Ich habe deswegen die Auswirkungen auf das Pflegepersonal vorangestellt, denn von unserer Seite können Pflegeschwächen und -fehler deutlicher wahrgenommen werden. Um dies zu verdeutlichen habe ich 3 Unterpunkte gewählt:

- Auswirkungen der Schichtarbeit
- Auswirkungen des Personalmangels
- Belastbarkeit des Pflegepersonals/individuelle Auswirkungen.

Auswirkungen der Schichtarbeit

Auf der Station wird in Schichtdienst gearbeitet. Das Personal ist in 2 Gruppen geteilt, die den Dienst nach dem 6-wöchigen Musterdienstplan aufteilen (siehe vorne). Durch den Personalmangel schrumpft dieser Rhythmus jedoch auf einen 4-, 3- bzw. 2-wöchigen Rhythmus zusammen. Der 4-wöchige Schichtrhythmus ist die Regel; nur in ganz seltenen Ausnahmefällen kommt man in den Genuss eines 6-wöchigen Rhythmus. Häufiger ist dagegen in Spitzenbelastungszeiten (Urlaub usw.) der 2-wöchige Schichtrhythmus: Nachtdienst – frei – Nachtdienst.

Der Nachtdienst ist eine ganz besonders harte Belastung. Er dauert 10 1/2 Stunden und wird von 3 examinierten Pflegekräften geleistet; unwesentlich hierbei ist, ob 3 oder 10 Beatmungspatienten auf der Station liegen. In der Nachschicht gibt es keine offizielle Pause.

Der Tagesdienst dagegen ist gekennzeichnet durch Hektik (Telefon, Bestellungen, Blutabnahmen, Botendienste zum Labor, Lieferungen von der Apotheke usw.) und häufige Spitzenbelastungen: von 7—10 h, 11.30—13 h und von 15—20 h.

Auswirkungen des Personalmangels

Auch hier zeigen sich die Probleme am deutlichsten im Nachtdienst und im Wochenenddienst, der sich in personeller Besetzung nicht vom Nachtdienst unterscheidet. Selbst die Behandlungspflege ist von 3 Pflegekräften bei 10 Beatmungspatienten und 2 postoperativen Patienten nur mit Abstrichen zu leisten (ständlich: RR/Puls sowie Überwachung der Beatmungsgeräte). Das was von so wenig Pflegekräften geleistet werden kann, ist am treffendsten mit Minimalpflege/-überwachung zu bezeichnen. Die Probleme beginnen bei der Grundpflege: zwischen 2.00



tungspersonal.“²⁾ Hier wird von der Notwendigkeit einer „ausreichenden“ Personalbesetzung geredet, aber Richtlinien für die personelle Besetzung werden nicht genannt. So bleibt es anderer Stelle überlassen, Stellschlüssel zu erarbeiten. Von Arbeitgeberseite ist die DKG³⁾, von Arbeitnehmerseite die ÖTV⁴⁾ mit Stellschlüsseln an die Öffentlichkeit getreten. Während sich die DKG-Anhaltszahlen nach der durchschnittlichen Bettenbelegung richten, berechnet die ÖTV Personalschlüssel nach den vorhandenen Betten. Für unsere Intensivstation errechnet die DKG 24 Planstellen, die ÖTV 60. Mit anderen Worten, diese Station ist mit 21 vorhandenen und 17—19 besetzten Planstellen erheblich unterbesetzt. Diese Einsparungen an Pfle-

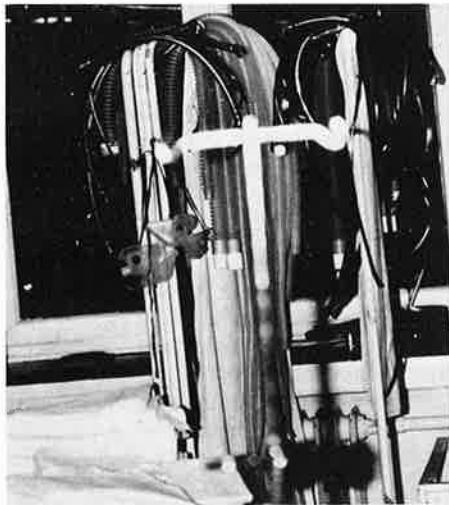
8,5 – bewilligt. Liegen also mehr als 8 Patienten auf der Station, ist überhaupt nicht ausreichend Personal vorhanden, alle zu versorgen. Hier muß man den Verantwortlichen – insbesondere der DKG als Interessenvertretung der Krankenhaussträger – den Vorwurf machen, daß sie von der über 100 Jahre alten Vorstellung ausgehen, das Personal im Pflegebereich sei eine über 100 % auszunutzende Kapazität, mit anderen Worten, das Pflegepersonal darf bis zum psychischen und physischen Ruin ausgenutzt werden.

Im Gegensatz dazu bieten die ÖTV-Anhaltszahlen einen realistischen Ansatz. Denn bei dieser Berechnung ist die tatsächliche Arbeitsbelastung des Pflegeper-

und 5.30 h muß das Waschen (nur 1 x täglich) und Betten der Patienten geleistet werden. Beim Waschen und Betten werden mindestens 3 Pflegekräfte benötigt. Eine Pflegekraft alleine kann das Waschen kaum ordnungsgemäß leisten (bei 12 Patienten à 20 Min. = 4 Std.). In dieser Zeit sind jedoch die übrigen Patienten nur unter sehr mangelhafter Beobachtung durch die Fenster zwischen den Zimmern und in begrenztem Maße durch Monitore.

Folgende Minderleistungen, die durch die Personalknappheit verursacht werden, lassen sich aufzählen:

- die Hygiene wird vernachlässigt,
- Beatmungsschläuche werden an Wochenenden seltener gewechselt (sonst 1 x täglich),



- das Desinfizieren der Patientenzimmer wird vernachlässigt,
- das Betten der Patienten wird vernachlässigt (sollte noch 2 x täglich durchgeführt werden).

Diese Liste kann nicht vollständig sein. Aus der Vielzahl von Minderleistungen, über das sich das Personal schon nicht mehr im Klaren ist, weil man es ja noch nie anders gesehen, bzw. gemacht hat, ergibt sich ein großes Konfliktpotential für die Pflegekräfte.

Belastbarkeit des Personals/individuelle Auswirkungen

Das Pflegepersonal ist nicht nur körperlich extremen Belastungen ausgesetzt – wie in den vorhergegangenen Abschnitten beschrieben –, sondern es ist auch psychisch stark angespannt. Die Patienten der Station sind zum größten Teil nur minimal ansprechbar; viele befinden sich in einem Stadium zwischen Leben und Tod. Dies sollte eigentlich eine psychotherapeutische Unterstützung des Pflegepersonals für erforderlich kennzeichnen. Die Überstunden sind ein weiteres Indiz für die Belastungen. Z.T. haben sich pro Pflegekraft über 100 Überstunden angesammelt, die in ruhigeren Zeiten abgebaut werden sollen. Für das verbleibende Personal wird dadurch der Arbeitsanfall wieder erhöht, und so kommt es, daß oft nur die Überstunden von Einen auf den Anderen übertragen werden.

Die Auswirkungen dieser extremen Belastung sind:

- die Arbeitsintensität kann nicht mehr gesteigert werden, es sei denn auf Kosten der Patienten (es wird nicht gebettet, oder es wird aggressiv auf Patientenwünsche reagiert, usw.)
- das Pflegepersonal hat nur wenige Möglichkeiten, dem Stress zu entfliehen; es kann sich krank melden, kündigen oder unter finanziellen Einbußen sich auf eine Normalstation versetzen lassen. Durch die starke Belastung und ungünstigen Arbeitsbedingungen hat sich das Pflegepersonal ständig erneuert: von 1978–79 sind 26 Kollegen gekommen und wieder gegangen!⁵⁾

Auswirkungen auf die Patienten

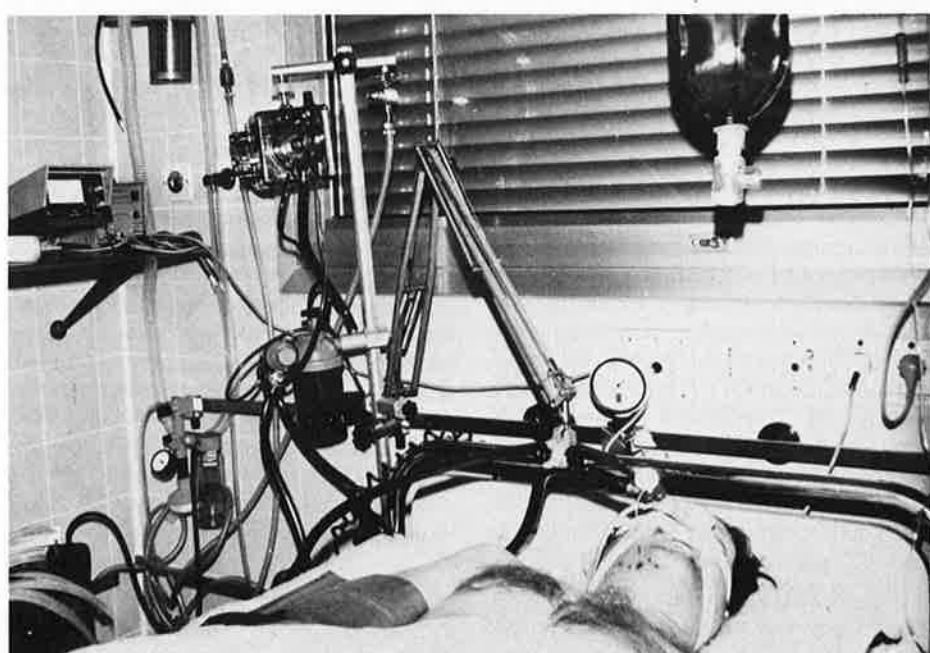
Wie schon erwähnt, ist der Patient auf das angewiesen, was ihm geboten wird. Ich kann hier nur wiedergeben, was Patienten an subjektivem Empfinden meinen Kollegen und mir mitgeteilt haben. Es ist aufgefallen, daß die meisten Patienten unvorbereitet auf die Intensivstation kommen (hier speziell die postoperativen); es wurde ihnen zwar mitgeteilt, daß sie eine Nacht auf der Intensivstation verbringen müßten; über die Arbeit und die Besonderheiten sind sie jedoch nicht informiert worden. In der Hauptsache klagen Patienten über:

- zuviel Lärm (Beatmungsgeräusche, Piep- und Alarmmonitore usw.),
- zuviel Unruhe (Neuaufnahmen, Wiederbelebung, usw.),
- Tag und Nacht Licht an (da sonst Überwachung nicht möglich),
- Patienten finden keinen Schlaf (stündlich RR/Puls, usw.),
- frühes Waschen und Betten (da bis 6 h alle ganztägigen Bilanzen fertiggestellt sein müssen),
- zu langes Warten auf das Pflegepersonal (z.B. wenn ein Patient gebettet wird und das Klingeln nicht bemerkt wird),
- unfreundliches und gereiztes Personal.

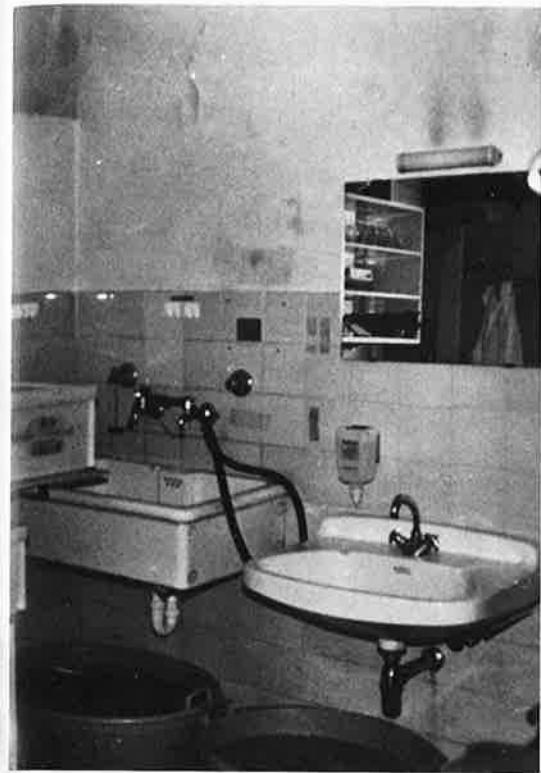


Der Spülraum: Hinter der halbhohen Wand befinden sich

Ich habe festgestellt, daß, wenn die Patienten auf die Arbeitsintensität und den Arbeitsrhythmus hingewiesen werden, sie sich mit ihren Bedürfnissen und Erwartungen zurückhalten und auf ihre Verlegung warten. Was aber alles dem Patienten vorenthalten wird, kann hauptsächlich von erfahrenem, qualifiziertem Personal bemerkt werden. Solange die Station personell unterbesetzt ist, muß das Pflegepersonal rationell arbeiten; für den einzelnen Patienten heißt das, daß nur eine Minimalversorgung gewährleistet ist. Das Eingehen auf psychische und soziale Bedürfnisse des Patienten ist nicht zu leisten. Das Hauptaugenmerk gilt den schwierigsten Patienten (Notfälle, Beatmungspatienten). Wenn sehr schwierige Patienten nicht vorhanden



Wegen Zeitmangel selteneres Wechseln der Beatmungsschläuche



Toilette und Dusche.

sind, was sehr selten nur der Fall ist, dann wird die gewonnene Zeit nicht den verbleibenden Patienten zuteil, sondern das Pflegepersonal nutzt sie für den so wichtigen Erfahrungsaustausch, der höchstens in der Freizeit oder sonst gar nicht stattfindet, oder aber es werden Überstunden abgefeiert. So wird die Minimalpflege zur Norm.

Zusammenfassung

Die negative Entwicklung im Bereich des Gesundheitswesens, die ich versucht habe an einem Beispiel zu verdeutlichen, ist meiner Meinung nach vorprogrammiert. Für diese Entwicklung und ihre Auswirkungen ist die Bundesregierung maßgeblich verantwortlich. So werden die sozialen Verpflichtungen des Staates gegenüber den Bürgern finanziell auf die Versicherten und Rentner – also die Bürger – abgewälzt. Während einerseits im Gesundheitsbereich Kosteneinsparungen vorgenommen werden, steigen die Rüstungsausgaben ständig.

Im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wird die Finanzierung der Krankenhauskosten fast ausschließlich auf die Versicherten abgewälzt, durch die Definition von „Benutzerkosten“ und „Vorhaltekosten“. Um die hohen Krankenhauskosten für einen Patienten einzubringen, ist der Krankenhausträger genötigt, die Verweildauer möglichst optimal auszudehnen. Dies steigert wiederum die Krankenkassenbeiträge. Mit dieser Milchmädchenrechnung kann die Bundesregierung so tun, als wäre es das Interesse jedes Versicherten bzw. Patienten, daß im Gesundheitsbereich gespart wird. Die Bundesregierung verschweigt bewußt wesentliche tatsächliche Ursachen für die hohen und

ständig steigenden Krankenhauskosten, nämlich die Pharma- und Geräteindustrie. Daß das Sparen im Krankenhaus auch gleichzeitig für die Patienten bedeutet, daß sie nicht mehr so gut versorgt werden können, verschweigt die Bundesregierung dabei. Auf Intensivstationen wird eine der pflegeintensivsten Versorgungen geleistet. Es ist aber auch nur sinnvoll, diese zu unterhalten, wenn die personellen und medizinisch-technischen Mindestvoraussetzungen erfüllt sind. Dies ist z.B. dann nicht der Fall, wenn die geforderte intensive Pflegestufe auf eine Minimalpflege zurückgestuft werden muß. Hier ist dann die Frage nach dem Sinn und Zweck dieser Einrichtung berechtigt.

Die beschriebene Station befindet sich baulich, apparativ und hygienisch in einem mangelhaften Zustand. Diese Mängel bedeuten für Patienten und Personal der Station ein erhöhtes Risiko. Obwohl sich der Patientendurchlauf innerhalb von 2 Jahren mehr als verdoppelt hat, sind daraus in keiner Weise Konsequenzen gezogen worden: im Gegenteil, die personelle Situation hat sich noch zugespitzt. Auf dem Papier existieren zwar 21 Planstellen, diese waren jedoch – mit wenigen Tagen Ausnahme – nie voll besetzt. Der Tagdienst auf der Station konnte bisher nur mit Pflegehilfskräften und Schülern aufrechterhalten werden. Hier muß einmal ganz deutlich auf den Unterschied hingewiesen werden, wenn eine Pflegekraft für 4 Beatmungspatienten statt für einen, wie es notwendig wäre, verantwortlich ist. Hat nicht jeder Patient ein Recht auf bestmögliche Versorgung? Kommt nicht personelle Unterbesetzung einer Verletzung der Grundrechte der Patienten gleich: Grundgesetz Artikel 1: die Unantastbarkeit der Menschenwürde; Artikel 2 (Persönlichkeitsrechte): „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“

Auch aus diesem Grund können hausgemachte und DKG-Personalbemessungsschlüssel – auch wenn sie voll besetzt werden – nur als eine Übergangslösung akzeptiert werden. Eine bedarfsgerechte und menschengerechte Versorgung im Krankenhaus ist nur nach dem ÖTV-Stellschlüssel zu gewährleisten.

In diesem Zusammenhang kann man die Gewerkschaftsarbeit im Krankenhaus – im Interesse des Pflegepersonals und der Patienten – gar nicht genug betonen. Zur Orientierung in der Arbeit sind die „6 Forderungen der ÖTV zu den Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen“ – von denen ich eine gekürzte Fassung wiedergeben will – von großer Bedeutung:

1. Die Bundesregierung wird aufgefordert, Vorschläge zum Aufbau eines abgestuften, bedarfsgerecht gegliederten Krankenhausystems vorzulegen.
2. Betterstillegungen und Krankenhauscliebungen werden, solange Versorgungsmängel in anderen Bereichen vorhanden sind (Psychiatrie-, Vor- und Nachsorgebereich, usw.), abgelehnt.
3. Die Verantwortlichen werden aufgefordert, Strukturverbesserungsvorschläge von Krankenhäusern zu machen.
4. Es wird eine bedarfsgerechte Neuregelung der Finanzierung der Pflegekosten erwartet.
5. Die Regierung wird aufgefordert, die staatliche Verantwortung für das Gesundheitswesen anzuerkennen und nicht alle Kosten auf die gesetzliche Krankenversicherung abzuwälzen.
6. Privatisierung und Ausgliederung von Teilbereichen aus dem Krankenhaus werden abgelehnt.



Flur der Station, Schwestern beim Aufziehen der 24-Uhr-Medikation

Fotos: Rabsahl

Anmerkungen:

- *) Dies ist eine dokumentarisch-empirische Arbeit (gekürzt), die Entwicklungen bis zum Jahr 1977 darstellt und kommentiert. Spätere Entwicklungen konnten nachträglich nur unzureichend aufgenommen werden.
- 1) Empfehlungen der DKG, Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Ärzten und Pflegekräften, in: Mitteilungsblatt der DKG/NRW Düsseldorf 1974. Für Intensivstationen siehe: „Richtlinien für die Organisation der Intensivmedizin in Krankenhäusern“. Empfehlungen der DKG vom 9.9. 1974, in: Das Krankenhaus, Nr. 11/74, S. 457–460.
- 2) Bundestagsdrucksache 7/4530, 30.12. 1975, S. 38.
- 3) siehe Anm. 1.
- 4) Forderungen der Gewerkschaft ÖTV zu den Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Ärzten und Pflegekräften, Stuttgart 1974.
- 5) Es fehlt im Krankenhaus ein Intensivpflegepersonalstamm; dadurch wäre die Möglichkeit gegeben, innerhalb des Krankenhauses – je nach Bedarf – einen Personalaustausch vorzunehmen. „Gegen einen Dauereinsatz von Krankenpflegepersonal im Bereich der Intensivpflege spricht, daß die dort anfallenden körperlichen und psychischen Belastungen Unterbrechungen des Einsatzes erfordern ...“ S. Eichhorn: Krankenhausbetriebslehre, Bd. 1, Köln 1975.

Rationalisierung statt Humanisierung im Krankenhaus.

Die Stadt Duisburg – wegen ihrer gigantischen kommunalen Verschuldung in die Schlagzeilen geraten – sucht verzweifelt ihre Finanzlücken zu stopfen. Waren großzügige Konzernsubventionen und kostenträchtige Prestigeunternehmen wie die städtische U-Bahn Ursache der Fahrt in die roten Zahlen, so sollen jetzt Sparpläne für Sozialeinrichtungen den Haushalt sanieren helfen.

Die stadtigenen Kliniken – als 600 Betten Haus der regionalen Spitzenversorgung mit Neurochirurgie und Psychosomatik erst 1977 in Betrieb genommen – gerieten als eines der ersten Objekte ins Schußfeld der mit SPD-Mehrheit regierten Stadt. Wenn gleich man seinerzeit der Tatsache Rechnung getragen hatte, daß ein Schwerpunktkrankenhaus mit hochqualifiziertem Personal, mehreren Intensivabteilungen und (im wenig attraktiven Duisburg) vernünftigen Sozialeinrichtungen nicht ohne Zuschüsse arbeiten könne, so versucht man jetzt, den Beschäftigten das unabdingbare Defizit quasi als persönliche Schuld in die Schuhe zu schieben. „Kostendeckend arbeiten“ wurde zur Devise. Für eine hochqualifizierte Sozialeinrichtung sollte plötzlich gelten, was sonst nur für Industriebetriebe Gesetz ist.

Gründlich, wie man in Duisburg seit der Finanzmisere ist, schickte man der Klinik gleich ein amerikanisches Managementberatungsunternehmen auf den Hals: Kearny Management Consultants

Mit einigen hunderttausend Mark dotiert und ohne jegliche Ahnung von der Materie legten die Managementberater dann auch ein „Gutachten“ vor, daß sich wie die Axt im Walde ausnimmt: sie strichen kurzerhand alles weg, was an sozialen Fortschritten im Krankenhaus erreicht worden war. Dem Kearny-Gutachten liegen, wie nachgewiesen werden konnte, vielfach falsche Anhaltzahlen und Berechnungen zugrunde. Die Betriebs„berater“ demonstrierten darüber hinaus eine völlige Unkenntnis der Funktionsabläufe eines Krankenhauses.

Mit einer geradezu unverfrühten Ignoranz setzten sie sich über soziale Probleme wie patientengerechte Versorgung, Pflegerstandards, Pflegequalität, und humane Arbeitsbedingungen hinweg: Solche Bemessungsfaktoren wurden bei der Prüfung einfach ignoriert.



Städtische Krankenanstalten Duisburg

Foto: Cramers, Dortmund

Nach Vorlage des Gutachtens befürchtet die Gewerkschaft ÖTV nicht nur einen Abbau sozialer Leistungen und eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung, sondern auch den Abbau des Patientenservice, weitere Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen, den Abbau der wissenschaftlichen Kapazität der Klinik und die Einbeziehung freiwilliger Hilfsdienste zum Abbau weiterer Arbeitsplätze.

Dies alles röhrt die Stadt Duisburg mit ihrem sparswütigen Kämmerer Dr. Klein an der Spitze wenig.

Obwohl sich das Gutachten als bodenlose Schlamperei herausstellt, wird es geschickt als Druckmittel gegen die städtischen Kliniken eingesetzt. Erfolg hatte der Stadtkämmerer mit dieser Erpressungsmethode bei den um ihre Privilegien bangenden Chefarzte und der Krankenhausleitung: Sie legten ihrerseits Sparvorschläge vor, die praktisch alle Beschäftigten – mit Ausnahme der Chefarzte natürlich – treffen.

Jetzt drohen Personalreduzierungen in Verwaltung, Küche, Cafeteria, technischem und ärztlichem Dienst. Für die ohnehin mit Nachtdiensten und Überstunden überlasteten Ärzte hat man sich eine „Freizeitregelung“ ausgedacht, die natürlich ohne Neueinstellungen in Wirklichkeit dazu führt, daß noch weniger Ärzte noch

mehr Patienten in noch kürzerer Zeit als bisher versorgen müssen. Die Cafeteria-Preise wurden drastisch erhöht. Weitere Sozialleistungen sollen abgebaut werden. Die letzten hauseigenen städtischen Putzfrauen sollen „privatisiert“ werden.

Die bereits jetzt sehr große Personalfloklation von über 50 % in einem Jahr wird so weiter zunehmen.

Doch das Personal wehrt sich. Die ÖTV hat Maßnahmen gegen die Kürzungspläne angekündigt. Die Ärzte wollen eine weitere Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen und Patientenversorgung nicht tatenlos hinnehmen. Die Pfleger und Schwestern der Intensivabteilung wandten sich in einem offenen Brief über die ÖTV an die Öffentlichkeit: Sie sehen sich nicht mehr in der Lage, die Verantwortung für ihre Patienten zu übernehmen.

Stadtkämmerer Klein, als Mitglied der Krankenhausleitung mitverantwortlich für die derzeitige Misere, hat jetzt die Flucht nach vorne angetreten: Nicht das Eingeständnis eigener Fehler, sondern die Beschimpfung der überlasteten Pflegekräfte und ihrer Gewerkschaft ÖTV. Die Frage ist, wie lange dieser gegen Patienten und Beschäftigten gerichtete Kurs weitergefahren werden kann, wenn die Kollegen sich gegen die geplanten Sparmaßnahmen solidarisch zur Wehr setzen.

Die Meinung der Betroffenen

Sollte man wirklich in der Küche und in der Cafeteria sechs Planstellen streichen, so ist es kaum möglich, die täglich anfallende Arbeit zu schaffen. Denn schon heute, bei normaler Besetzung, gibt es Schwierigkeiten. Sehr oft muß Cafeteriapersonal in die Küche, um am Spülband oder bei der Essensausgabe am Verteilerband zu helfen. Dazu kommt der hohe Krankenstand in der Küche. Wer kann sich denn vor Erkältungen schützen, wenn er verschwitzt ins Kühlhaus muß und aus der Klimaanlage kalte Luft geblasen wird. Wollkleidung über oder unter dem Kittel ist aus hygienischen Gründen nicht gestattet. Wie soll es also laufen, wenn auf jeden einzelnen Mitarbeiter jetzt noch mehr Arbeit kommt?



Vera von Bruck, Küchenhilfe (Mitglied der ÖTV und Vertrauensfrau für die Küche)

Ich bin Krankenschwester in der geriatrischen Abteilung. Unser Hauptproblem ist, daß wir nachts 40 Patienten auf zwei untereinander liegenden Stationen zu versorgen haben und es dadurch den oftmals verwirrten alten Patienten gelingt, die Station zu verlassen. So verliefen sich z.B. Patienten im Keller. Unser Wunsch, jede Station mit einer Nachtwache zu besetzen, wurde bislang als unbegründet zurückgewiesen. Allein schon aus diesem Grunde brauchen wir wenigstens zwei zusätzliche examinierte Krankenschwestern.



Ursula Tuschen, Krankenschwester (Mitglied der ÖTV, Mitglied der Vertrauensleiterschaft)

Im ärztlichen Bereich bedeuten m.E. die vorgeschlagene Kürzung des Überstundenkontingents und die teilweise Freizeitabgeltung von Bereitschaftsdiensten ohne Neueinstellungen, daß Engpässe nicht nur während des Urlaubs oder der Krankheit von Kollegen gehäuft auftreten werden, sondern daß der gleichbleibende Arbeitsumfang von einer vermindernden Zahl von Kollegen der gleichen Zeit bewältigt werden muß. Für den einzelnen Patienten bleibt einem dann noch weniger Zeit; ganz abgesehen von dem verschlechterten Arbeitsklima bei mehr Zeitdruck und der dann wohl kaum mehr durchführbaren notwendigen Fortbildung. Über den klinischen Bereich hinaus sind drei weitere Aspekte von Bedeutung:

1) Diese Sparmaßnahme bringt eine wohl unumgängliche Verlängerung der Liegezeiten der Patienten mit sich. Dies bedeutet nur eine Verschiebung der Kosten von der Kommune zu den Krankenkassen. Zu deren Lasten geht wahrscheinlich eine größere Summe als die eingesparte.



Mary Faltermeier, Assistenzärztin der neurologischen Abteilung

2) Es war eine politische Entscheidung des Stadtrates, ein Krankenhaus zu bauen, mit Spezialabteilungen, die ein über die Stadtgrenzen reichendes Einzugsgebiet haben. So ist ein Defizit entstanden, daß mit Hilfe eines zweifelhaften Gutachtens und durch Geheimverhandlungen mit den Chefärzten über die Köpfe der Betroffenen hinweg abgebaut werden soll.

3) Die jetzt geplanten Maßnahmen einer weiteren Arbeitsintensivierung widersprechen der Tendenz der Gerichtsurteile, die in letzter Zeit zur Frage der Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte gefällt werden sind.



Michael Rötsch, Krankenpfleger auf der Intensivstation (Mitglied der ÖTV, Mitglied der Vertrauensleiterschaft)

Die Städtischen Kliniken sind eine Klinik der regionalen Spitzenversorgung. Dies mußte auch das Kearny-Gutachten hervorheben. Dazu gehört auch die Unterhaltung von Intensivabteilungen. In einer 600-Betten-Klinik sind 12 Intensivbetten für die chirurgischen, gynäkologischen und internistischen Patienten nicht zuviel.

Auch der neurochirurgische Bereich hat – wie das Gutachten feststellte – eine außergewöhnliche hohe Belegung. Sie erreicht – als einzige vorhandene Neurochirurgie in diesem Regionalgebiet – fast 100 %. Allein diese hohe Belegung der Intensivbetten zeigt, daß sie auch weiterhin dringend notwendig sind. Selbst die Gutachter mußten zugeben, daß der hohe Leistungsstandard des Hauses ohne seine Intensivabteilungen nicht gehalten werden kann.

Die Realität ist den befürchteten Sparmaßnahmen auch auf den Intensivabteilungen längst vorausgegangen. Wegen drastischen Personalmangels sah sich die Pflegedienstleitung gezwungen, 5 neurochirurgische Intensivbetten stillzulegen. Übermäßige Arbeitsbelastung, mangelnde und jetzt wieder reduzierte Sozialleistungen, schlechter Führungsstil dem Personal gegenüber sowie fehlende Fort- und Ausbildung führen zu einer verstärkten Abwanderung des Personals von den Intensivstationen. Auf diese Art wird das Kearny-Gutachten bereits jetzt „auf natürlichem Weg“ mit seinen Sparvorschlägen in die Tat umgesetzt.

(Die Funktionsangaben dienen lediglich der Information)

Radioaktivität als Krankheitsfaktor

Erbgesundheit bis zur nächsten Eiszeit?

Teil 2

„Überdies ist es begreiflich, daß in einer Welt, die in eine Zukunft blickt, in der ihr Bevölkerungszuwachs ihre Ernährungsgrundlage sprengt, die verminderte Fruchtbarkeit und die Verkürzung der Lebenszeit nicht allzu sehr beklagt wird. Wenn insofern ein Sinken des allgemeinen Intelligenzniveaus eintritt, ist diese Erwartung bedrückend, doch steht zu hoffen, daß es auch dann noch Neuzüchtungen von äußerst hoher Intelligenz geben wird, die genügen, das Massenniveau zu durchdringen. Dem Nichtgenetiker mag es unvorstellbar erscheinen, daß für das künftige Wohl der Gesamt menschheit eine Mutation, die einen Aristoteles, Leonardo, Newton, Gauß, Pasteur oder Einstein hervorbringt, 99 Mutationen vollständig auswägen könnte, die zu Schwachsinnigen führen.“

Dieser zynischen Argumentation E. R. Carlings von 1955 im Hauptreferat der Ersten Internationalen Konferenz über die friedliche Nutzung der Atomenergie in Genf bedient sich 25 Jahre danach die Atomwirtschaft nicht mehr, das Thema „genetische Schäden“ ist vielmehr völlig tabu. Daß die Problematik jedoch nicht aus der Welt ist, zeigt eine kurze Zeitungsnotiz in der Frankfurter Rundschau vom 8. März 1980:

„Umfangreiche Langzeitstudien sollten nach Meinung der Hessischen Landesärztekammer künftig in der Umgebung von Kernkraftwerken durchgeführt werden. In der Begründung des Antrages, der von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer verabschiedet wurde, hieß es, neuere Untersuchungen in den USA, Japan und der UdSSR hätten ergeben, daß gerade die radioaktive Niedrigstrahlung, wie sie in der Umgebung von Kernkraftwerken auftrate, mögliche Ursache für Erbschädigungen, Entstehung von Tumoren und vorzeitiges Altern sei. Wegen der Jahrzehntelangen Latenzzeit seien nur langfristig angelegte Untersuchungen in der Lage, die angebliche Ungefährlichkeit zu bestätigen oder zu widerlegen.“ (Siehe auch „aktuelles“: Kindertod durch Harrisburg)

Man darf gespannt sein, was diesem Antrag folgen wird, und wann. Denn, wie die Internationale Strahlenschutzkommission (ICRP) feststellt (Publikation 9, S. 15) „ist es von allergrößter Bedeutung, daß jetzt nichts geschieht, das sich später als ernste Gefahr herausstellt, wenn eine Korrektur nicht mehr möglich oder extrem kostspielig sein würde.“

Nach allen vorliegenden Erkenntnissen ist davon auszugehen, daß mit einer Erbgesundheit bis zur nächsten Eiszeit sicher nicht gerechnet werden kann. Schon heute schätzt man, daß 25 % aller Krankenhausbetten und 8 % aller ärztlichen Arbeitszeit auf die Behandlung genetisch bedingter Krankheiten verwandt werden müssen, also auf Krankheiten, die durch Keimzellenmutationen, „genetische Defekte“, zurückzuführen sind.

Die Ursachen und Grundlagen von Mutationen

Mutation bedeutet beim Menschen eine Veränderung einer Keimzelle, die auf alle Körperzellen eines aus dieser Keimzelle hervorgehenden Nachkommen übertragen wird. Daneben gibt es jedoch auch noch Veränderungen von Körperzellen, also Nicht-Keimzellen, die auf alle aus dieser Zelle hervorgehenden Zellen übertragen werden. (Somatische Mutation)

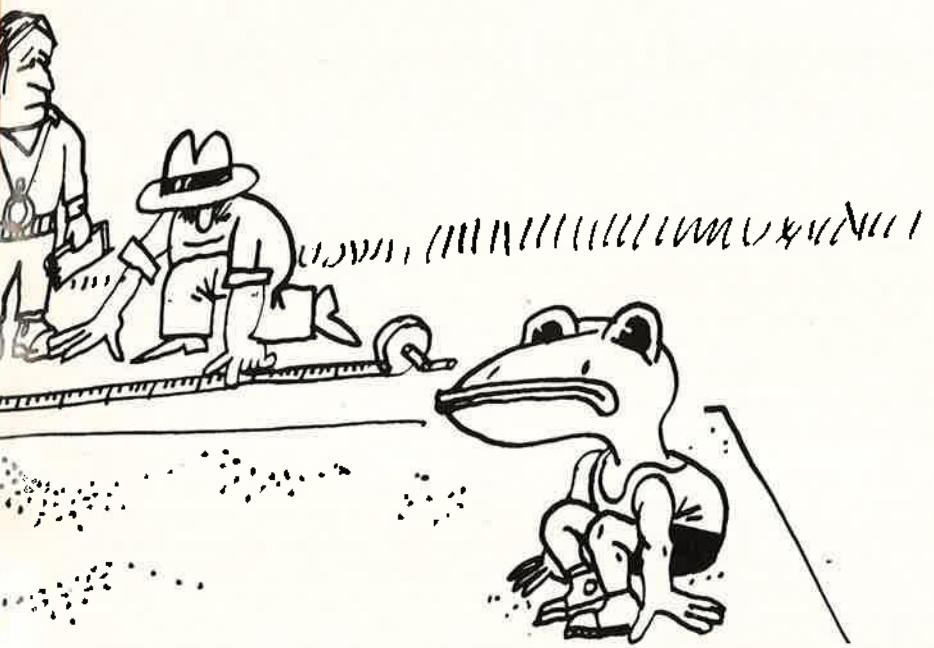
In diesem Falle der somatischen Mutation wird das neu aufgetretene Zellmerkmal in einer begrenzten Zellpopulation innerhalb eines Organismus vorkommen und wird nicht auf folgende Generationen vererbt. Eine mögliche Folge von Körperzellmutationen ist auch die Entstehung von Krebs, wofür die Tatsache spricht, daß sich mit den meisten als mutagen bekannten Substanzen auch Krebs erzeugen läßt und sich umgekehrt die meisten bekannten Karzinogene als mutagen erwiesen haben. Das selbe Verhalten kennen wir von den ionisierenden Strahlen; durch sie lassen sich sowohl Krebs wie auch Erbschädigungen erzielen.



Die somatische Mutation soll hier jedoch außer Betracht gelassen werden, ebenso die Mutagenität chemischer Stoffe, die sicherlich in hohem Maße mit für die bekannten Erbschäden verantwortlich sind, wie beispielsweise Organolecksilberverbindungen, Pestizide, Insektizide, Bleiverbindungen etc. Selbstverständlich müssen diese Schadstoffe in unserer Umwelt so gering wie möglich gehalten werden, ebenso wie jede weitere Strahlenbelastung neben der ohnehin bestehenden natürlichen Strahlung so gering wie möglich gehalten werden muß, besser gesagt: verhindert werden muß. Die Tatsache, daß die natürliche Bestrahlung Mutationen erzeugt, darf nicht zu der Annahme führen, daß eine weitere, wenn auch geringe Strahlung im Niedrigdosisbereich ohne wesentliche weitere Schäden hingenommen werden könnte. Daher stellt auch die Atomwirtschaft eine nicht zu unterschätzende genetische Bedrohung dar, wenn auch deren Umfang derzeit noch nicht präzise berechnet und vorausgesagt werden kann.

H. J. Muller war es 1927 gelungen, mit speziellen Kreuzungstechniken an der Taubfliege *Drosophila* die mutagene Wirkung ionisierender Strahlung nachzuweisen; auf der Ersten Internationalen Konferenz über die friedliche Nutzung der Kernenergie 1955 in Genf freilich erhielt er Redeverbot, er selbst kam zu der Einsicht,

**WELTGEMEINSAM UNSER
FANT, ABER IM WEIT-
D WIR DIE BESTEN...!**



daß die US-amerikanische Atomenergiebehörde „die öffentliche Diskussion oder die Kenntnis über den Umfang der genetischen Schäden, die die Strahlung verursachen kann, nicht wünscht“.

Seine Forschungsergebnisse wurden jedoch durch viele Arbeiten an anderen Organismen bestätigt und man kann heute folgende strahlengenetische Gesetzmäßigkeiten formulieren:

1. Alle Arten energiereicher Strahlen sind mutagen
2. Zur Auslösung von Mutationen ist die Absorption der ionisierenden Strahlen in den Keimzellen erforderlich
3. Ionisierende Strahlung erzeugt bei allen Organismen Mutationen, d. h. ihre mutagene Wirksamkeit hat universellen Charakter
4. Es werden alle Formen von Mutationen induziert (Punkt-, Chromosomen-, Genommutationen)
5. Spontane und induzierte Mutationen sind nicht zu unterscheiden
6. Die Häufigkeit strahleninduzierter Mutationen ist dosisproportional

Es gibt auch hier also keinen Schwellenwert, unterhalb dessen ionisierende Strahlung ohne Effekt bliebe; die Dosis-Wirkungs-Kurve geht durch den Nullpunkt.

„Genetische Verbesserung“ des Menschen?

Von besonderer Bedeutung ist, daß die einmal induzierten chemischen Veränderungen in den Chromosomen nicht mehr reversibel sind und auch kleinste Dosen im Niedrigbereich sich in ihrer Wirkung akkumulieren. Entgegen allen Hoffnungen und entgegen allen Einsteins, Leonards und Newtons bedeuten diese Mutationen in aller Regel eine Schädigung des Erbmaterials. Nur ein verschwindent kleiner Teil ist für die Träger von Vorteil. So sind auch intellektuell außergewöhnlich begabte Menschen wie Einstein oder Galilei keine Mutanten, sondern sind aus – im engeren Sinne des Wortes – glücklichen Genkombinationen hervorgegangen (von wesentlichen Sozialisationseffekten abgesehen).

Die zuweilen geäußerte Devise „Über viele Mutanten zu einer genetischen Verbesserung des Menschen“ ist keine Alternative zu einer drastischen Reduzierung der Strahlenbelastung: Wir kennen heute ca. 1600 bekannte und beschriebene Erbkrankheiten, wir wissen, daß heute jedes 16. Kind mit einem Erbfehler auf die Welt kommt, daß in der BRD über eine Million sogenannter Schwachsinnige leben; bei 200 000 dieser Menschen ist die Ursache ihres traurigen Schicksals ein erkannter Erbfehler. Positive Mutanten sind jedoch nicht bekannt.

Man weiß hingegen, daß 1/4 aller Aborte mit Chromosomenanomalien einhergehen und 4 % aller Schwangerschaften in Aborten enden (UN-Bericht, 1966). Aus den USA liegen mehrere Untersuchungen über eine steigende Säuglingssterblichkeit sowie über Geburtenrückgang in der näheren Umgebung von kerntechnischen Anlagen vor.

Hierbei wurde ein Anstieg der Säuglingssterblichkeit bis zu 300 %, eine Zunahme der Todesfälle durch Mißgeburten bis zu 600 % dokumentiert. Was sich von selbst versteht: Die offiziellen Behördenangaben lauteten, daß die zulässigen Grenzwerte für Radioaktivität nicht überschritten worden seien.

In diesem Zusammenhang lese man noch einmal die Nachricht im „stern“ vom 28. Februar dieses Jahres: „So bald als möglich will die Kieler Landesregierung den defekten Atomreaktor in Brunsbüttel wieder anwerfen. Der Meiler steht seit dem 18. Juni 1978 abgeschaltet in der Elbmarsch, als nach 2 Jahren Stotterbetrieb 145 Tonnen radioaktiver Dampf in die Umwelt gelangten. Nach diesem bisher letzten Störfall in einer Kette von 122 Pannen zog das Oberverwaltungsgericht in Lüneburg die Betriebserlaubnis in wesentlichen Punkten zurück. Der 7. Senat verfügte, daß die Anlage erst wieder angefahren werden darf, wenn der jährliche Ausstoß an radioaktivem „Jod 131“ nur noch ein Drittel der ursprünglich erlaubten Menge beträgt.“

Das zuständige Kieler Ministerium setzte sich jetzt über die gerichtliche Entscheidung hinweg und die Grenzwerte für das gefährliche Umweltgift nach oben . . .“ Da die Anlage mit diesen Auflagen nicht weiterarbeiten kann, soll es mit den hausgemachten Höchstwerten bald wieder angefahren werden!

Ein Lehrstück in Sachen Strahlenschutz!

Verdopplung, Verzehnfachung, Verhundertfachung?

In der Bundesrepublik beträgt die offizielle Strahlenbelastung von Kernkraftwerken unter 1 mrem. (Zweifel darüber wurden bereits in der letzten Ausgabe von DG anmeldet.)

Die zulässige Grenze liegt bei 0,5 rem bei nicht strahlenexponierten Personen, also der normalen Bevölkerung (= 500 mrem). Die Arbeitsgemeinschaft Umweltschutz an der Universität Heidelberg veröffentlichte 1976 eine Studie über „Radioaktive Kontaminationen in der Umgebung kerntechnischer Anlagen / Analyse der amtlichen Umgebungsüberwachung“. Hierbei wurden u. a. folgende Werte gemessen:

- Außerhalb des Kernforschungszentrums Karlsruhe in den letzten Jahren, hervorgerufen durch Überfüllung des Laters für radioaktiven Müll, Strahlenbelastungen zwischen 260 und 1760 mrem.

- Eine Strahlenbelastung von 50–250 mrem (ohne inkorporierte Radionuklide) alleine durch äußere Bestrahlung in der Umgebung des AKW Obrigheim.

Diese beiden Zahlen sollen lediglich verdeutlichen, daß auch im „Normalbetrieb“ ohne Störfälle, eine Strahlenbelastung erreicht wird, die genetisch signifikant ist, was die folgende Rechnung verdeutlicht:

Wenn ein Mann von seiner Geburt an jedes Jahr ein Zehntel des in Karlsruhe gemessenen Höchstwertes von 1760 mrem, also 0,17 rem bis zu seinem 30. Lebensjahr an Strahlenbelastung erhält, so sind dies ca. $30 \times 0,176 =$ ca. 5 rem in dem Jahr, in dem er ein Kind zeugt. Bei 10–100 rem liegt jedoch bereits der Grenzwert, bei dem sich die Häufigkeitsrate der spontanen Mutationen sich verdoppelt. Demnach steigt die Mutationsrate um 5 bis 10 % an. Auch Joshua Lederberg (Genetiker, Nobelpreis 1958 in der Medizin) hält bei der derzeitigen Strahlenbelastung ein 10 %iges Ansteigen der Mutationsrate für wahrscheinlich. Dies bedeutet 30 000 erbbedingte Todesfälle beispielsweise für die BRD pro Jahr.

Da diese Mutationen nicht immer spektakulärer Art sind, erschwert oft ihre Erkennung und somit auch das Erfassen des wirklichen Ausmaßes der genetischen Schäden, über das beim derzeitigen Wissensstand keine exakten Angaben gemacht werden können. Der Umstand, daß die meisten menschlichen Erbschäden keine drastischen Vitalitätsstörungen mit sich bringen, ist für die Menschheit als Ganzes keineswegs tröstlich. Stark vitalitätsmindernde Mutationen werden im Laufe weniger Generationen von der Auslese betroffen, jedoch verursachen solche mit nur gering vitalitätsmindernder Wirkung ihre Schäden während vieler Generationen. Das Ausmaß der Schädigung pro Generation ist umgekehrt proportional der Zahl der geschädigten Generationen. Der von einem Gen verursachte Schaden in seiner Gesamtheit ist daher für alle belastenden Gene der gleiche, was jedoch nur für Populationen von gleichbleibender Größe zutrifft. In einer wachsenden Population stellen Erbschäden, die eine geringere Vitalitätsminderung mit sich bringen, eine höhere Belastung dar, da der Schaden künftigen Generationen mit mehr Menschen weitergegeben wird.

„Genetiker werden oft gefragt, welche Strahlendosis toleriert werden könnte. Die Antworten sind unterschiedlich und werden meist nur widerstreitend gegeben, denn es gibt auf diese Frage keine Antwort. Abgesehen von der Tatsache, daß das heute vorliegende Versuchsmaterial zwar eindeutig Erzeugung schädlicher Mutationen durch Strahlung beweist, aber für quantitative Angaben den Menschen betreffend noch recht unvollkommen ist, müßte für solch eine Antwort festgelegt

werden, ob wir eine Verdopplung, Verzehnfachung oder Verhundertfachung der heute durch Spontanmutation bedingten Fehlgeburten, Mißbildungen und Erbkrankheiten für „tragbar“ halten.“

Entscheidend in unserer Verantwortung ist die Tatsache, daß erst nach genügender Verbreitung der rezessiven Defekte durch weitgehende Fortpflanzung der heutigen

Menschheit die Katastrophe über unsere Enkel und Urenkel hereinbrechen kann, auch wenn wir heute den Eindruck einer normalen Situation haben.“ (C. Bresch, in: Klassische und molekulare Genetik, 1970)

Fortsetzung der Reihe „Radioaktivität als Krankheitsfaktor in den nächsten Ausgaben des Demokratischen Gesundheitswesens.“

Kindertod durch Harrisburg

Forscher gibt bei Störfall freigelegter Strahlung schuld

Der Störfall im Kernkraftwerk Three Mile Island bei Harrisburg trug nach Auffassung eines US-Wissenschaftlers möglicherweise zum Tod von mehreren hundert Kleinkindern bei, berichtete die Frankfurter Rundschau am 8.3.1980.

In einer Untersuchung kommt der Strahlungsforscher Dr. E. J. Sternglass von der Universität Pittsburgh zu dem Ergebnis, daß die Säuglingssterblichkeit im Einflußbereich der freigesetzten radioaktiven Wolke drastisch anstieg.

Unter Berufung auf Daten der vom US-Gesundheitsministerium herausgegebenen Zeitschrift „Vital Statistics“ weist Sternglass darauf hin, daß sich die Neugeborenensterblichkeit in Pennsylvania im Juli 1979 mit 271 toten Säuglingen (18,5 pro 1000) gegenüber März 1979 (141 oder 10,4 pro 1000) fast verdoppelte.

Bei dem Störfall, der am frühen Morgen des 28. März 1979 begann, waren wesentliche Mengen radioaktiver Elemente freigesetzt. Nach einer Studie, die eine Privatfirma für den Kraftwerksbetreiber Metropolitan Edison anfertigte, strömten in den ersten fünfhalb Tagen rund zehn Millionen Curie radioaktiver Gase aus dem Reaktor, davon sieben Millionen in den ersten 36 Stunden. Der Evakuierungsbefehl für die Schwangeren und Kleinkinder kam aber erst am 30. März.

Der von der Gesellschaft Pickard, Lowe and Garrick Inc. erstellten Studie zufolge gelangten etwa 14 Curie des radioaktiven Jodisotops Jod 131 in die Atmosphäre. Die US-Atomkontrollbehörde NRC bezifferte die Menge auf 1,4 Curie. Der Radiologe bezeichnet es als möglich, daß die Schilddrüsen von ungeborenen Kindern im fünften bis neunten Entwicklungsmonat Strahlungsdosen von zwischen 200 und 1100 Millirem (mrem) durch Jod 131 erhielten, wenn ihre Mütter in der Nähe des Kraftwerks lebten. In Gegenden, wo die radioaktive Wolke den Boden berührte, war laut Sternglass eine noch um das fünf-

zehnfach höhere Dosis möglich. Zu der Verseuchung der fotalen Schilddrüsen, die den Angaben zufolge im fünften Schwangerschaftsmonat mit der Produktion von Hormonen beginnt, kommt als erschwerender Faktor die Strahlungseinwirkung der radioaktiven Edelgase und anderer Isotope hinzu.

Obwohl der Physiker Peter Borsch von der Kernforschungsanstalt Jülich Sternglass' Statistiken nur „mit großer Skepsis“ prüft, scheinen die Daten, die der erklärte Gegner der Kernkraft in seiner Störfall-Analyse zitiert, kaum anfechtbar:

Im Juli wurden die Kinder geboren, die zur Zeit des Störfalls im fünften Entwicklungsmonat waren. Der Anstieg der Sterblichkeitsrate um 78 Prozent von 10,4 (März) auf 18,5 (Juli) war in den Vorjahren nicht zu verzeichnen. Der zu erwartende Juli-Wert lag laut Sternglass bei 8,5 pro 1000 Geburten. Im August 1979 rutschte Pennsylvania in der Säuglingssterblichkeitsstatistik wieder unter den US-Bundesdurchschnitt. Sternglass erklärt dies so: die Schilddrüsen der im August geborenen Säuglinge waren zur Zeit des Störfalls noch nicht in der Lage, wesentliche Mengen von Jod 131 aufzunehmen.

In einem Harrisburger Krankenhaus, in dem rund 35 Prozent aller Entbindungen der Stadt vorgenommen werden, stieg die Säuglingssterblichkeit in den drei Monaten Mai, Juni und Juli 1979 auf 13,9 pro 1000 Geburten. In Februar, März und April hatte sie 1,9 betragen: Ein Anstieg um 630 Prozent.

In der Großstadt Pittsburgh, rund 290 Kilometer westlich von Three Mile Island und damit auf dem Weg der radioaktiven Wolke, gab es ähnliche Werte: im Magee-Frauenhospital, wo rund 65 Prozent aller Kinder der Stadt zur Welt kommen, stieg die Säuglingssterblichkeit von März (elf tote Kinder bei 786 Geburten oder 14 pro 1000) über Mai (21 Tote bei 664 Geburten oder 31,6 pro 1000) im Juli auf 24 Todesfälle bei 798 Geburten oder 30,1 pro 1000 an.



Wo es Blei und Cadmium regnet

Foto: dpa

Oker und Harlingrode: Nicht alles Gute kommt von oben

von Ullrich Ewers

Auf die Umweltbelastungen durch giftige Schwermetalle in der Umgebung mehrerer Blei- und Zinkhütten in Oker und Harlingrode bei Goslar/Harz hat das Freiburger Institut für Angewandte Ökologie auf einer Pressekonferenz am 22. Februar 1980 hingewiesen. Die Belastung durch die Schwermetalle Blei und Cadmium in diesem Gebiet sei so hoch, daß die dort arbeitenden, Schadstoff-emittierenden Hüttenwerke geschlossen und die Anwohner in der Umgebung der Betriebe umgesiedelt werden müßten. Den Behörden wurde vorgeworfen, die Bevölkerung nur unzureichend über das Ausmaß der Gefährdung unterrichtet zu haben, obwohl schon seit Jahren zahlreiche Untersuchungen und Messungen durchgeführt worden seien und das Ausmaß der Umweltbelastung den Behörden bekannt war. Der zuständige Niedersächsische Sozialminister Hermann Schnipkowitz wies in einer Regierungserklärung vor dem Hannoveraner Landtag die Vorwürfe zurück und betonte, daß die Landesregierung keine Daten verheimlicht oder unter Verschluß gehalten habe. Seit 1970 seien von den Hüttenwerken mit Unterstützung durch die Landesregierung insgesamt etwa 10 Mill. DM für technische Verbesserungsmaßnahmen zur Luftreinhaltung aufgewendet worden. Die Emissionen, aber auch die Immissionen, d.h. die Konzentrationen der Luftschaudstoffe sowie die Blei- und Cadmium-haltigen Staubniederschläge in der Umgebung der Hüttenwerke, seien in den letzten Jahren deutlich zurück gegangen. Von einer akuten Gefährdung der Bevölkerung könne keine Rede sein. Für umzugswillige Familien wurden 10 Mill. DM zur Verfügung gestellt.

In der Tat sind in dem Gebiet von Oker und Harlingrode schon seit Jahren zahlreiche Untersuchungen durchgeführt worden, über deren Ergebnisse in der vom Niedersächsischen Sozialministerium herausgegebenen Schriftenreihe „Reinhaltung der

Luft“ (Heft 5) kürzlich berichtet wurde. Die Untersuchungen zeigen, daß die Staubniederschläge von Blei und Cadmium in der Umgebung der Hüttenwerke trotz der inzwischen durchgeföhrten Verbesse-



Foto: dpa

rungsmaßnahmen immer noch erheblich (z.T. um das 40fache) über den Werten liegt, die die Bundesregierung für unabdinglich hält. Auch in Nahrungs- und Futterpflanzen sowie in Lebern und Nieren von Schlachttieren wurden Schwermetallkonzentrationen gefunden, die z.T. erheblich über den vom Bundesgesundheitsamt veröffentlichten Richtwerten liegen. Bei Weizen, Hafer und Gerste, die bis zu einer Entfernung von 3 km von den Hüttenwerken angebaut wurden, waren die Richtwerte für Blei und Cadmium ebenfalls überschritten. In Anbetracht dieser Befunde hatte die Landesregierung bereits in den Jahren 1978 und 1979 Verzehrseinschränkungen empfohlen. Ob in der Umgebung der Hüttenwerke überhaupt Landwirtschaft und Gartenbau betrieben werden kann, erscheint nach den vorliegenden Untersuchungsergebnissen fraglich.

Um die Bleibelastung der betroffenen Bevölkerung festzustellen, wurden von rund 400 Personen, darunter etwa 250 Kinder, Blutproben entnommen und auf ihren Blei-gehalt untersucht. Die Auswertung der Er-

gebnisse zeigte, daß der durchschnittliche Blutbleigehalt der untersuchten Bevölkerung etwa doppelt so hoch ist wie in anderen Teilen Niedersachsens. Bei 13 Kindern wurde eine Blutbleigehalt oberhalb der als kritisch angesehenen Grenze von $35/\mu\text{g}$ Blei pro 100 ml Blut ($1/\mu\text{g} = 1$ Millionstel Gramm) gefunden. Untersuchungen über die Belastung der Bevölkerung durch Cadmium, etwa durch Messung der Cadmium-Ausscheidung im 24 h-Urin, wurden bisher noch nicht durchgeführt. Gleches gilt für Untersuchungen über die Langzeitbelastung der Bevölkerung durch Blei, etwa durch Untersuchung des Bleigehaltes von Zähnen bzw. Milchzähnen.

Mit welchen gesundheitlichen Auswirkungen als Folge der Schwermetallbelastung muß gerechnet werden?

In der Tat dürfte bei den betroffenen Personen mit akuten Blei- oder Cadmium-Intoxikationen kaum zu rechnen sein. Leichte Bleivergiftungen, die sich insbesondere bei Kindern durch Verzehr kontaminiert Nahrungsmittel oder Verschlucken Bleihaltiger Stäube ergeben können, äußern sich durch Müdigkeit, Appetitmangel, Stuhlverstopfung sowie allgemeine Nervosität und vegetative Labilität. Auch in Kliniken sind Untersuchungen auf latente Bleiintoxikationen bei solch alltäglichen und unspezifischen Symptomen nicht üblich, so daß das Ausmaß möglicher Schädigungen ohne Durchführung gezielter Untersuchungen bisher kaum erfaßt sein dürfte.

Neben diesen vorübergehenden Schädigungen stehen vor allem jedoch die Langzeitwirkungen einer chronisch erhöhten Belastung durch Blei und Cadmium im Vordergrund. Blei und Cadmium reichern sich im Organismus an. Bei Krankheiten, aber auch während der Schwangerschaft, kann es zu einer Mobilisierung des überwiegend in den Knochen gespeicherten Bleis kommen. Cadmium reichert sich vor allem in der Niere an und kann bei Erreichen einer kritischen Konzentration zur Entstehung von Nierenschäden mit Proteinurie führen.

Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse muß davon ausgegangen werden, daß die Bewohner von Oker und Harlingrode infolge der Schwermetallbelastung einem erhöhten gesundheitlichen Risiko unterliegen. Die Schädigungen, mit denen dabei zu rechnen ist, dürfen bei den üblichen klinischen Routineuntersuchungen jedoch kaum festgestellt werden oder mit den auslösenden Faktoren in Zusammenhang gebracht werden können. Wer es ernst meint mit dem grundgesetzlich garantierten Recht auf körperliche Unversehrtheit muß hier in der Tat durchgreifende Maßnahmen treffen. Dazu gehört auch eine klare, offene und allgemeinverständliche Information und Beratung der betroffenen Bevölkerung durch die zuständigen Behörden. Darin hat es bisher zumindest weit gefehlt.

ARGUMENTE

21 Ärzte lehnen die Verantwortung ab!

„Obwohl wir weiterhin versuchen, aus der derzeitigen Situation für die Patienten das Beste zu machen, lehnen wir es entschieden ab, für die bestehenden Verhältnisse und die daraus möglicherweise entstehenden Folgen Verantwortung zu übernehmen.“

Einundzwanzig angestellte und beamtete Ärzte der Rheinischen Landesklinik Bedburg-Hau, der größten psychiatrischen Klinik Europas, sahen sich gezwungen, diese einschneidende Konsequenz aus der derzeitigen Situation der Klinik zu ziehen. Am 29. 2. 1980 hatten sie dies an den verantwortlichen Träger, den Landschaftsverband Rheinland und die zuständigen Politiker im Krankenhausausschuß 5 des Landtages geschrieben. Bis Redaktionsschluß (18. 4.) haben sie keine Antwort erhalten.

Anlaß des Ärzteprotests ist die Unterversorgung mit Ärzten: 43 Ärzte müssen über 3200 Patienten versorgen. Auch die von den psychiatrischen Fachverbänden angegebenen Stellenrichtzahlen für Pflegepersonal, Psychologen und Sozialarbeiter werden nicht annähernd erreicht. Besonders kritisch ist die Situation bei Heilpädagogen und Bewegungstherapeuten.

Die unterzeichnenden Ärzte kommen zu folgendem Schluß: „Eine verantwortliche Therapie, sozialpsychiatrische Betreuung, Entwicklung und Durchführung von gezielten Therapieangeboten und Rehabilitationsprogrammen sind unter diesen Umständen von uns nicht zu leisten.“

Zusätzlich zu der desolaten Ausbildungssituation wird der wohl einmalig niedrige Pflegesatz von derzeit 86,80 DM (für 1980 angesetzt) bemängelt.

In dem Brief, der vom Landschaftsverband bis zum 15. April eine „positive Antwort mit entsprechenden konstruktiven Vorschlägen“ forderte, machen sich die Unterzeichner auch selbst Gedanken über die Zukunft der Riesenkllinik: Neben einer übersichtlichen Gliederung und erheblichen Verbesserungen im Personalbereich, wird eine Verbesserung der Ausbildungssituation gefordert. Die Wiedereinrichtung der Außenfürsorge, die Einrichtung von Ambulanzen mit Außenstellen in den entsprechenden Aufnahmebezirken und der verstärkte Bau von Übergangsheimen und Wohngemeinschaften zielen auf eine Patientenbetreuung, die an den Zielen einer gemeindenahen Versorgung orientiert ist. Dabei berufen sie sich auf die im „Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranke und geistig Behinderter im Rheinland“ des Landschaftsverbandes von 1972 und in der „Psychiatrie Enquête“ des Deutschen Bundestages von 1975 aufgestellten Forderungen.

Wenn die Zustände in der Klinik ärztlicherseits als „unverantwortlich“ zu bezeichnen sind, so ist das Vorgehen der Verantwortlichen nur mit „skandalös“ zu umschreiben. Der Landschaftsverband hüllt sich in Schweigen. Hat Prof. Kulenkampff aus den Vorgängen in Brauweiler, Bonn und Düren immer noch nichts gelernt? Müssen erst Patienten aufgrund unzumutbarer Bedingungen sterben?

Die verantwortlichen Politiker im Krankenhausausschuß erklärten sich für „nicht zuständig“ (NRZ vom 19.3.). Der Vorsitzende, J. van Aken (CDU) spricht laut NRZ von „falschen und überspitzten Forderungen“ der „jungen und unerfahrenen Ärzte“. Wie von anderen Ausschußmitgliedern zu erfahren war, lag der Brief noch nicht einmal im Wortlaut vor. Lediglich der Klinikleiter, der Zeitungsmeldungen zufolge noch in diesem Jahr seinen „Dienst quittieren“ will, hatte seine, im wesentlichen ablehnende Stellungnahme gegenüber den unterzeichnenden Ärzten verlesen. Der Aussage, daß hier nur „unerfahrenen Ärzte“ am Werk wären, widerspricht die Tatsache, daß auch Fach- und Abteilungsärzte die Forderungen unterstützen.

Der Ausschußvorsitzende hat durch diese vorschnelle Veröffentlichung, die sich nur auf die Stellungnahme des ärztlichen Leiters stützt, der Klinik einen „Bären Dienst“ erwiesen.

Anstatt wenigstens eine Überprüfung der kritisierten Mißstände zuzusichern, anstatt wenigstens das Gespräch mit den Betroffenen zu suchen, werden diese als „unerfahren“, die Forderungen unbesehnen als „falsch“ und „überspitzt“ abgetan. Angesichts dieser Verantwortungslosigkeit der Verantwortlichen erscheint der Schritt der betroffenen Ärzte, die Verantwortung unter den gegebenen Bedingungen anzulehnen, geradezu verantwortungsvoll!

Jahrbücher für kritische Medizin

Jahrbuch für Kritische Medizin 5 (Argument-Sonderband 48)

Arbeitsresultate der gesundheitspolitischen Fachtagung des BdWi vom 16. bis 18. 2. 1979 in München:

- Professionalisierung/Selbsthilfe
- Grenzen der Kuration
- Patientenbezogene Medizin
- Medizinische Folgensozialpolitischer Strategien
- Gesundheitssystem und ökonomische Interessen
- Arbeit und Krankheit
- Gesundheit und Wohnen
- Staatliche Gesundheitsforschungspolitik
- Zur Diskussion: Aufgaben fortschrittlicher Medizin-Wissenschaftler

Jahrbuch für Kritische Medizin 6 (Argument-Sonderband 53)

Evers u.a.: Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bolm: Der hilflose Helfer. Kühn: Privatisierung im Krankenhaus. Berlinguer: Arbeitsmedizin in Italien. Brock u.a.: Betriebliche Gesundheit und gewerbliche Arbeit. Wotschak: Belastungs- und Streßforschung. Müller:

- und Arbeitsbelastung. V.d. Busche: Allgemeinmedizin. Tidow: Gruppenpraxis Gropiusstadt. Borgers: Mortalitätsanalysen. Häussler: Falldenken in der Medizin. Kruse: Sozialpsychiatrie. Rosenbrock u.a.: Klinische Pharmaforschung. Ralli u.a.: Psychiatriegesetz in Italien.

Einzelpreis 15,50 (Stud. 12,80); Abo 12,80 (11,-)

ARGUMENT-Vertrieb
Tegeler Straße 6
1000 Berlin 65
Tel.: (030) 461 9061

Soziale Praxis

Neu erschienene Beihete zur Zeitschrift »Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik«

Hrsg. von Annelise Heigl-Evers, Dieter Eicke und Hannes Friedrich

6. JOHN UND ELAINE CUMMING

ICH UND MILIEU

Theorie und Praxis der Milieutherapie. Aus dem Amerikanischen von G. Peters, durchgesehen und bearbeitet von P. Denecke. 1979. XVI, 241 Seiten, kartoniert DM 29,-

John und Elaine Cumming gelingt in diesem Buch nicht nur eine exakte Darstellung der komplexen Wechselwirkung zwischen Krankenhaus und therapeutischem Milieu einerseits und den verschiedensten Erscheinungsformen psychischen Krankseins andererseits auf einem ausgezeichneten theoretischen Niveau, sondern es entsteht auch der Ansatz eines integrierten Behandlungskonzeptes zur Resozialisierung psychiatrischer Patienten.

7. DIETER EICKE

VOM PSYCHIATRISCHEN KRANKENHAUS ZUR SOZIALTHERAPEUTISCHEN STATION

Probleme – Konflikte – Einsichten. 1978. 150 Seiten, kartoniert DM 19,80

Der besondere Reiz der Darstellung liegt darin, daß sie wohl unorthodox aber keineswegs unwissenschaftlich ist: So ist das Buch zugleich spannender Bericht und anregende, gelegentlich provozierende Diskussionsgrundlage – vor allem aber ein Plädoyer dafür, Veränderungen in der psychiatrischen Krankenversorgung nicht nur zu fordern, sondern sie im therapeutischen Alltag auch zu praktizieren.

8. HANNES FRIEDRICH / INGE FRÄNKEL-DAHMANN /

HANS-JÜRG SCHAUFELBERGER / ULRICH STREECK

SOZIALE DEPRIVATION UND FAMILIENDYNAMIK

Studien zur psychosozialen Realität von unterprivilegierten Familien. Mit Beiträgen von A. Heigl-Evers und E.-M. Nasner. 1979, 327 Seiten, kartoniert DM 22,-

Die Autoren legen erstmals im deutschsprachigen Raum eine umfassende Untersuchung der Lebensbedingungen in einer Obdachlosensiedlung vor, mit dem Ziel, sozialwissenschaftliche Forschungsergebnisse in unmittelbare soziale Praxis umzusetzen: Der Versuch eines sozialtherapeutischen Programms, der vor allem Sozialarbeiter, Pädagogen, Sozialwissenschaftler und nicht zuletzt die Sozialpolitiker angeht.

9. HORST PETRI

SOZIALE SCHICHT UND PSYCHISCHE ERKRANKUNG IM KINDES- UND JUGENDALTER

Eine Erprobungsstudie an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population. 1979. 201 Seiten, kartoniert DM 28,-

Horst Petri leistet mit diesem Buch einen Beitrag zu der in Deutschland noch wenig entwickelten epidemiologischen Forschung über psychische Störungen. – Auf der Grundlage einer sorgfältigen Auswertung umfangreicher medizinischer und sozialwissenschaftlicher Daten gelangt der Autor zu beachtenswerten Empfehlungen im Bereich der Sozialmedizin und Gesundheitspolitik.

10. DIETER BÖNITZ

ZUR PSYCHOLOGIE DER ABTREIBUNG

Legale und illegale Schwangerschaftsabbrüche im Vergleich. 1979. IV, 238 Seiten, kartoniert DM 36,-

Angesichts der immer noch heftig geführten Auseinandersetzungen um den Schwangerschaftsabbruch drohen für manche der betroffenen Frauen in dieser Situation erhebliche psychische Risiken. Derartige Risiken vor dem Eingriff zu erkennen und gezielt Hilfe anzubieten, ist ein wesentliches Anliegen dieser empirischen Studie.

V&R Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag
Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen und Zürich

Standesvertreter – nicht mehr allein in der Kammer

Interview mit Vertretern fortschrittlicher Listen in den Ärztekammern



v. li. n. re.: W. v. Arnim (Rheinland), M. Albrecht (Redaktion), E. Knauert (Rheinland), P. Frommelt (Westfalen-Lippe), E. Girth (Hessen), W. Beck (Hessen), D. Uhlenbrock (Redaktion)

DG: Ihr bezeichnetet Euch als demokratische und soziale Listen in den Ärztekammern. Seit wann arbeitet Ihr in den Kammern und wie setzt sich Euer Mitgliederkreis zusammen?

W. Beck: Wir arbeiten in der „Liste demokratischer Ärzte“ in Hessen seit knapp 4 Jahren. Wir erhielten damals 10 % der abgegebenen Stimmen, in absoluten Zahlen etwa 1000 und arbeiten mit 8 Delegierten von 80 in der Landesärztekammer. Unsere Liste setzt sich aus 4 niedergelassenen Ärzten, 2 angestellten Ärztinnen und 2 angestellten Ärzten zusammen.

W. v. Arnim: Wir sind seit 1977 in der Ärztekammer Nordrhein mit 5 Abgeordneten tätig. Das Land NRW ist in zwei Kammerbezirke, Nordrhein und Westfalen aufgeteilt und diese sind jeweils wieder untergliedert in Regierungsbezirke. Wir haben damals lediglich im Regierungsbezirk Köln kandidiert, im Bezirk Düsseldorf hatten wir nicht die erforderliche Zahl von Unterschriften zusammenbekommen. Wir erhielten in Köln 8 % der abgegebenen Stimmen, was 5 bei insgesamt 140 Delegierten entsprach.

P. Frommelt: In der Ärztekammer Westfalen sitzen insgesamt 98 Delegierte, davon 3 für unsere „Liste soziales Gesundheitswesen“. Auch diese Liste ist nur in einem Regierungsbezirk, nämlich in Arnsberg zu stande gekommen. Auch wir hatten damals ungefähr 8 % der Stimmen erhalten und sind jetzt seit 1978 dabei.

DG: Woraus hat sich der Gedanke zur Kandidatur zu den Kammerwahlen eigentlich entwickelt?

„Wir melden uns zu Wort, wir nehmen aktiv an den Sitzungen teil, vielleicht im Verhältnis wesentlich aktiver als die anderen . . .“

W. Beck: Ich glaube, für uns waren es 2 wichtige Punkte. Zum einen stellten wir fest, daß die bisher außerparlamentarisch arbeitenden Ärzteinitiativen, wie die Arbeitsgemeinschaft unabhängiger Ärzte (AuÄ) nur wenig bewirken konnten. Dies besonders auch deshalb, weil die Ärztekammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts doch wesentlich größere Machtbefugnisse haben, als uns vorher bekannt war. Hieraus entwickelte sich dann die Auffassung, für die Kammern zu kandidieren, um dort alternativ und kritisch zu arbeiten. Zum zweiten ist uns in der Vergangenheit aufgefallen, daß auch die niedergelassenen Ärzte keineswegs einheitlich mit dem Vorgehen und den Praktiken ihrer Funktionäre einverstanden sind, sondern daß es bei ihnen ein berechtigtes und zum Teil erhebliches Unbehagen über die bestehenden Strukturen mit deren Folgen wie Überarbeitung, überfüllte Praxen, Isolierung und mangelnde Fortbildung gibt. Es ist aber anscheinend in der Vergangenheit der konservativen Funktionsärsschicht immer gelungen, Ansätze der Kritik reaktionär für ihre Interessen zu kanalisieren, d. h. für die Interessen einer relativ kleinen Gruppe der Großverdiener unter den Ärzten. Die meisten Ärzte haben es hier den

Funktionären auch leicht gemacht, indem sie sich nur wenig um ihre Interessenvertretung kümmerten und das Feld den wenigen Standesvertretern überließen.

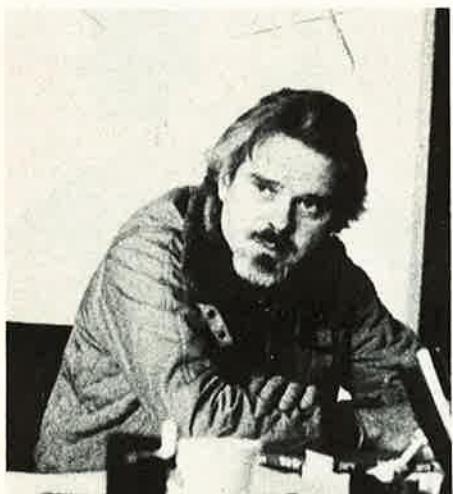
E. Knauert: Wir haben bei uns in Nordrhein über das Problem der Ärztekammern schon im Jahre 1973 innerhalb des Ringes gewerkschaftlicher Ärzte diskutiert. Bereits damals wollten wir für die Kammer kandidieren, weil wir erkannt hatten, daß wir in der gewerkschaftlichen Arbeit Schwierigkeiten hatten, angestellte Ärzte anzusprechen. Wir gingen davon aus, daß wir die Kammer, in der auch über die sozialen Belange der Ärzte mit entschieden wird, brauchen, um Ärzte besser für fortschrittliche Positionen gewinnen zu können.

DG: Wie sah die Reaktion der Ärzte aus, als Ihr mit Eurem Vorschlag, auf alternativen Listen zu kandidieren, an sie herangetreten seid?

E. Girth: Wir hatten in Hessen keine Schwierigkeiten, im Gegenteil. Es ist ja auch klar, welches Ansehen die Ärztekammer hat, wenn man sich die Wahlbeteiligung, die weit unter 50 % liegt, vor Augen hält. Dabei sind die größte Wählerschicht die niedergelassenen Ärzte, die entsprechend überproportional vertreten sind. Von daher war es relativ einfach, die Kollegen davon zu überzeugen, daß endlich eine Veränderung erzielt werden muß. Wenn man dann noch vermittelt hat, welche Funktionen die Ärztekammer hat und welchen Einfluß man eventuell da gewinnen kann – daß man z. B. auch die merkwürdigen Arzteblätter, die einen äußerst schlechten Ruf haben, verändern kann –, haben wir eigentlich offene Türen eingerannt.

DG: Gibt es für Euch Möglichkeiten, die sicherlich unterschiedlichen Auffassungen der anderen Delegierten in den Ärztekammern mit Euren in Einklang zu bringen, d. h. so eine Art kleine Bündnispolitik zu machen?

W. v. Arnim: Das ist eine sehr interessante Frage. Ich sitze in Nordrhein von Anfang an in der Kammer, habe auch regelmäßig an den Ärztetagen in Mannheim, Köln und Nürnberg teilgenommen und kann feststellen, daß es doch immer einzelne Ansatzpunkte gibt, in denen wir die Unterstützung Niedergelassener oder ganz quer durch die Reihen Unterstützung bekommen. Unsere Hauptwidersacher sind sicherlich die Kollegen des Marburger Bundes, die Angst haben, daß wir ihren Komplott mit den niedergelassenen Ärzten im Hartmannbund aufdecken könnten.



W. v. Arnim: „Unsere Hauptwidersacher sind die Kollegen des Marburger Bundes“

W. Beck: Bei uns hat sich das verändert. Zu Beginn vor 4 Jahren wurden wir von allen Seiten bekämpft. Da waren die Abstimmungen immer 72 zu 8. Es gibt inzwischen Abstimmungen, wo die Konservativen ihre Mehrheit nur noch knapp mit etwas mehr als 40 Stimmen durchsetzen können. Das hängt wesentlich damit zusammen, daß sie einsehen mußten, daß wir nicht Leute sind, die mit roten Fahnen hereinkommen und die Füße auf den Tisch legen, sondern daß wir im Gegensatz zu allen anderen Delegierten sehr intensiv in Form von Anträgen und Wortbeiträgen die Kammerarbeit interessant gemacht haben und auch angeregt haben, über Dinge nachzudenken, über die bisher nicht diskutiert wurde. Dabei hat sich bei einem Teil der Delegierten, ich würde sagen, besonders bei denen vom Marburger Bund, ein Gefühl eingestellt, daß wir vom Präsidium ungerecht, unfair behandelt und unterdrückt wurden. Beispielsweise sind wir nicht auf dem Ärztetag vertreten, obwohl uns eigentlich 3 Sitze nach dem D'Hondtschen Höchstzahlerprinzip zustehen. Wir sitzen auch in keinem Ausschuß oder sonstigen Gremium. Und das hat doch vielen gezeigt, daß hier nicht nach sachlichen Punkten vorgegangen wurde, sondern machtpolitisch.



E. Kauert: „Wir wollten bereits 1973 für die Kammer kandidieren.“

E. Kauert: In Nordrhein ist es einige Male so gewesen, daß Anträge, die wir eingebracht haben, zunächst von der Kammerversammlung abgelehnt wurden, dann eine Sitzung später erneut als Anträge des Kammvorstandes auf die Tagesordnung gebracht wurden und mit entsprechender Mehrheit verabschiedet wurden.

DG: Für mich schließt sich hier die Frage an, ob es Euch gelingt, über diese Widerstände und Schikanen der Standesvertreter auch ausreichend zu berichten und den Kreis Eurer potentiellen Wähler hiermit bekannt zu machen?

P. Frommelt: Eigentlich der schwierigste und wundeste Punkt in unserer Arbeit in Westfalen, daß wir denjenigen, die uns gewählt haben, bisher überhaupt keine Rückmeldung über unsere Arbeit gegeben haben.

W. v. Arnim: Wir haben bei Aufstellung der Listen eine Adressenliste erstellt, auf der etwa 200 Adressen sind. Wir kommen alle 2 Monate zusammen und berichten bereits in der Einladung über die vorausgegangene Kammerversammlung, so daß wir diejenigen, die damals unsere Liste unterstützt haben, zumindest per Post über unsere Arbeit informieren.

E. Kauert: Wir haben einen Rückschaubericht erstellt und diesen Bericht an sämtliche niedergelassene Ärzte in unserem Kammerbereich verschickt. Wir erreichten hiermit an die 10 000 niedergelassene Ärzte. Die angestellten Ärzte in den Krankenhäusern haben wir über entsprechende Mitglieder unserer Listen erreicht, die die Verteilung in ihrem Arbeitsbereich vornahmen. Das ganze ist natürlich organisatorisch eine zeitaufwendige Sache und kann sicherlich nicht mehr als einmal im Jahr geschehen.

W. Beck: Um erst einmal ein paar Zahlen zu nennen: in Hessen gibt es 14 000 Ärzte, 1000 haben uns gewählt, bekannt sind uns jedoch nur 300. Die haben wir etwa fünfmal in den vergangenen Jahren erreicht, mehr ist für uns finanziell und organisatorisch nicht möglich. Wir hatten allerdings ein wenig Glück, daß die Frankfurter Rundschau

unsere Halbzeitbilanz abgedruckt hat und diese somit auch über Hessen hinaus bekannt geworden ist. Zur Wahl war das Hessische Ärzteblatt bereit, die Programme der Listen, also auch unserer abzudrucken. Danach haben sie keinerlei Erklärungen mehr von uns abgedruckt. Auch die Halbzeitbilanz abzudrucken war von ihnen verweigert worden, selbst als wir uns bereit erklärt haben, nicht als Liste sondern nur als Personen zu unterschreiben.

E. Knauert: Wir haben nur in einem Fall das Rheinische Ärzteblatt als Forum für unsere Auffassungen benutzen können, als es um das Problem der Krankenhausbedarfsplanung ging. Wir hatten damals in der Kammer eine sehr kontroverse und ausführliche Diskussion und hatten dann die Möglichkeit, in einem Artikel im Rheinischen Ärzteblatt unsere Vorstellungen niederzulegen. Gleichzeitig ist uns von einem Redaktionsmitglied zugesichert worden, daß wir weitere Veröffentlichungen im Ärzteblatt vornehmen können.

DG: Eure Arbeit hat auch im gewerkschaftlichen Bereich, im Bund gewerkschaftlicher Ärzte, ziemliche Resonanz gefunden. Könnt Ihr etwas dazu sagen, wie diese Zusammenarbeit heute aussieht und welche Probleme es dabei gibt?

P. Frommelt: Ich kann für den Kreisverband Dortmund berichten, daß wir eine große Unterstützung bekommen haben. Einmal bei der organisatorischen Vorbereitung der Wahl, Verschickung der Adressen usw., zum anderen wurde dann mit den regelmäßigen Treffen der BgA-Gruppe in Dortmund auch die eigentliche Arbeit der Delegierten unterstützt. Aber es ist immer noch die Schwierigkeit, daß dieser Kreis nicht mit dem Wählerkreis identisch ist.

E. Kauert: Also eine Arbeit in der Ärztekammer, so wie wir sie verstehen, kann praktisch nur mit der Unterstützung des BgA und in Zusammenarbeit mit ihm bestehen. Wir haben in Nordrhein die Erfahrung gemacht, daß ohne die Diskussion im BgA ein Rückhalt für die Arbeit in der Kammer nicht gegeben ist.



E. Kauert: „Die Arbeit in der Kammer kann nur in Zusammenarbeit mit dem BgA bestehen.“

DG: Wenn Ihr ein Resümee Eurer Arbeit ziehen würdet, könnt Ihr behaupten, daß Ihr etwas erreicht habt? Oder ist das mehr oder weniger verpuffte Arbeit gewesen?

E. Girth: Nein, ich meine, wir haben schon etwas erreicht. Sicherlich können wir keine Luftsprünge machen. Das ist jedem klar, der mal bei einer Kammersitzung dabei war. Das brauchen wir hier nicht wegzudiskutieren. Wer einmal dabei war, der weiß schon, daß es Knochenarbeit ist. Erfolgreich war unsere Arbeit in zweierlei Hinsicht, einmal in dem Sinne, daß wir durchgehalten haben. Denn die Strategie des Präsidiums ging ganz eindeutig dahin, uns in die Ecke zu drängen und von den restlichen Delegierten zu isolieren. Zum anderen ist es uns gelungen, in einzelnen Punkten, auch in einzelnen Diskussionen und zu Anträgen Koalitionen zu erzielen. Es ist uns gelungen zu zeigen, daß wir keine Krachmacher sind, daß wir kontinuierliche, inhaltliche Arbeit machen, im Gegensatz zu den meisten anderen Gruppierungen und daß wir auch etwas zu sagen haben, dem man in dem einen oder anderen Fall zustimmen kann. Gerade an den Punkten, wo es um einen Demokratieabbau in der Kammer geht – und das will was heißen, wenn da noch was abgebaut werden soll –, ist inzwischen eine Sensibilität vorhanden, die vor 4 Jahren noch nicht da war. Ein Beispiel: es ging um die Neuwahl der Mitglieder der Weiterbildungsausschüsse. Unser Ziel war, renommierte Mediziner hereinzubekommen, die nicht unbedingt eng mit unserer Liste zusammengearbeitet haben, von denen wir einfach wußten, daß sie fachlich die richtigen Leute in solch einer Kommission sind. Das ist abgeschmettert worden, man hat einfach eine Satzungsänderung vorangetrieben, daß die Ausschußmitglieder nicht mehr gewählt werden sondern vom Präsidium eingesetzt werden sollten. In diesem Punkt sollte die Delegiertenversammlung also entmachtet werden. Während der sich hierüber entwickelnden Diskussion hatten wir fast die Hälfte der Delegierten auf unserer Seite. Es kommen heute schon Anträge von Kollegen außerhalb unserer Liste zu demokratischen Verfahrensweisen, die es früher nicht gab.



Girth: „... wir haben eigentlich offene Türen eingerrant“

W. Beck: Ich würde den Erfolg unserer Arbeit auch in einem anderen Bereich sehen, und zwar außerhalb der Ärzteschaft in der Öffentlichkeit. Es ist uns gelungen, die Liste als eine alternative Stimme der Ärzteschaft darzustellen. Wir haben uns z. B. zu der Verfahrensweise in bezug auf den § 218 geäußert. Unsere Aussage hat sich unterschieden von dem, was die Kammer dazu sagte. In Gesprächen mit Reportern von dpa, Reuter oder der Frankfurter Rundschau wurde uns dann klar, daß die Öffentlichkeit, zumindest die fortschrittliche, gewissermaßen darauf gewartet hatte, daß es eine alternative Meinung in der Ärzteschaft gibt, im Gegensatz zu der ewig gleichen Standesmeinung, die arrogant über die Interessen der Patienten hinweg geht.

W. v. Arnim: Wenn man nach dem Erfolg gefragt wird, muß man vorher die Ziele kurz definieren. Ein Ziel war, die Standesvertreter nicht allein wurschteln zu lassen. Wir melden uns zu Wort, wir nehmen aktiv an den Sitzungen teil, vielleicht im Verhältnis wesentlich aktiver als die anderen. Sie sitzen nicht mehr allein in ihrer Kammer. Das ist für uns bereits ein Erfolg. Außerdem erleben wir darüber hinaus teilweise positive Rückmeldungen. Ein Beispiel: Im Kammerbezirk Nordrhein stand eine Beitrags erhöhung für die Ärzteschaft an. Wir haben damals die Ärzte darüber informiert und von 500 eine Rückmeldung bekommen, die sich gegen diese Beitragserhöhung aussprachen, d. h. die bereit waren, sich auch öffentlich gegen bestimmte Beschlüsse der Kammer auszusprechen, wobei interessant gewesen ist, daß es sich vorwiegend um niedergelassene Ärzte gehandelt hat, die uns in diesem Punkt ihre Unterstützung gegeben haben.

W. Beck: Ich möchte noch ein paar Beispiele aus der Arbeit in der Kammer nennen. Bei Änderung der Berufsordnung war ein Paragraph vorgesehen, mit dem die Berufsgerichtsbarkeit auch auf den privaten Bereich ausgedehnt werden sollte. Etwa in dem Sinne, daß sich ein Arzt privat anständig und seriös verhalten muß. Keine Demonstrationsteilnahme zum Beispiel, das wurde zwar nicht extra erwähnt, wäre aber auch nicht ausgeschlossen gewesen. Für ein Fehlverhalten hätte er entsprechend bestraft werden können. Wir hatten mit einer ausführlichen Begründung die Streichung des Paragraphen beantragt und diese Begründung auch an den Hessischen Landtag geschickt, und zwar mit Erfolg. Mit Erfolg insofern, als dieser Paragraph auch gegen den Willen der Mehrheit in der Kammer gestrichen werden mußte. Ein anderes Beispiel aus unserer Öffentlichkeitsarbeit: Im Zusammenhang mit unserer Bilanz waren wir vom NDR zu einer im Fernsehen ausgestrahlten Podiumsdiskussion eingeladen worden. Auf dem Podium waren vertreten: Der Medizinsozio-

loge H. U. Deppe, ein Vertreter der LDÄ (Liste demokratischer Ärzte), einer vom Hartmannbund und ein Vertreter des Marburger Bundes. Bei der darauffolgenden Delegiertenversammlung der Landesärztekammer wurde in der Mittagspause ein Videoband dieser Veranstaltung vorgeführt, was den anwesenden Delegierten zeigte, welche Bedeutung wir doch in der Öffentlichkeit haben.

DG: Sicherlich gab es eine Reihe von Fehlern in Eurer Arbeit, wie sahen die aus und welche Konsequenzen wollt Ihr für die Zukunft ziehen?



P. Frommelt: „Der wundeste Punkt in unserer Arbeit, daß wir den Wählern keine Rückmeldung gegeben haben.“

P. Frommelt: Ja, das gilt besonders für uns in Westfalen-Lippe. Es wird in der nächsten Zeit unsere Aufgabe sein, dafür zu sorgen, daß die 3 Listenvertreter in ihrer Arbeit nicht allein gelassen werden, wie bisher. Es reicht nicht aus, die Arbeit auf die BgA Gruppe zu beschränken, sondern es muß eine fest strukturierte Gruppe aufgebaut werden – ob jetzt im Sinne eines Vereins oder nicht, ist eine andere Frage –, die auch die niedergelassenen Ärzte mit einbezieht. Wir müssen also vor allen Dingen die organisatorischen Voraussetzungen schaffen, um unsere Arbeit zu stabilisieren.

Dann muß es uns besser als bisher gelingen, die Informationen aus der Kammerarbeit weiterzugeben, unseren Wählern bekannt zu machen.

Außerdem müssen wir beginnen, unsere inhaltlichen Positionen zu konkretisieren und programmatiche Stellungnahmen zu erarbeiten, so daß wir nicht gezwungen sind, auf die Sachen, die in der Kammer passieren, nur zu reagieren.

Wichtig ist, daß wir mehr als bisher mit den Kollegen aus dem Rheinland und aus Hessen zusammenarbeiten.

W. v. Arnim: Bei der nächsten Kammerwahl werden wir versuchen, in allen Wahlbezirken zu kandidieren, das bedeutet eben eine weitere Aktivierung von Kollegen aus dem Regierungsbezirk Düsseldorf, die unsere Arbeit unterstützen. Zu klären ist, wieweit wir unsere Arbeit im Bereich der örtlichen und bezirklichen Ärzteorganisationen aufnehmen, was davon abhängig ist, wer sich für solch eine Arbeit interessiert und bereit ist, sie mitzutragen.

E. Girth: Der Kammerbezirk Hessen ist nicht weiter untergliedert, d. h. wir müssen Ärzte aus Kassel, Frankfurt, Darmstadt usw. zusammenbringen. Wir haben es jetzt geschafft, daß feste monatliche Termine durchgeführt werden, aber jeder kann sich ausrechnen, was es heißt, bei Nachtdiensten und der täglichen Arbeit von Frankfurt nach Kassel zu fahren und am gleichen Abend noch zurück. Wir haben gesagt, gut, dann müssen wir eben versuchen, etwas dezentralisierter zu arbeiten. Wir sind rausgefahren und haben Veranstaltungen in Gießen, Marburg gemacht, um uns dort mit Kollegen zu treffen. Es hat gut geklappt, nur das ist wiederum ein Arbeitsproblem des engeren Kreises, der die organisatorische Arbeit in Frankfurt macht. Außerdem tauchen finanzielle Probleme auf. Wir würden natürlich sehr gern, wie das der Marburger Bund kann, möglichst häufig die hessischen Ärzte über unsere Arbeit informieren, um damit einen entsprechenden Rücklauf zu bekommen. Es ist gegenwärtig schwer, hier Verbesserungen zu erzielen, obwohl davon natürlich auch unser Wahlerfolg abhängt. Den Idealzustand werden wir wohl als Berufstätige nicht erreichen.

DG: Könnt ihr konkrete Vorschläge oder Initiativen auf gesundheitspolitischem Gebiet nennen, die Ihr in der nächsten Zeit angehen wollt?

W. Beck: Wir werden uns auf jeden Fall verstärkt mit der Problematik Gesundheit/Umwelt beschäftigen. Konkret im Zusammenhang mit der Kernkraft: friedliche Nutzung der Kernenergie. Hier ist die Diskussion noch nicht abgeschlossen. Der gegenwärtige Diskussionsstand bei uns ist etwa der, daß unter den momentanen Bedingungen der weitere Ausbau der Kernenergie aus medizinisch-ärztlicher Sicht nicht vertreten werden kann. Im Gegenteil, bisherige Programme müssen sogar geändert werden, weil die gesundheitlichen Gefahren radioaktiver Niedrigstrahlung und die Unfallhäufigkeit bei Strahlungsunfällen noch nicht ausreichend erforscht und kontrollierbar sind.

W. v. Arnim: In Nordrhein wird sicherlich die psychiatrische Versorgung in unserem Kammerbereich, die durch mehrere Skandale in der letzten Zeit in die Öffentlichkeit gerückt ist, ein wichtiges Thema bleiben. Wir wollen versuchen, über den Ausschuß, der bei dem Präsidenten eingerichtet ist, auch die Ärztekammer mehr in die Kon-

trolle der in der Psychiatrie Arbeitenden miteinzubeziehen und auch dort auf die Pflichten der Kammer nach dem Heilberufegegesetz, nämlich die beruflichen Belange der Kammerangehörigen wahrzunehmen, aufmerksam machen.

P. Frommelt: Bei uns ist ein wichtiger Punkt im Augenblick die Frage der Dienstzeitregelung, insbesondere die Frage der Anzahl der Dienste. Und das wird auch ein Punkt sein, mit dem wir in der nächsten Zeit in die Kammer hineingehen, aber verstärkt als bisher.



W. Beck: „Wir sind nicht Leute, die mit roten Fahnen hereinkommen.“

W. Beck: Vom 14.–18. Mai findet in Westberlin sowohl der Deutsche Ärztetag als auch alternativ dazu der Gesundheitstag statt. Wir beabsichtigen, auf dem Ärztetag präsent zu sein, also zumindest 2 Delegierte dorthin zu entsenden, als auch auf dem Gesundheitstag mit Beiträgen vertreten zu sein. Wir wollen dort insbesondere die Position einer kritischen Medizin vertreten.

ten, Stellung nehmen zu den gesundheitspolitischen Programmen der Ärzteschaft, zur Standespolitik und Alternativen dazu aufzeigen.

DG: Wagen die Kollegen aus Hessen eine Prognose für die nächsten Landesärztekammerwahlen im Juni diesen Jahres?

E. Girth: 4 zusätzliche Delegierte!

DG: Wir danken Euch für dieses Gespräch.

Letzte Meldung: Auf der letzten Delegiertenversammlung der LÄK Hessen vom 1. 3. '80 wurden wiederum keine Vertreter der „Liste demokratischer Ärzte“ zum Ärztetag delegiert!

Wie erstelle ich eine Liste zu den Kammerwahlen?

Vorschläge der Listenvertreter

1. An den örtlichen BgÄ wenden oder, falls es den nicht gibt, an die Kreisverwaltung der ÖTV, um zu erfahren, welcher Kollege Mitglied ist
2. Adressen von alten Studienfreunden und Arbeitskollegen sammeln
3. Mindestens 1 Jahr vor den Wahlen bei der Bezirks- oder Landesärztekammer die Wahlordnung beschaffen
4. kleine Wahlplattform erstellen
5. Möglichst große Unterstützerliste aufstellen, mit der Kollegen durch ihre Unterschrift der Kandidatur der Liste zustimmen





Foto: Jean Guyaud

Heilung mit dem Griff ins Säckel

Der belgische Ärztestreik

Der belgische Ärzte-Konflikt ist nur vorläufig zu Ende – geblieben ist die kranke Struktur des belgischen Gesundheitswesen, das Defizit der Krankenversicherungen. Nur die Patienten zahlen jetzt mehr.

Drohender Bankrott der Sozialversicherung

Die „Kosten“-Explosion im Gesundheitswesen war auch in Belgien lange schon sichtbar; doch erst der sich abzeichnende Bankrott der gesamten Sozialversicherung, die immer kritischere Lage des belgischen Staatshaushalts führten – vor einem Jahr und nach 6 Monaten Regierungskrise – zur Ankündigung eines Spar-„Programmgesetzes“, das auch die staatlich subventionierten Defizite im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung vermindern sollte. Im November '79 legte die Regierung ein erstes Paket von „Sofortmaßnahmen“ vor, mit dem rund ein Drittel der angestrebten Einsparung von umgerechnet einer Milliarde DM jährlich erreicht werden sollte: Erhöhung der Eigenbeiträge bei Arztbesuch und Medikamentenkauf der Patienten; verschärfte Kontrolle der Gruppen (Witwen, Pensionierte, Invaliden, Waise), die wegen „Bedürftigkeit“ bisher von Eigenbeiträgen befreit sind; Änderungen bei den Invalidenrenten; schließlich auch: Neuordnung der Erstattungstarife für „gewisse“ ärztliche Leistungen sowie eine doppelte Kontrolle gegen den Überkonsum von Medikamenten und ärztlichen und klinischen Dienstleistungen, wobei jeder Patient eine Art Gesundheitspaß erhalten sollte, in dem alle Verschreibungen von klinischen Leistungen (z. B. Laboruntersuchungen, Strahlenbehandlung) und von Arzneimitteln verzeichnet würden, sowie die Einrichtung einer Art Kontrollkommission, die den Umsatz an Verschreibungen bei Ärzten, Apothekern, klinischen Heil- und Hilfsfunktionen einsehen sollte.

Die drei letztgenannten Maßnahmen riefen sofort den Widerstand der ärztlichen Standesverbände hervor.

Die Regierungsvorlage lag kaum vor, da brief der Klinikbesitzer und Vorsitzende des „Verbandes der zusammengeschlossenen Ärztekammern Wynen“ die erste Protestsitzung der Ärzte ein. Wynen: „Die Regierung legt uns einen Text vor, von dem sie weiß, daß wir nicht einmal darüber reden würden.“ Die Standesvertreter wollten eine spektakuläre Konfrontation, so daß Verhandlungen zwischen dem 3. und 19. Dezember '79 von vornherein aussichtslos waren.

Unfeine Praktiken

Die Aktion der Standessyndikate begann am 21. Dezember letzten Jahres und kam zuerst nur zögernd in Gang, obwohl Wynen behauptete, die Mehrheit der (rund 20 000) belgischen Ärzte hinter sich zu haben; zur „Generalversammlung“ am 21.12. kamen immerhin rund 5 000 nach Brüssel – doch nicht alle von ihnen waren damit auch „Wynenisten“: aus einer Vielzahl von Gründen besteht im gesamten Gesundheitsbereich große Unzufriedenheit hinsichtlich der administrativen politischen Regelungen; aus mindestens ebenso vielen Gründen bestand jedoch von Anfang an auch beträchtlicher Widerwillen gegen die Wynen-Aktion. Im Verlauf der Aktion nahmen bis Mitte Januar landesweit rund ein Drittel der Ärzte, fast die Hälfte der Zahnärzte und etwa ein Viertel der Apotheker teil, indem sie wenigstens offiziell zumachten. Dabei gab es große regionale

Unterschiede, in Flandern lag die Beteiligung wesentlich niedriger, in der Hauptstadtregion Brüssel, Bollwerk der Wynen-Organisation, sehr viel höher. Viele der offiziell ausständigen Ständischen standen jedoch zumindest ihren Klienten für Hausbesuche zur Verfügung, ließen auch das „Initiativkomitee zur Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung“ wissen, daß sie für Patienten in Notlage zur Verfügung stünden, aber nicht auf die Liste der dienstbereiten Kollegen gesetzt werden möchten. Auf dieser Liste des „Initiativkomitees“, das über einen Wachdienst Hilfesuchenden die Adressen arbeitsbereiter Ärzte vermittelte, standen schließlich über 3 000 Namen.

Um seiner Aktion zum Erfolg zu verhelfen, wandte Wynen schließlich Methoden an, die Kollegen wie Öffentlichkeit gründlich aufbrachten: dienstbereite Ärzte wurden mit falschen Anrufern vor allem nachts eingedeckt, oder am Telefon wüst beschimpft, es gab durchstochene Autoreifen und geöffneten Apotheken wurden die Scheiben eingeworfen. Die Wynen-Strategie bestand zuerst darin, alle Klienten, auch wenn sie nur einen Schnupfen hätten, gleich ins Krankenhaus zu überweisen; und für die Unterschrift auf dem besonders dafür gedruckten Überweisungszettel ein „freies“ Honorar von 1000 belgischen Franken (rund DM 60,-) zu kassieren. So sollten die dienstbereiten nichtprivaten Krankenhäuser überfüllt werden. Das gelang jedoch nicht einmal in der Wynen-Hochburg Brüssel. Dennoch organisierten die „Wynenisten“ in der zweiten Januarwoche einen spektakulären Transport bettlägeriger Patienten von Brüssel nach Lüttich mit zwei Dutzend Autos – angeblich wegen Überfüllung einer Brüsseler Klinik: ein illegales, wenn nicht gar kriminelles Unternehmen, wogegen der Standes-, Or-

den" eigentlich hätte einschreiten müssen (was er bis heute nicht getan hat).

29 Tage schließlich hielt der Ausstand an, da nahm Wynen eine mindere Regierungskrise zum Anlaß, gerade zur Zeit des „Höhepunktes“ des Streiks, diesen plötzlich abzublasen. Der Grund zum Abbruch war jedoch nicht im Streikerfolg zu sehen, sondern vor allem in der zunehmenden Kritik an den Praktiken der Ärzte. Einige Hundert Ärzte hatten sich zu einem Extraurlaub in die Schweiz begeben. Eine weitere Hundertschaft hatte sich spektakulär in ein „Feldlager“ im Aachener Nobelhotel „Quellenhof“ zurückgezogen, um einer angeblich drohenden Dienstverpflichtung zu entgehen. Statt der von Wynen beschworenen Gefahr für die „Freiheit“ von Ärzten und Patienten, die durch die Regierungsvorlage drohte, interessierte sich die aufgebrachte Öffentlichkeit immer mehr für faule Honorarpraktiken, Verflzung zwischen Ärzten und Laborunternehmen und dem Mißbrauch der ärztlichen Standesorganisationen als Hilfsorgane der Syndikate. Und nicht zuletzt der Niedergang der bedingungslosen Ärztegefolgschaft hinter den Zielen der Standesorganisationen auf dem Rücken der Patienten und Versicherten veranlaßte die Standesorganisationen zur Streikaufgabe am 18. Januar 1980. Jetzt begab man sich wieder lieber in die diversen vor den Augen der Öffentlichkeit verschlossenen Ausschüsse und Arbeitsgruppen, um dort seine Forderungen gegenüber Versicherten und Regierung durchzusetzen. Dazu muß man einiges über das belgische Versicherungswesen und Gesundheitswesen wissen.

Exkurs in das belgische Versicherungswesen

Ärztliche Honorare und klinische Dienstleistungen unterliegen in Belgien der „freien Vereinbarung mit dem Klienten“. Nach den Standesregeln des „Ordre de médecins“ sind sogar allgemein verpflichtende Honorsätze unzulässig. Honorarabsprachen über Standesorganisationen sind damit unzulässig. Jeder einzelne Arzt kann sich jedoch zwecks Honorarfestsetzung durch einen Zusammenschluß, sogenannte „Syndikate“, juristisch vertreten lassen. Gegenstand der Absprache mit den Krankenkassen ist dann aber immer noch nicht das wirkliche Honorar, sondern nur ein fiktiver Teil. Dieser fiktive Teil wird mit den Krankenkassen ausgehandelt und entspricht dem Anteil, wieviel sie für eine Leistung in der „Nomenklatur“ von 7 800 Posten an ihre Mitglieder erstatten. Der Rest zum vollen tatsächlichen Honorar ist wiederum ins Gutdünken des Arztes gestellt. In einem weiteren Vertrag zwischen Syndikat und Krankenkassen verpflichtet sich der einzelne Arzt, einen gewissen Höchstbetrag für diese Teilzeit der Sprechstunde nicht zu überschreiten; der Patient hat diesen Betrag praktisch als „Eigenbeteiligung“ zu bezahlen.

Für Apotheker ist die Abrechnung einfacher, da die Arzneimittelpreise für den Endverbraucher festgelegt sind. Die vom Patienten zu leistende „Eigenbeteiligung“ ergibt sich als feststehender Rest zwischen Kassenerstattung und Verkaufspreis.

Bei diesen Verhandlungen sind die 137 Krankenkassen im kleinen Belgien gegenüber den geschlossen auftretenden Syndikaten (Ärzte, Zahnärzte und Apotheker) in einer schwachen Position, auch wenn die meisten von ihnen an einen der großen Verbände angeschlossen sind, als „sozialistische“, „christliche“ oder „liberale“ Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit.

Die öffentlich-rechtliche Reichsversicherungsanstalt für Krankheit und Invalidität (RIZIV/INAMI), in der schließlich die Regierung vertreten ist, muß nun aus gesetzlicher Verpflichtung eventuelle Verluste der angeschlossenen Kassen decken. So daß also von dieser Anstalt – und damit von den Finanz- und Sozialministern – tatsächlich die Verhandlungsvorlagen mit den Ärztesyndikaten, Apotheker- und Zahnärztekörpern kommen.

Der ausgehandelte „Kompromiß“

Reichlich Platz also für Verbändevertreter und allerlei Experten in einem Karnickelbau von Ausschüssen und Arbeitsgruppen. Dort wurde dann auch Ende März ein Kompromiß ausgehandelt, in dem die Interessen der eigentlichen Konfliktparteien, Regierung und ständische Syndikate, gewahrt bleiben: es wird keinen Gesundheitspaß geben, der dem Patienten mehr – oder überhaupt – Einsicht und Überblick erlauben würde darüber, was mit ihm passiert; Wynen und die Seinen hatten das als das Ende der freien Arztwahl und das Ende der Freiheit der Patienten bezeichnet. Auch die Kontrolle über Verordnungs- und Überweisungsumsätze wird, wenn überhaupt, nur durch die Standesorganisationen selbst eingerichtet; von den Ständischen war dies als Ende der Freiheit in der Wahl der Therapie verteufelt worden. Schließlich werden tatsächlich eine Reihe von klinischen Tarifen gekürzt – aber das geht, oh Wunder, vor allem zu Lasten der Krankenhausträger (die im Gegensatz zu den Bedingungen in der Bundesrepublik hier keine starke Verhandlungsposition haben): so wird z. B. die Erstattung für Nierodialyse kräftig vermindert – und der „Eigenbeitrag“ des Patienten



„Der zurückgetretene christdemokratische belgische Regierungschef Martens im Duell mit dem Standesführer Wynen“. (Leicht abgeänderte Karikatur aus „de rode vaan“.)



Der Streikführer und Standespolitiker Dr. Wynen auf der Versammlung der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker am 15. 2. 79 in Brüssel.

Foto: J. Guyaud

ten dafür um 25 % erhöht. Insgesamt werden die Erstattungssätze der Kassen an die Ärzte um 5,2 % erhöht, die „Eigenbeiträge“ der Patienten, für Beratung, Behandlung wie Arzneimittel, im Schnitt um 15 %. Für eine Reihe von Arzneimitteln wird der Erstattungssatz drastisch zugeschlagen oder fällt ganz weg – letzteres gilt für die meisten Zubereitungen der Apotheker, die damit im Endeffekt nur noch Verteiler der Pharma-Industrie bleiben: Zubereitung kleinerer als der industriell verpackten Mengen, von Generics und Apothekenspezialitäten stellte bisher – und sicher unter Bedingung einer Mindeststättung – eine preisgünstige Alternative dar; wenn die Verbraucher den vollen Preis bezahlen müssen, ist das für sie wie für die Apotheker nicht mehr interessant.

Durch die Erhöhung der Eigenbeiträge, die verschärfte Kontrolle der „Bedürftigkeit“ benachteiligter Gruppen und Änderungen in der Invaliditätsversicherung kommt der Finanzminister auf seine Spar-Kosten; parallel dazu hat die Regierung Beitragserhöhungen für bestimmte Gruppen der Kranken- und Invaliditätsversicherten im „Programmgesetz“ vorgesehen. Mit dem Wegfall einer wirksamen Umsatzkontrolle fällt freilich auch der erste Ansatz zu einer möglichen Kontrolle der Steuerhinterziehung – wenn auch die Regierung immer steif und fest behauptet hatte, dabei ginge es nur um die Vermeidung von Doppel- und Überkonsum von Pharmaprodukten und klinischen Dienstleistungen. Aber die Standesvertreter haben dies schon richtig erkannt, als sie das als Gefährdung ihrer Freiheit erkannten. Immerhin wäre damit zum ersten Mal eine Grundlage geschaffen, überhaupt eine zuverlässige Einsicht in die Praxisumsätze – und damit in die von kundiger Seite auf gut 40 % geschätzte Steuerhinterziehung dieser Gruppe der freien Berufe zu erhalten.

War der Ausstand der Ständesyndikate also doch ein Erfolg?

vität doch nie tatsächlich geprüft worden – noch nicht einmal Wynen und Brabanter rücken Zahlen über die Mitgliedschaft heraus. Deutlich allerdings ist der Rückhalt, den sie in den offiziellen Standesvertretungen (Kammern) haben, die nicht eindeutig gegen Verstöße gegen Standesregeln – z. B. die organisierte Absprache, belegt durch die besonderen Krankenhausüberweisungszettel, und die patientengefährdenden Überweisungs- und Transportunternehmen – vorgegangen sind. Mittlerweile wurde die erste gewichtige Forderung, z. B. seitens der flämischen Sozialdemokraten im Parlament, nach Auflösung des Mediziner-Ordens laut.

Das „Initiativkomitee“ als neue Organisation

Das „Initiativkomitee“ hat sich inzwischen als eine neue Organisation auch formell konstituiert, aber es will nicht Standesvertretung sein, sondern alle Gruppen der im Gesundheitswesen Beschäftigten umfassen. Und es will zudem nicht Tarifvertragspartner werden, sondern Gesprächspartner und Interessenvertretung für eine Reform des Gesundheitswesens, weg von der Übermacht der chemischen und „Schwermaschinen-Industrie“ im Umgang mit Kranken, Stärkung und Erweiterung der Versorgung an der „ersten Linie“, d. h. im Bereich der ärztlichen, sozialen und psychologischen Arbeit für die Patienten in deren eigenem Lebensbereich. Aus ihrer Sicht würde dies die gesamten Kosten im Gesundheitswesen tendenziell vermindern; und damit sogar auch kurzfristigeren Interessen von Finanzministern und Kassenverbänden an einer Verminderung der Defizite entgegenkommen. Aber als Verhandlungspartei wollen sie durchaus auch auf eine Umstrukturierung der Tarifsysteme hinarbeiten, so daß Ärzte z. B. nicht aus materiellen Gründen gezwungen werden, Verschreibungen und kostenintensive Einzelfunktionen zu maximieren, sondern schlicht und einfach Zeit für ihre Patienten bekommen.

Heimo Claasen (Brüssel)
Neue-Korrespondent



KONGRESSBERICHTE

Therapieverbände – wohin?

Bericht vom DGVT/GwG-Kongreß für klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin 18.—22. 2. 1980

Es war der erste gemeinsame Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) und der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächstherapie (GwG). — Ein Novum auf der „Therapieszene“, die sich seit den Diskussionen um das Psychotherapeutengesetz und den daraus folgenden Kleinkriegen um Behandlungsbezeichnung höchstens zerstrittener darstellt. Die Interessierten belohnten diesen ersten, meines Ermessens gelungenen Versuch, zu Gemeinsamkeiten zu finden, mit einer unerwartet hohen Beteiligung: Etwa 3500 Psychologen, Studenten, Psychiater, Sozialarbeiter überfüllten die Unisäle.

Die ganze Palette klinischer Psychologie und Psychotherapie wurde in Vorträgen berührt, neue Ergebnisse, Modelle und methodische Ansätze dargestellt. Schwerpunkte lagen deutlich in den Bereichen der Psychotherapieforschung, Indikationsforschung und klinisch psychologischer Diagnostik. Klaus Grawe aus Bern hat hier in einem für mich sehr wichtigen Beitrag die Einflüsse und Interessen der Indikationsstellung herausgearbeitet, wobei er (selbst)-kritisch anmerkte, daß derzeit eben nur die Verbände an der Diskussion um Indikationen beteiligt sind und die Forschung vorantreiben, die am „Kassenhonorarkuchen“ noch nicht probieren durften.

Die Vielzahl der Vorträge machte eine Entscheidung außerordentlich schwer.

Da ich selbst in einem Landeskrankenhaus arbeite, und täglich mit verschiedenen psychischen Störungen zu tun habe, habe ich versucht, die für meine Praxis wichtigen Vorträge auszusuchen. Dabei ist mir aufgefallen, daß, obwohl die meisten psychisch Kranken bei uns in Landeskrankenhäusern und Großkliniken untergebracht

sind, Referenten aus diesen, quantitativ wichtigsten Institutionen, schwer zu finden waren. Ich hatte vielmehr oft den Eindruck, daß die Probleme klinischer Psychiatrie an den „ausgesuchten“ Klienten der Uni-Kliniken der Lösung näher gebracht werden sollten. In diesem Zusammenhang fand ich es dann auch besonders schade, daß aus dem Block „Modelle der Sozialtherapie“ ausgerechnet der Vortrag „Zwang im Verhältnis Therapeut-Klient in geschlossenen Institutionen“ ausfallen mußte.

Charakteristisch für diese beiden großen Therapieverbände, und wohl auch eine Basis ihrer guten Zusammenarbeit ist die, auch in diesem Kongreß wieder deutlich gewordene Absicht, gesellschaftspolitische Zusammehänge nicht nur am Rande mitzudiskutieren, sondern auch zum Themenschwerpunkt zu machen. So entwickelten sich mit die spannendsten Kontroversen in den Blöcken „Therapeutische Arbeit mit Unterschichtklienten“ und „Psychotherapie und Gesellschaft“. Während im erstgenannten Block M. Zaumseil als eine wesentliche Konsequenz seiner Arbeit mit Unterschichtklienten ansah, die standesorientierten Therapeuten-Etikette fallen zu lassen und folgerichtig die Auflösung der Therapieverbände forderte, ging E. Bornemann noch einen Schritt weiter: Aus der Frage heraus, ob wir Leidende nicht in ihrer möglicherweise unbegründeten Überzeugung, krank zu sein, bestärken, wenn wir anbieten, ihn zu „behandeln“ oder gar zu „heilen“, entwickelte er die These von der Einstellung jeglicher Therapie.

Im Block „Gesundheitspolitik“ hielt die Podiumsdiskussion zwischen Vertretern der Therapieverbände und z.T. engagierten MdBs nicht, was ich mir versprochen hatte. Angesichts der drängenden politischen Probleme hätte ich mir einen angeregteren Schlagabtausch gewünscht. Einzig ein Vertreter der „Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie“ (DGSP) durchbrach wohltuend den akademisierenden Stehkragen-Debattenstil. Solange die Absonderung und Ausgrenzung Tausender psychisch Kranker in Großkliniken bei uns immer noch tagtägliche Praxis ist, sollten Samthandschuhe im Umgang mit den verantwortlichen Politikern an der Garderobe abgegeben werden.

Ulli Raupp

Gruppenpraxis-Treff in Ulm

Vom 8.–10. 2. '80 trafen sich im Sozialpsychologischen Zentrum Ulm ca. 300 Kollegen und Kommilitonen, um Erfahrungen und Vorstellungen zum Thema Gruppenpraxis auszutauschen.

Schwerpunkt dieses Treff war die Arbeit der schon bestehenden Gruppenpraxen in Pfungstadt, Heidelberg, Frankfurt in der Böttgerstraße und anderswo. Schwerpunkt war damit auch das Unbehagen über die eigenen Möglichkeiten bzw. Unmöglichkeiten, in der ambulanten Versorgung zu arbeiten und dort auch nur einige wenige Ansätze einer patientengerechteren Medizin zu verwirklichen.

Der Erfahrungsaustausch der Mitglieder der bereits arbeitenden Gruppenpraxen und Gesundheitszentren konzentrierte sich auf Punkte wie:

Zusammenarbeit von Psychologen, Sozialarbeitern, sog. medizinischen Hilfsberufen und Ärzten in der Praxis;

organisatorische, finanzielle und juristische Strukturen mit ihren Rückwirkungen auf die tägliche Arbeit;

Zusammenarbeit mit ortsansässigen Gruppen und Initiativen (Stadtteilarbeit);

Alternativen zur Schulmedizin.

Parallel zu dieser Arbeit in den „A-Gruppen“ fand sich die Mehrzahl der Teilnehmer in „B-Gruppen“ zusammen, in denen Pläne, Ideen und Schwierigkeiten der Leute, die ein solches Projekt planen oder sich dafür interessieren, besprochen wurden.

Diese Diskussion war wohl notwendig abstrakter. Die wesentlichsten Punkte betraten die Entwicklungsmöglichkeiten der Medizin in der ambulanten Versorgung, Ansätze von interdisziplinärer Zusammenarbeit und deren Hierarchieprobleme, politisches Selbstverständnis von Gruppenpraxen.

Die Gesamttagung war wegen der Vielfältigkeit und Lebendigkeit der einzelnen Arbeitskreise kaum überschaubar. Ein wichtiger Eindruck war, daß sehr viel mehr Kollegen als erwartet ihr Unbehagen am herrschenden Medizinbetrieb äußerten und Alternativen zur ambulanten Versorgung anstreben. Der Eindruck, „es tut sich was“ und es macht darüber hinaus Spaß, sich mit seinen Arbeitsbedingungen auseinanderzusetzen, machte Mut.

Bei dem Versuch einer politischen Einschätzung der Modelle der fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen (Thema einer B-Arbeitsgruppe), die sich zum überwiegenden Teil über Krankenscheine finanziieren müssen und in denen Psychologen und Sozialarbeiter von den Ärzten mitfinanziert werden, war diese privatwirtschaftliche Basis der Praxen oft Dreh- und Angelpunkt.

Zum einen der Standpunkt, daß die negativen Aspekte der privaten Finanzierung durch den Wegfall der Repression der öffentlichen und privaten Träger ausgeglichen wird.

Zum anderen: Veränderung der Therapie durch die Honorierung von Einzelleistungen, finanzielle und persönliche Belastungen der Gruppenmitglieder durch notwendige Kreditaufnahmen, Schwierigkeiten bei der Durchführung von stadtteilbezogener und prophylaktischer Arbeit, da diese durch andere Arbeitsbereiche mitfinanziert werden müssen.

Aus dieser Diskussion der Bedingungen für die Arbeit in Gruppenpraxen heraus wurde kein einheitliches Konzept den Standesvertretern oder politischen Mandaträgern gegenüber entwickelt. Vereinbart wurden eine stärkere informelle Zusammenarbeit und weitere Treffs in 1/2- oder jährlichen Abständen. Ein nächster Schritt zur weiteren Diskussion von Alternativen zur ambulanten Versorgung wird der „Gesundheitstag“ im Mai in Berlin sein, wo Ergebnisse und Erfahrung von Gruppenpraxenarbeit und von diesem Ulmer Wochenende eingebracht werden sollen.

Albert Grote, Christoph Sasse (Dortmund)

Asbest-Fachtagung der Berufsgenossenschaften

Am 6./7.3.80 führte der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, die Dachorganisation der Unfallversicherungsträger, eine Fachtagung mit dem Thema: ASBEST – Gesundheitsgefahren, Schutzmaßnahmen, Verwendungsbeschränkungen, Ersatzstoffe durch.

Obwohl Asbest seit mehr als 100 Jahren in zahlreichen Industriezweigen verwendet wird, wurde die Asbestlungenfibrose 1907 und durch Asbest verursachte Bauchfellmesotheliom erst 1954 sicher nachgewiesen. Bis in das Jahr 1952 dauerte es, ehe die Asbestose als Berufserkrankung anerkannt wurde. Neben den beiden genannten Krankheitsbildern verursacht Asbest den Asbestlungenkrebs und das Pleuramesotheliom. Von 6582 erstmals entschädigten Berufskrankheiten entfielen im Jahr 1978 115 = 1,7% auf asbestbedingte Erkrankungen, 1950 waren 5 Fälle entschädigt worden. Die mittleren Zeiten der Exposition liegen für die asbestbedingten Erkrankungen zwischen 14 und 16 Jahren, im Einzelfall kann die Zeit jedoch erheblich darunter liegen. Diese langen Expositionszeiten spielen sicher eine Rolle bei der erheblichen Dunkelziffer nicht diagnostizierter Asbesterkrankungen.

KONGRESSBERICHTE

Die heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Hypothese einer linearen Dosis-Häufigkeitsbeziehung zwischen aufgenommener Asbeststaubdosis und entsprechender Häufigkeit asbestbedingter Erkrankungen, besonders Tumoren weisen auf die besondere Bedeutung von Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz hin. Die Berufsgenossenschaften haben deshalb besondere Vorsorgeuntersuchungen und Erfassungsprogramm organisiert. Mit der Unfallverhütungsvorschrift „Schutz gegen gesundheitsgefährlichen mineralischen Staub“ (VBG 119) wurden 1973 die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen für die asbestverarbeitenden Betriebe zwingend vorgeschrieben. Gleichzeitig begann die Suche nach Ersatzstoffen; asbestfreie anorganische und organische Faserstoffe sind mittlerweile längst im Handel, jedoch verhindern vor allem wirtschaftliche Erwägungen häufig deren volllen Einsatz an Stelle des Asbest. Die Tagung der Berufsgenossenschaften mit einigen hundert Teilnehmern gab wichtige Impulse, um den Schutz der Arbeiter vor asbestbedingten Erkrankungen zu verbessern.

Vorausgegangen waren dieser Tagung massive Forderungen des DGB und der Versicherten in der Mitgliederversammlung des Hauptverbandes der Berufsgenossenschaften nach besserer Aufklärung der Asbestarbeiter und verstärkter berufsgenossenschaftlicher Aktivität gegen Asbesterkrankungen. So forderte der DGB:

- Ersatz von Asbest durch ungefährliche oder weniger gefährliche Stoffe;
- Verbot der Anwendung, wenn gesundheitliche Risiken nicht ausgeschlossen werden können;
- Erfassung aller Arbeiter, die der Einwirkung von Asbest unterliegen.

„Der gewerkschaftliche Druck im allgemeinen politischen Raum und innerhalb der Selbstverwaltung der Berufsgenossenschaften hat inzwischen gewisse Früchte getragen. Im Beschleunigungsverfahren wurde das besonders gefährliche Verspritzen von Asbest zu Isolierzwecken verboten. . . Staat und Berufsgenossenschaften müssen deswegen dem Druck der betroffenen Industrie widerstehen und zeigen, daß wirtschaftliches Handeln nicht zur Zerstörung von Leben und Gesundheit der Arbeitnehmer und der gesamten Bevölkerung führen darf“, hieß es in der DGB-Zeitschrift SOZIALE SICHERHEIT vor dem Asbest-Kongreß.

Erholung Umfassende und preiswerte Kurbehandlung
in den tschechoslowakischen Heilbädern

Vorsorge

Joachimsthal, Priestany, Karlsbad,
Franzensbad, Marienbad

und in vielen weiteren Kurorten vermittelt:

Kur- und Reisedienst Lieselotte Schmidt
Am Steinernen Kreuz 9 – 6230 Frankfurt/M. 80
Telefon (0611) 395565 (9–15 Uhr)

In unseren günstigen Pauschalpreisen sind inbegriffen:
ärztliche Behandlung, alle erforderlichen Laboruntersuchungen, alle vom Arzt verordneten Anwendungen, Unterkunft im Sanatorium, Vollpension (mit Diätawahl) sowie Kurtaxe und Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen.

Therapie Prospektmaterial mit Information, welche Krankheiten
in den Kurorten behandelt werden, können bei
uns angefordert werden.

Wiederherstellung

Werbung & Wahrheit

Bis zu 50 % Gewinnsteigerung gegenüber dem Vorjahr, großzügig bemessene Dividenden an die Aktionäre haben die Pharmaindustrie in Mißkredit gebracht. Gleichzeitig wird über den Arzneimittelhöchstbetrag, der Ausgabensteigerungen für Medikamente begrenzen soll, verhandelt; Negativlisten sind im Gespräch; der Bundesverband der Ortskrankenkassen denkt laut über eine öffentliche Kontrolle der Pharmaforschung nach. Hier holt der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie zum Gegenschlag aus. Unter dem Motto „Pharmaforschung ist teuer, aber ein Menschenleben ist unbezahlbar“ veröffentlicht er mehrseitige Anzeigenserien in bundesdeutschen Magazinen, Apotheken und Ärztezeitschriften. Sie erinnern an ähnliche Anzeigen der Ölkonzerne, mit denen diese ihre Mammutgewinne rechtfertigen. Mit diesen Anzeigen soll nichts verkauft werden, der Öffentlichkeit soll suggeriert werden: wir brauchen so hohe Profite im Interesse aller.

1.5 Mrd. DM habe die deutsche pharmazeutische Industrie für die Forschung ausgegeben. Mindestens genauso viel wert war ihr übrigens die Herstellung von Ärztemustern. Was wird nun mit diesem Geld erreicht? Wirft man einen Blick in die Broschüre „Arzneimittelforschung in Deutschland“, die der Pharmaverband zusätzlich an alle Interessierten verschickt, so sieht man gleich, wohin der Hase läuft: „Der Organismus des Menschen und damit auch die Möglichkeiten seiner Erkrankung sind außerordentlich komplex. Man unterscheidet in der Medizin etwa 30000 verschiedene Krankheitsbilder (nach WHO), von denen schätzungsweise erst ein Drittel medikamentös behandelbar sind. Hier liegt noch ein breites Betätigungsfeld für die Forschung der Pharmaindustrie.“ Für jede Krankheit eine Pille – und die Pharmaforschung hat ihr Ziel erreicht: Krankheit wird zum Medikamentenmangelzustand. Ausgeklammert bleibt die Tatsache, daß bedeutende Veränderungen in der Krankheitshäufigkeit und Lebenserwartung durch Arzneimittel allein nicht erreicht wurden. Selbst der scheinbare Sieg über die Tuberkulose und andere Infektionskrankheiten hat im Wesentlichen seine Gründe in der Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen.



Aus einer Broschüre des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie, die an alle Apotheken verteilt wurde.

Die Pharmaforschung bescherte uns eine Vielzahl kaum unterschiedlicher Medikamente – allein für das Beruhigungsmittel Valium gibt es etwa 180 vergleichbare Präparate. Der Pharmamarkt wurde mit für eine rationale Therapie unerwünschten Kombinationspräparaten überschwemmt. Angesichts der WHO-Liste, die 100 Medikamente für unentbehrlich hält, wird das Argument, daß „von 1017 neuen Arzneistoffen, die nach 1960 entwickelt und in die Therapie neu eingeführt wurden, 95,5 % aus Ländern mit marktwirtschaftlicher Ordnung“ kamen, zum Bumerang. Echte Bereicherungen der Therapie blieben selten.

Hier soll nicht der blinden Rückkehr zur Naturmedizin das Wort geredet werden. Die Erfolge der präventiven Medizin durch Impfungen z.B. sind unbestritten. Auch die Entwicklung der Antibiotika bedeutete sicherlich einen Durchbruch. Jetzt zeigen sich aber auch die Gefahren. Nicht beherrschbare Entzündungen durch widerstandsfähige Keime gehören mit zur ganzen Wahrheit um den „therapeutischen Fortschritt“. Bedenkenlose Anwendung und mangelhafte Kenntnisse sind Mitursache dieser Entwicklung. Auch vermodern

In 12 Jahren passt er in Vaters Schuhe.
So lange braucht ein heute entdecktes
Medikament vom Forschungslabor
bis in die ärztliche Praxis.

Olivier ist nicht krank, zum Glück. Aber wir Menschen können nicht in die Zukunft schauen. Wir wissen nicht, was morgen passiert. Das aber ist sicher: Es gibt noch zu viele Krankheiten, die nicht behandelt werden können. Krankheiten, von denen wir nur einiges wissen, gegen die es aber noch kein wirksames Medikament gibt.

Deshalb sind neue Arzneimittel Ts' unserer Zukunft. Darum rufen wir stetig und gezielt:

Die Entwicklung „x“x Irgendwo eines neuen Arzneimittels dauert 12 Jahre. Und mehr. Pünktliches Jahr, bis es die Horden der Zulassung auswandern hat und der Arzt das Arzneimittel kennt. Das sind im Durchschnitt 12 Jahre.

Von 1017 neuen Arzneistoffen, die nach 1960 entwickelt und in die Therapie eingeführt wurden, kennen 95,5% aus Ländern mit marktwirtschaftlicher Ordnung, mehr als 60% stammen aus den USA, aus Frankreich und aus der Bundesrepublik Deutschland Weltmarktführer der Forschungsförderung.

1,5 Milliarden Mark hat die deutsche Pharma-Industrie 1978 für Forschung und Entwicklung ausgewandert. Für Medikamente von morgen. Für unsere Kinder.

Pharma-Forschung ist teuer.
Aber ein Menschenleben ist unbezahlbar.

jährlich Medikamente für viele Millionen DM in den Arzneischränken. Doch dies ist nicht Gegenstand der Pharmaforschung – Hauptsache, das Medikamentenkarussell dreht sich.

Nachdenklich stimmt auch, wenn durch die Verordnung von Medikamenten eine angemessene Therapie unterbleibt, weil die Anwendung von Arzneimitteln billiger erscheint. „Durch den Einsatz von Psychopharmaka zur Behandlung von psychischen Erkrankungen durch die niedergelassenen Ärzte wurde 1972 in der Bundesrepublik Deutschland ein volkswirtschaftlicher Nutzen von 1,8 Mrd. DM dadurch erzielt, daß auf die Anwendung zeitlich und damit finanziell aufwendiger Behandlungsmethoden verzichtet werden konnte.“

Fazit unserer vorläufigen Kritik: trotz aller Beteuerungen wird die Pharmaforschung von marktwirtschaftlichen Prinzipien bestimmt – sie dient letztlich der Konkurrenzfähigkeit des forschenden Unternehmens. Bezahlt wird die Rechnung von den Verbrauchern und da im wesentlichen von den Gesetzlichen Krankenkassen. Pharmaforschung ist teuer – die Medikamente sind umso teurer.

Negativisten-Nein – Positivisten-Ja!

von Ingeborg Simon, Apothekerin

Am 1. Juli 1977 trat das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz (KVKG) in Kraft. Dieses Spargesetz – von Minister Ehrenberg mit dem Ziel eingebracht, die rasante Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu „dämpfen“, brachte im Arzneimittelbereich drei einschneidende Verschlechterungen für die Krankenkassenpatienten:

- die Einführung einer Rezeptgebühr von 1,- DM pro verordneter Arznei und die Einbeziehung aller Rentner in diese Gebührenpflicht (§ 1 Abs. 7 KVKG)
- die jährliche Festlegung eines Arzneimittelhöchstbetrages, der die Ärzte zu einer mengenmäßigen Einschränkung ihrer Verordnungstätigkeit zwingen soll (§ 1 Abs. 33 e KVKG)
- die Herausnahme solcher Arzneimittel (gruppen) aus dem Leistungskatalog der GKV, die der Beseitigung „geringfügiger Gesundheitsstörungen“ dienen (§ 1 Abs. 38 KVKG)

Während die beiden ersten Maßnahmen 1977/78 realisiert wurden, steht die Verwirklichung der letzten wegen zahlreicher Schwierigkeiten noch aus. Bis heute ist es nämlich dem, mit der praktischen Umsetzung beauftragten Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen nicht gelungen, zu entscheiden, welche Arzneimittel (gruppen), die bisher bei „geringfügigen Gesundheitsstörungen“ ärztlich verordnet werden konnten, in Zukunft nicht mehr zu Lasten der GKV verordnet werden dürfen. Schon vor der Verabschiedung des KVKG begann eine heiße Diskussion um die Frage: Was sind eigentlich „geringfügige Gesundheitsstörungen“?

Diese Frage hat bisher niemand befriedigend beantworten können. Klar ist z.Z. nur, daß Arzneimittel gegen „geringfügige Gesundheitsstörungen“ „Bagatellarzneimittel“ heißen und daß ihre Zusammenfassung zu „Negativisten“ führt. Eine weitere Konkretisierung: ist Aspirin ein „Bagatellarzneimittel“ oder ist Husten eine „geringfügige Gesundheitsstörung“ gelang zunächst nicht. Hier kann auf die bisherige Geschichte der „Negativisten“ nicht im einzelnen eingegangen werden, nur noch soviel zu ihrem gegenwärtigen Schicksal: Am 31. Oktober 1979!! verabschiedete der Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen eine „Negativliste“ mit ca. 300 Medikamenten aus verschiedenen Indikationsbereichen. Ehrenberg verweigerte ihr am 20. 2. 80 seine Zustimmung – aus rechtlichen und formalen Gründen. Er forderte den Ausschuß auf, sich nochmal mit 2 Modellen von „Negativisten“ zu befassen. Im einen Modell soll die „Negativliste“ alle die Mittel erfassen, für die nach einer Übergangsfrist von einem Jahr noch Publikumswerbung betrieben wird (dieser Vorschlag stammt von der Pharmaindustrie). Das andere Modell sieht eine Auflistung nicht mehr erstattungsfähiger Arzneimittel nach Indikationen vor. Der Minister nennt Schlaf-, Schnupfen-, Abführmittel, Medikamente gegen Durchfall, zu niedrigen Blutdruck, Venenmittel, Mund- und Rachendesinfizienzen. Gleichzeitig läßt er durchblicken, daß er für die nächste Legislaturperiode eine Gesetzesänderung plant, wenn der Ausschuß nicht bald eine befrie-



digende „Negativliste“ verabschiedet. Scheint das auch schon fast ein Grabgesang auf die „Negativliste“ zu sein, so lohnt es sich dennoch, sie zu kommentieren. „Negativisten“ und „Bagatellarzneimittel“ sind nämlich nur die jederzeit austauschbaren Varianten aktueller Bestrebungen in der Arzneimittelpolitik der BRD, die dazu dienen sollen:

1. den Mitgliedern der GKV eine höhere Selbstbeteiligung an den Krankheitskosten aufzubürden und
 2. stärkeren Einfluß auf die Verordnungstätigkeit der Ärzte zu nehmen.
- ad 1. Mit dem Vorschlag der „Negativliste“ hat Ehrenberg die Pharmaindustrie, die Standesorganisationen der Ärzte und Apotheker sowie ihre politischen Vertreter in CDU und FDP ermuntert, die uralte Debatte einer stärkeren Selbstbeteiligung aller Versicherten an ihren Krankheitskosten wiederzubeleben. Zwar lehnen sowohl das Bundesarbeitsministerium als auch die SPD eine über die Krankenkassenbeiträge hinausgehende zusätzliche Kostenbeteiligung ab („Sie zerstöre das der Krankenversicherung zugrunde liegende Prinzip der Solidarität“), praktizieren aber mit der „Negativliste“, die ja die Versicherten zum Direktkauf zahlreicher Medikamente zwingt, genau das Gegenteil. Auf diesen Widerspruch hat die Pharmaindustrie zu Recht hingewiesen.

- ad 2. Die Forderung nach Erstellung einer Liste nicht erstattungswürdiger Arzneimittel – hier der „Negativliste“ – widerspiegelt das derzeitige Bemühen der Gesundheitspolitiker, Einfluß auf die ärztliche Verordnungstätigkeit zu gewinnen – in gesundheitspolitischer und ökonomischer Hinsicht¹⁾.

Und das scheint angesichts eines Überangebots von medizinisch bedenklichen, unwirksamen und überflüssigen Medikamenten zu überhöhten Preisen und ihrer massiven Propagierung durch die Werbung der Industrie dringender denn je. Wissenschaftliche Untersuchungen der ärztlichen Verordnungstätigkeit in Niedersachsen, die im Auftrag des Bundesarbeitsministeriums im 1. Halbjahr 74 durchgeführt wurden, machen das deutlich. Nur 12 der 21 meist verschriebenen Arzneimittel waren verordnungswürdig, 600 Mio DM wurden von der GKV für medizinisch bedenkliche Medikamente ausgegeben. Kann die „Negativliste“ diesen Mißständen ein Ende machen? Ehrenberg verspricht sich jährliche Einsparungen von 300 Mio DM durch „Negativisten“.

Die Auswertung der „Niedersachsenstudie“ zeigt, daß bei Beachtung einer rationalen Arzneimitteltherapie 1/3 aller Arzneimittelausgaben der GKV eingespart werden können. Das sind nicht 300 Mio DM, sondern mehr als 3 Mrd DM jährlich. Erweist sich die „Negativliste“ – wenn es ums Sparen geht – schon als unzulänglich, so wird sie gesundheitspolitisch vollends fragwürdig, wenn man ihre Auswirkungen auf die Verordnungspraxis der Ärzte untersucht. Die „Negativliste“ soll die Mittel benennen, die der Arzt nicht mehr zu Lasten der GKV verordnen darf. Sie ist also keine Zusammenstellung von überflüssigen, unwirksamen oder bedenklichen Mitteln, wie der Name „Negativliste“ vermuten läßt, daher führt sie lediglich zu einer Beschränkung des Verordnungsumfangs. In Zukunft dürfen Ärzte Kopfschmerz, Schlaf-, Abführmittel etc. nur noch in Ausnahmefällen verordnen, d.h. die Patienten müssen sich diese Mittel selbst kaufen. Abgesehen von den zusätzlichen finanziellen Belastungen der Versicherten, bedeutet das die verstärkte Selbstbehandlung von Laien („Selbstmedikation“) mit z.T. stark wirksamen Mitteln. Mehr Selbstmedikation, d.h. mehr unkontrollierter Arzneimittelverbrauch, ein weiteres Ansteigen des Arzneimittelmißbrauchs (über dessen gewaltige Ausmaße Schweigen im Lande herrscht), verspätetes Erkennen ernster Erkrankungen etc. Macht man sich diese Auswirkungen der „Negativliste“ klar, kann man nur hoffen, daß sie nie Wirklichkeit wird.

Aber was dann? Eine mögliche Alternative findet sich in den Empfehlungen der „Konzertierten Aktion“ im Gesundheitswesen vom Herbst 79. Da heißt es: „Eine gezielte, therapierechte und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit Rechnung tragende, also verantwortungsbewußte Arzneimittelverordnung durch den Arzt setzt voraus, daß dem Arzt eine im Aufbau einheitliche, umfassende Übersicht über die verordnungs-

fähigen Arzneimittel unter Berücksichtigung von Qualität und Preis an die Hand gegeben wird". Solche Listen erstattungsfähiger Medikamente existieren in Belgien, Italien, Frankreich, Österreich, Schweiz u.a. seit Jahren als „Positivlisten“. Die guten Erfahrungen, die damit gemacht wurden, beschäftigen inzwischen auch die ärztlichen Standesorganisationen bei uns.

„Positivlisten“ sind eine echte Verordnungshilfe für den Arzt, sichern dem Patienten die Verordnung wirksamer Arzneimittel und befreien die GKV von Zahlungen in Milliardenhöhe für bedenkliche, unwirksame und überflüssige Medikamente.

Die Realisierung von „Positivlisten“ wäre ein erster großer Erfolg bei dem jahrelan-

gen Bemühen fortschrittlicher Kräfte, den beherrschenden und bedrückenden Einfluß der Pharmakonzerne auf unsere Arzneimittelversorgung zurückzudrängen. Darum: „Positivlisten“!

1) vgl. Westphal, Transparenz... in 1/80 DG

Das Milliarden-Ding

Am 12. 2. 1980 entschied der Kartellsenat des Bundesgerichtshofs endgültig und rechtskräftig, daß Hoffmann LaRoche die Preise für Valium und Librium nicht senken muß (AZ KVR 3/79).

Urteilsschelte – so verständlich sie ist – wäre hier fehl am Platz; zu fragen ist vielmehr, ob das in der Bundesrepublik zur Verfügung stehende Instrumentarium – selbst bei optimaler Handhabung – überhaupt ausreichen kann, einen Pharma-Konzern an der systematischen Plünderung der Krankenversicherungskassen zu hindern.

Das Bundeskartellamt arbeitet auf der Grundlage des „Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkung“, zu seinen Aufgaben zählt das Vorgehen gegen mißbräuchliche Preisgestaltung. Die Ermittlungen gegen die Hoffmann LaRoche AG wegen der Preise für Valium und Librium begannen Anfang der 70er Jahre. Der Umsatz für sämtliche Tranquillizer der Benzodiazepin-Gruppe, zu denen die beiden Präparate gehören, betrug damals (1971) 89,7 Mio. DM, der Marktanteil für Valium und Librium lag bei 62,8 %. Das Kartellamt wies nach, daß die deutsche Tochter, die Hoffmann La Roche AG in Grenzach, der Schweizer Muttergesellschaft in Basel neben sehr hohen Lizenzgebühren für den Wirkstoff mehr als das 120fache der Herstellkosten überwies (wodurch die überhöhten Gewinne steuergünstig in der Schweiz anfielen), was immerhin noch dem 90fachen des in Italien notierten Marktpreises entsprach. Unter Akzeptierung sämtlicher anderen Posten der vorgelegten Kalkulation, wie etwa 40 % allgemeine Kosten und fast 20 % Gewinn, kam das Kartellamt 1974 durch Einsetzen eines realistischen Wirkstoffpreises in die Kalkulation zu dem Urteil, Hoffmann LaRoche müsse den Valium-Preis um 40 % senken.

Dies hätte – rechnet man die automatische Senkung der Apothekenaufschläge ein – zu einer jährlichen Ersparnis von 40 Mio. DM geführt. Doch die Hoffmann LaRoche AG kämpfte. Und sie wußte, worum es ging: Das US-amerikanische Wirtschaftsmagazin Fortune hatte einer immer verbitterteren Öffentlichkeit vorgerechnet, daß das Unternehmen von 1960 bis 1973 allein mit seinen beiden Tranquillizern weltweit 8 Mrd. Schweizer Franken Gewinn gemacht hatte, allein 1972 betrug der Reingewinn der Firma nach Abzug aller Steuern und ohne Berücksichtigung aller Bilanztricks 900 Mio. Schweizer Franken. Der juristische Kampf verlief in den folgenden Jahren in gestaffelten Schlachtreihen durch alle juristischen Instanzen: zunächst hob das Kammergericht Berlin die vom Kartellamt

verfügte sofortige Vollziehung der Preissenkung auf, denn Hoffmann LaRoche war in die Berufung gegangen. Anfang 1976 kam das Kammergericht zu dem Ergebnis, die Preise müßten um 28 % gesenkt werden. Hoffmann LaRoche ging erneut in die Berufung, diesmal vor den BGH, der die Angelegenheit an das Berliner Gericht zurückverwies. Dieses verurteilte die Firma im August 1978 zu einer Preissenkung um 24 %. Auch hiergegen wurde Berufung eingelegt, so daß der BGH nunmehr endgültig zu entscheiden hatte.

Es wurde eine große Schlacht um Zahlen und Begriffe: um die Berechtigung und Möglichkeit internationaler Preisvergleiche wurde vehement gestritten, schwankende Wechselkursparitäten lösten tiefgreifende Diskussionen aus, die Abwägung theoretische Konzepte der Abgrenzung des „relevanten Marktes“, von Marktstruktur- versus Marktergebnistest, von Als-Ob-Wettbewerb versus Vergleichsmarkt, Saldierungstheorie versus Mosaiktheorie füllten die Schriftsätze der befaßten Instanzen, die gleichzeitig noch mit Forschungszuschlag, Flennerzuschlag, Patentverletzerzuschlag, Strukturzuschlag und letztlich noch mit einem Erheblichkeitszuschlag zu hantieren hatten. Die wettbewerbsrechtliche Seite des Falles ist ganz sicher gut für etliche Dissertationen.

Nicht gut ist sie für die Versicherten, denn während der gesamten Dauer des Verfahrens flossen Jahr für Jahr – vorsichtig geschätzt – 20 Mio. DM an Extraprofiten in die Kassen des Konzerns – seit Beginn der Ermittlungen mehr als 200 Mio. DM – für zwei Präparate eines Unternehmens.

Als der BGH nunmehr endgültig zugunsten von Hoffmann LaRoche entschied, führte er vor allem vier Gründe an (die schriftliche Urteilsbegründung liegt noch nicht vor):

1. Der Marktanteil von Valium/Librium habe sich im Lauf der Zeit halbiert, er betrage (1977) nur noch 32,6 %. Allerdings bedeutet dies für Hoffmann LaRoche keine

Umsatzeinbuße: Praktisch unverändert wurden 1977 in der BRD für 58,3 Mio. DM Valium und Librium verkauft.

2. Die Preise der Konkurrenzpräparate liegen teilweise erheblich über denen von Valium und Librium.

Dabei übersieht der BGH geflissentlich, daß dies bei Abwesenheit von Preiskonkurrenz auf dem Pharma-Markt gang und gäbe ist: Nachstoßende Anbieter ähnlicher Präparate richten sich mit ihren Preisen keineswegs nach ihren Kosten, sondern nach dem gegebenen (überhöhten) Preisniveau, da Preisunterbietung nicht – oder erst nach vielen Jahren – zu erhöhtem Absatz führt.

3. Es sei zu berücksichtigen, daß die Patente für Valium und Librium 1977 bzw. 1978 ausgelaufen seien.

Gerade der Fall Valium/Librium ist aber ein guter Beweis dafür, daß das Auslaufen von Patenten auf dem Pharmamarkt ein einmal gegebenes überhöhtes Preisniveau nicht erschüttert.

4. Die Preise der als Vergleich herangezogenen Firma Centrafarm könnten nicht als Ausgangspunkt für vergleichende Preisberechnungen herangezogen werden, unter anderem deshalb, weil es in den Niederlanden seit dem 1. Januar 1977 eine Preisverordnung gibt, nach der Preiserhöhungen für pharmazeutische Artikel nur bei nachgewiesenen Kostensteigerungen vorgenommen werden dürfen.

Angesichts der geringen Möglichkeiten kartellrechtlichen Vorgehens gegen den Mißbrauch des Pharmamarktes und der äußerst zurückhaltenden Nutzung dieser Möglichkeiten wäre die Herstellung der Vergleichbarkeit mit dem niederländischen Markt in diesem Punkt sicherlich ein guter Ansatz für Kostendämpfung.

Rolf Rosenbrock, Berlin (West)

Übrigens:

Auf dem Gesundheitstag
Freitag, 14.00–17.00 Uhr
Simon, Rosenbrock, Greiser:
Aktuelle Probleme in der ambulanten Arzneimittelversorgung
Techn. Univ., HS 0107

In Memoriam

Volks- und Naturheilkunde im Nationalsozialismus

von Walter Wuttke-Groneberg

Zu den Bereichen, die derzeit verstärkt irrationalen und reaktionären „Reformen“ unterworfen werden sollen, zählt das Gesundheitswesen. Die CDU begleitet die Kostendämpfungsdebatte schon lange mit der Forderung, das technisch „Mögliche“ in der Medizin auf das „Mach“- d.h. Finanzierbare zu begrenzen. In ihrem gesundheitspolitischen Programm tritt sie für biologische und anthroposophische Medizin, Homöopathie, natur- und kräuterheilkundliche Verfahren ein.

Forderungen nach Leistungseinschränkungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und nach verstärkter direkter „Kostenbeteiligung“ der Patienten versuchen, die gesundheitspolitische Entwicklung um 100 Jahre zurückzuschrauben; wo Ihnen nicht eine geradezu mystische Bewertung des „Zahlungspfers“ für die Therapie zugrunde liegt, orientieren sie sich an Erklärungsmustern von Krankheit, die deren Ursachen zunächst und vor allem im „subjektiven Faktor“, in Unangepaßtheit und falscher individueller Lebensführung sehen und über ökonomische Zwangsmittel eine präventive Therapie einzuleiten versuchen.

Für die Einbindung außerschulischer Heilweisen in ein Programm restriktiver Maßnahmen gegenüber dem Patienten im Rahmen eines expansiven, technisch hochgetrimmten Kapitalismus gibt es eine wichtige historische Parallel: die nationalsozialistische Medizin.

Es ist bezeichnend für die Blindheit, mit der die Kostendämpfungsdiskussion geführt wird, daß dieses Beispiel weitgehend unbeachtet blieb – und dies, obgleich der faschistische Staat erhebliche Anstrengungen unternahm, um die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu bremsen oder durch Umverteilung einzelner Ausgabenbereiche Mittel für seine „Reformen“ freizusetzen.

Unter den Instrumenten nationalsozialistischer Kostendämpfungspolitik wurden vor allem die Maßnahmen gegen Geisteskranken bekannt. Daß ihre Vernichtung weniger rassistischen als ökonomischen Zielen diente, zeigt eine Wirtschaftlichkeitsrechnung über die Tötung von 70273 Kranken; das Dokument nennt eine „Gesamtersparnissumme“ von RM 885 429 800“ in 10 Jahren. Wurden diese Vernichtungsaktionen auch erst während des Krieges durchgeführt, so fällt ihre ideologische und propagandistische Vorbereitung doch in die Zeit davor. Eine Vielzahl von Zeugnissen läßt erkennen, daß gerade die ökonomische Argumentation eingesetzt wurde, um die Schuld für soziale Mißstände oder versprochene, aber nicht

durchgeführte Reformen auf Geisteskranken und andere „asoziale“, unproduktive „Ballastexistenzen“ abwälzen zu können.

Diese Argumentation diente jedoch nicht nur der Aufhetzung gegen eine Minderheit; sie war zugleich Disziplinierungsinstrument gegenüber jedem möglichen Kranken.

In einer Programmschrift zur „Biologischen Medizin“ heißt es:

Im Mittelpunkt der nationalsozialistischen Auffassung steht die Pflicht, gesund zu sein. Der Staat kann auf keinen einzigen Mitarbeiter verzichten. Also muß jeder Staatsbürger gesund sein, um seinen Pflichten gegen den Staat nachkommen zu können. (...) Es ist aber ein Verbrechen gegen den Staat, krank sein zu wollen, (...). Daher wird das Kranksein nicht belohnt und das Krankseinwollen bestraft. Die Zahl derer, die krank und fürsorgberechtigt zu sein vorgeben, ist immer noch sehr groß. Hier muß der Arzt als verantwortungsbewußter und strenger Erzieher auftreten und jeden falschen Wohlfahrtsempfänger auf den rechten Weg leiten oder der Bestrafung zuführen. Es darf nicht mehr vorkommen, daß irgendwelche Volksgenossen ohne zwingenden Grund auf Kosten der Allgemeinheit irgendwelche Vorteile erlangen können. Nur wenn die Arbeitsfähigkeit gefährdet ist, sind ärztliche Sondermaßnahmen angezeigt und notwendig. Dauernde Unproduktivität ist aber eine Gegenanzeige. Doch bedürfen Probleme wie die Alters- und Krüppel- usw. - Fürsorge der besonderen Beachtung und Regelung.

Auflg. 95. Der Bau einer Irrenanstalt erforderte 6 Mill. RM. Wieviel Siedlungshäuser zu je 15000 RM hätte man dafür erbauen können?

Auflg. 96. Nach verschiedenen Berechnungen kostet ein Geisteskrankenbetrieb jährlich rd. 15000 RM, ein Hilfsschüler 300 RM, ein Volkschüler 100 RM, ein Schüler auf mittleren oder höheren Schulen etwa 250 RM. — Etelle die Beiträge durch Streifen (Geldzettel) bildlich dar.

In diesem Zitat, dessen Verfasser 1961 bezeichnenderweise Dozent für Lebensführung und Leistungssteigerung an der Akademie der Führungskräfte der Wirtschaft wurde, sind einige der wesentlichsten Punkte zusammengefaßt, die für die nationalsozialistische Medizin charakteristisch sind und häufig in scharfer Polemik gegen die naturwissenschaftliche Medizin aus volks- und naturheilkundlichen, biologischen oder heilbündischen Denkanlässen entwickelt wurden. Bemerkenswert ist die Verdichtung des ökonomischen Arguments in einem Begriff von Gesundheit bzw. Krankheit, der allein an der Leistungsfähigkeit oder Unproduktivität im Arbeitsprozeß orientiert ist. Therapie war damit letztlich immer „Arbeitstherapie, d.h. Therapie durch Arbeit zur Arbeit“, wie einer der führenden deutschen Kliniker schrieb.

Im Rahmen der Kritik an der naturwissenschaftlichen Medizin wurde dabei ein Standardargument verwandt: der „unnatürliche, treibhausähnliche“ Charakter der von ihr bestimmten therapeutischen Einrichtungen und Maßnahmen. Aus der Sicht nationalsozialistischer Interessen wurde diese Medizin geradezu mit einer „materialistisch-marxistischen“ Medizin der „Fürsorge“ und „Schonung zur Hütung eines mehr und mehr verweichlichten Geschlechtes“ gleichgesetzt. Die „Gemeinschaft der Leistung“ verlangte dagegen „den heroischen Menschen, der den Anforderungen der Zeit gewachsen ist, und der nicht auf den zweifelhaften Schutz einer altzu verkünstelten Umwelt angewiesen ist“.

Eben dies war die „Ideenwelt“ der verschiedenen Außenseitermedizinen, die der NS-Staat unter der Parole „Entweder Leistungsfähigkeit oder natürliche Ausmerze“ förderte.

Der Aufruf zur „Gesundheitspflicht“, der moralische Appell an den „Willen zur Gesundheit“ oder etwa die Definition von „Kranksein“ als „Pflichtversäumnis“ gehörten dabei ebenso zum Heilmittelschatz dieser „Neuen Deutschen Heilkunde“ wie die Abrichtung etwa zu einem leistungsbereiten Optimismus oder einem engstirigen, unsolidarischen Egoismus, der nichts sieht, nichts hört, nichts sagt.

Ein weiterer Punkt muß wenigstens kurz genannt werden: die Versuche zur Neuordnung der medikamentösen Versorgung durch die NS-Medizin.

Das „jüdisch-marxistische, gesundheitsvernichtende, siech- und geisteskrankmachende Gift- und Serumspritzsystem der chemisch-pharmazeutischen und Serum-Großindustrie“ war im NS, wenn auch

nicht immer in diesem Ton, häufig der Kritik ausgesetzt. Diese Kritik, hinter der oft Heilpraktiker und die mittelständische biologische Heilmittelindustrie standen, richtete sich jedoch vorrangig gegen die „Medikamentensucht“ der Bevölkerung und weniger gegen die Pharmazeutische Industrie, deren Funktionsfähigkeit als Devisenbringer und zur Absicherung der Kriegzielpolitik gewahrt bleiben mußte.

Beschränkungen der Produktionskapazitäten, vor allem das Interesse an einer billigen Gesundheitsversorgung erforderten aber auf dem zivilen Inlandsmarkt Eingriffe, die, wo eine medikamentenfreie Behandlung unmöglich war, u.a. zur verstärkten Verwendung von Heilkräutern führten.



Schwimme, wer schwimmen kann, und wer zu schwach ist, gehe unter

In welchem Umfang damit ökonomische Interessen befriedigt werden sollten, zeigen die Kalkulationen, die den Beschaffungsmaßnahmen zugrunde gelegt wurden; sie gingen davon aus, daß eine Rentabilität nur unter dem Einsatz „billiger Arbeitskräfte“ möglich war. Dementsprechend wurden Geisteskranke, Arbeitslose, Schüler, HJ, Arbeitsdienst oder Kinderreiche u.a. für eine groß angelegte Sammelbewegung wild wachsender Heilkräuter oder zur Bewirtschaftung von Heilkräuterkulturen in Marsch gesetzt. Soweit ihnen keine Bezahlung geleistet werden mußte, galt das „Sammeln zugleich“ als „Heilbehandlung“.

Der gesundheitspolitische Zynismus dieser Heilpflanzenbewegung wird an einem ihrer größten Projekte am deutlichsten: der Plantage im KZ Dachau. „Hier wie allorts, wo ähnliche Betriebe sich befinden“, so heißt es in einem H.Himmler zum 40. Geburtstag gewidmeten Kräuterbuch, „finden in reichlichem Maße Schutzhäftlinge Gelegenheit, in freier Natur sich nützlich zu betätigen“.

Im Dienste der SS „bewirkte diese Plantage mit ihrem unschuldigen Aussehen als Arbeitsstätte den Tod etlicher hundert Häftlinge. (...). Jedes Stück Boden war besudelt mit dem Blut geschlagener und erschlagener Häftlinge“: so einer der Betroffenen deutscher Volks- und Naturheilkunde. ■

TERMINE

5.—9. 5. 1980 Berlin

Lehrgang über die Problematik der Lärmbelästigung.

Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstr. 84, 1000 Berlin 19

6.—9. 5. 1980 Amsterdam

IX. Weltkongreß für die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

Auskunft: Benelux Organisationsausschuß, Veiligheids Institut, P.O.Box 5665, NL-1007 AR, Amsterdam

12.—17. 5. 1980 Berlin

83. Deutscher Ärztetag

Auskunft: Kongreßbüro d. Bundesärztekammer, Postf. 410220, 5000 Köln 41

14.—18. 5. 1980 Berlin

Gesundheitstag 1980

Auskunft: Gesundheitsladen Berlin e.V., Kantstr. 148, 1000 Berlin 12, Telefon 030/317076 ab 17.00 Uhr

15.—18. 5. 1980 Mannheim

Mannheimer Kreis

DGSP „Ausgrenzen oder sich ertragen – der Beitrag der Gemeinden zur Auflösung der psychiatrischen Großkrankenhäuser“.

„Wir wollen daher beim Mannheimer Kreis einen Informations- und Erfahrungsaustausch darüber anbieten, ob und wie die verschiedenen Dienste in der Gemeinde (vom Sonderkindergarten bis zur Altenagessitzstätte) den Prozeß der Ausgliederung bestimmter Personengruppen stoppen können“.

Auskunft: Anne Schmitt Fark, Uhlandstr. 21, 6800 Mannheim, Tel. 0621/331743

20.—22. 5. 1980 Karlsruhe

2. Bundeskonferenz der Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte e.V. und REHAB '80.

Auskunft: Borgmann GmbH, Hohestr. 39, 4600 Dortmund 1

27.—31. 5. 1980 Berlin

29. Deu.Kongreß f. ärztliche Fortbild., 13. Deu.zahnärztl. Kongreß f. Fortbildung, 11. Fortbildungskongreß f. Krankenschwestern und Krankenpfleger.

Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztl. Ausbildung e.V., Klingsorstr. 21, 1000 Berlin 41

1. 6. 1980

Sozialwahlen der Selbstverwaltungsorgane in der Krankenversicherung, Unfall- und Rentenversicherung

8.—14. 6. 1980 Berlin

9. o. ÖTV-Gewerkschaftstag

15.—19. 6. 1980 Stockholm

8. Internat. Kongreß über Alkohol, Drogen und Verkehrssicherheit.

Auskunft: Conf. on Alcohol, Drugs and Traffic-Safety, T 80, P.O. Box 5071, Karlavaegen 58, S-102 42 Stockholm

20.—22. 6. 1980 Melle

Arbeitsgemeinschaft sozialpolitischer Arbeitskreise: Tagung zur Reflexion der praktischen Arbeit „Verhaltensunsicherheiten bei Äußerungen von Sexualität und Aggressivität in Laienhelfergruppen“.

Auskunft: K.-E. Brill, Lange Geismar Str. 14, 3400 Göttingen

6.—13. 7. 1980 Leipzig

22. Int.Kongreß f. Psychologie

Auskunft: Dr.J. Rückert, Am Kupfergraben 7, DDR 108 Berlin

7.—12. 7. 1980 Amsterdam

Medicina Alternativa. 1st Intern. Multi-disciplinary Conference on Traditional and Alternative Medicine.

Auskunft: Conference-Sekretariat, P.O. Box 27131, Amsterdam, Niederlande

3.—8. 8. 1980 Kopenhagen

VII. Int.Kongreß f. Gruppenpsychotherapie.

Auskunft: Dr.G.A.Leutz, Uhlandstr. 8, 7770 Überlingen

8. 8. 1980 Hamburg

Int. Kongreß f. Erziehung und Bildung Hörgeschädigter.

Auskunft: German Convention Service, Dammtorstr. 12, 2000 Hamburg 36

2.—6. 9. 1980 Berlin

Int. Kongreß f. psychosomatische Geburtshilfe und Gynäkologie, Deu.Gesektion der ISPOG, „Frauen in der sich wandelnden Gesellschaft“

Auskunft: W. Syborg (COC), John-Foster-Dulles-Allee 10, 1000 Berlin 21

26.—28. 9. 1980

Theorietagung „Kritik der Therapieformen“

Auskunft: K.E.Brill, Lange Geismar Str. 14, 3400 Göttingen

KLEINANZEIGEN

Wir, 27 Bewohner und 12 Mitarbeiter leben bzw. arbeiten im **Sozialpsychiatrischen Wohnheim** in Köln-Mülheim nach den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft.

Wir brauchen ab sofort eine/n **Krankenschwester/Pfleger** und voraussichtlich ab 1. 8. eine/n **Krankenschwester/Pfleger** und eine/n **Sozialarbeiter/in**

Bewerbungen: Dreikönigenhaus des Kölner Vereins für die Rehabilitation, Wallstr. 118, 5000 Köln 80, Tel. 610044/55

Familienpolitik – sprich: Heim- und Herdideologie

Kurz vor den Bundestagswahlen wird sowohl von der Bundesregierung als auch von der Opposition das Thema „Familienpolitik“ zu einem Hauptwahlkampfschlag gemacht. Es drängt sich unwillkürlich die Frage auf: „Warum gerade (bzw. erst) jetzt?“, und bei einer genaueren Analyse stellt man viele Scheinheilighkeiten fest. Anhand des neuen Mutterschaftsgesetzes sollen die Halbherzigkeiten und die Hintergründe dieser Politik verdeutlicht werden – besonders im Hinblick auf folgende Punkte und momentanen Stimmungen:

- den Geburtenrückgang („Gebärstreik“ der Frauen)
- die aufrechterhaltenen Frauenleitbilder (Heim- und Herdideologie)
- die besonders hohe Frauenarbeitslosigkeit
- die bestehende § 218-Praxis (wir fahren immer noch nach Holland!)
- die Forderung nach Vereinbarkeit von Beruf und Kindern
- die Forderung nach Verbesserung der öffentlichen Einrichtungen für Kinder, besserem Schulsystem
- das zunehmende Selbstbewußtsein der Frauen (die von der Familie geforderte „Dienstpflichtbereitschaft“ für Kinder, Kranke und schwache Menschen werden wegen überzogenen Glückserwartungen durch den Besitz materieller Güter vermisst, wie im Dritten Familienbericht der Bundesregierung 1979 nachzulesen ist)
- die Suche nach Alternativen zur Kleinfamilie

Das seit dem 1. 7. 1979 geltende Gesetz zur Einführung eines Mutterschaftsurlaubes in Anschluß an die Mutterschutzfrist sieht folgende wichtige Neuerungen vor:

- neben den bekannten Schutzfristen von 6 Wochen vor und 8 Wochen nach der Geburt kann die Mutter auf Wunsch weitere 4 Monate Freistellung von der Arbeit beantragen, so daß sie insgesamt ein halbes Jahr nach der Entbindung von der Arbeit freigestellt ist.
- Das bisherige Mutterschaftsgeld wird für die Dauer des Mutterschaftsurlaubes bis zu 750,- DM monatlich netto aus Bundesmitteln weitergezahlt. In der Schutzfrist zahlt die Krankenkasse bis zu 750,- DM Mutterschaftsgeld im Monat in Höhe des Krankengeldes, die Differenz zum Grundlohn zahlt der Arbeitgeber. In der Zeit des Mutterschaftsurlaubes übernimmt der Bund die Zahlung der Summe der Krankenkasse; Arbeitgeber und Krankenkasse sind entlastet – das Mutterschaftsgeld hat in diesen vier Monaten Lohnersatzfunktion.
- Der Kündigungsschutz ist erweitert worden auf die ganze Zeit des Mutterschaftsurlaubes und für weitere zwei Monate nach Wiederaufnahme der Arbeit.
- Der Arbeitsplatz bleibt erhalten, der Arbeitgeber kann lediglich zeitlich begrenzte Ersatzverträge abschließen.
- Die Mutter bleibt beitragsfrei in der Renten- und Krankenversicherung und auch beitragsfrei in der Arbeitslosenversicherung.

– Die Beitragsausfälle in der Renten- und Krankenversicherung werden zunächst bis zum 31. 12. 1981 durch Zahlungen des Bundes abgegolten.

– Diese Neuregelungen gelten auch für arbeitslose Mütter, die Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe oder Unterhaltsgehalt nach dem Unterhaltsförderungsgesetz beziehen. Oder auch für Frauen, die wegen geringfügiger Beschäftigung nicht der Krankenversicherungspflicht unterliegen, oder für Frauen, die als höherverdienende Angestellte nicht versicherungspflichtig sind und auch nicht einer gesetzlichen Krankenkasse freiwillig beigetreten sind.

So fortschrittlich dieses Gesetz auch auf den ersten Blick erscheint, um so mehr zementiert es doch einige ungünstige Situationen für die Eltern.

Zum Beispiel ist die Höhe des Mutterschaftsgeldes abhängig von dem Grundlohn. Dies bewirkt, daß vorzugsweise die Frauen von der Regelung Gebrauch machen, deren Lebensunterhalt ohnehin gesichert ist. Die auf ihrem Unterhalt angewiesene, insbesondere die alleinstehende Mutter, kann den Mutterschaftsurlaub schwerer in Anspruch nehmen.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft den Personenkreis, der den Mutterschaftsurlaub in Anspruch nehmen kann, nämlich nur die Mütter. Väter und Adoptiveltern sind in diese Regelung nicht miteinbezogen. Und dabei steht im Grundgesetz, Artikel 6, Absatz (2): „Pflege und Erziehung der Kinder ist das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über



ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.“ Und Absatz (3): „Den unehelichen Kindern sind durch die Gesetzgebung die gleichen Bedingungen für ihre leibliche und seelische Entwicklung und ihre Stellung in der Gesellschaft zu schaffen wie den ehelichen Kindern.“

Neben der Festlegung des Status quo der Rollenverteilung von Mann und Frau zielt dieses Gesetz u.a. im Zusammenhang mit der momentan praktizierten Familienpolitik auf eine Unteroberung der eigenständigen Rechte der Frau unter einem moralisierten Grundwert „Familie“! Außerdem sollen die Frauen durch die Gewährung des Mutterschaftsurlaubes und seiner finanziellen Unterstützung aufgefordert werden, ihre Erwerbstätigkeit aufzugeben. Damit wird dann die Statistik der Arbeitslosigkeit der Frauen kaschiert und korrigiert.

Es liegt auf der Hand, daß sich die Chancen der Frauen im gebärfähigen Alter („gebärfähigdet“!) bei der gegenwärtigen Wirtschaftspolitik sehr verschlechtern. Bei einer Ausfallzeit von insgesamt 7 1/2 Monaten, in der auch noch der Arbeitsplatz erhalten bleiben soll, wird jeder Unternehmer einem männlichen Bewerber den Vorrang geben. Die Situation wäre etwas besser und den Bedürfnissen der Eltern ent-



tenden Rationalisierung gesehen werden, die eine allgemeine Arbeitszeitverkürzung in Richtung auf die 35-Stunden-Woche unterlaufen soll.

Um diese Strategie zu verschleiern, fordert die CDU/CSU die Einführung eines „Erziehungsgeldes“, „eine Art gesellschaftlichen Mindestlohns für eine Leistung, die bisher keines materiellen Lohnes bedurfte“ (Dritter Familienbericht). Diese Forderung nach Zahlung eines Erziehungsgeldes ist aber nichts anderes, als der demagogische Versuch, Frauen zum Kindergebären und zur Aufgabe ihres Arbeitsplatzes zu animieren: eine bequeme Methode, hohe Frauenarbeitslosigkeit weg zu retuschieren und soziale Rechte abzubauen! Zudem fehlen noch konkrete Vorschläge zur Finanzierung, bzw. es wird eine unverantwortliche Umverteilung der Gelder gefordert: z.B. könnte man über eine Stärkung der Familie Gelder für die öffentliche Jugendhilfe einsparen, „denn die Familie kann ihre erzieherischen Aufgaben allemal zu geringeren Kosten wahrnehmen.“ (Hans Maier, CSU).

Die Kindererziehung wird immer mehr in den Kreis der Familie gedrängt, z.T. nur auf die Frau allein. Kinder sind Privatsache! Wir aber sind der Auffassung, daß Erziehung und Betreuung von Kindern eine gesellschaftliche Aufgabe ist, die bezahlt werden muß, und an der sowohl Frauen wie Männer beteiligt sein müssen. Deshalb müßten die familien- und sozialpolitischen Forderungen so aussehen, wie sie die DFI (Demokratische Fraueninitiative) aufstellt:

- **Recht der Frau auf Berufstätigkeit**
- **Verbesserung und Erweiterung des Mutterschutzes und Einführung eines Sonderurlaubs von 18 Monaten nach der Geburt für Mütter oder Väter**
- **gleichverantwortliche Elternschaft und Kindererziehung als gesellschaftliche Aufgabe**
- **Erhöhung und Dynamisierung des Kindergeldes vom 1. Kind an**
- **Ausbau und Verbesserung der Kinderkrippen, Kindertagesstätten, Schülerhorte, Vor- und Ganztags-schulen**
- **Wiedereingliederungshilfen für Hausfrauen, Verbesserung der Umschulungs- und Weiterbildungsmög-lichkeiten**
- **Ausbau der eigenständigen sozialen Sicherung der Frauen**
- **Streichung des § 218 aus dem Straf-gesetzbuch und Einführung der Fri-stenregelung.**

Übrigens:

Ein Hamburger Vater reichte im letzten Jahr eine Verfassungsklage gegen den Mutterschaftsurlaub ein. Er will durchsetzen, daß er – und nicht seine Frau – den Mutterschaftsurlaub in Anspruch nehmen kann.

Ende März 1980 erklärte der Vorprüfungsausschuß die Verfassungsbe-schwerde für zulässig – und es bleibt zu hoffen, daß die Entscheidung des Bundesgerichtshofes zugunsten eines „Elternurlaubes“ ausfällt.

sprechender, wenn entweder der Vater oder die Mutter in Urlaub gehen könnten. Aber wie sagte schon Herr Minister Ehrenberg: „Der Mutterschaftsurlaub ist ein Beitrag sozialliberaler Politik, der Schutz der erwerbstätigen Mutter und ihre Stellung in der Familie und Gesellschaft zu stärken.“ (Sozialpolitische Informationen, 11. 10. 1978).

Durch die gewünschte Nichtberufstätigkeit der Mütter soll die mangelhafte Qualität und Quantität z.B. der öffentlichen Kindertagesstätten, Schulen usw. vertuscht werden. Die Familien- und Sozialpolitik soll abgesegnet werden und den Unternehmern wird eine äußerst profitable Reservearmee weiblicher Hilfskräfte zur Verfügung gestellt.

Wenn Mütter schon entgegen ihrer eigentlichen Berufung arbeiten müssen, dann müssen sie aufgrund der Doppelbelastung von Berufstätigkeit und Hausfrauen/Mutter-Sein und der unzureichenden öffentlichen Einrichtungen für Kinder eine Teilzeitarbeit annehmen. Damit wird ihnen einerseits das Recht auf einen qualifizierten Vollzeitarbeitsplatz abgesprochen, andererseits muß die zunächst gut klingende Forderung nach mehr Teilzeitarbeitsplätzen im Zusammenhang mit der fortschrei-



buch Kritik buch

Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen

Ausmus Finzen, Direktor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf bei Hannover, hat ein kurzes Buch über die Anwendung von Psychopharmaka geschrieben. Es ist leicht und verständlich geschrieben und kann als wichtige Information für das Pflegepersonal und Gedächtnisstütze für die Ärzte gesehen werden, die ja täglich mit der „Medikamentenkeule“ umgehen. Leider vermißt man die Miteinbeziehung der Patienten – und gerade für sie wäre es doch genauso wichtig, etwas über die Wirkungen und Nebenwirkungen von Psychopharmaka zu erfahren!

Im Vorwort wählt Asmus Finzen eine medikamentöse Therapie gegenüber einer Psychotherapie und Soziotherapie ab. Er

schreibt: „Das Medikament löst die Probleme der psychisch Kranken nicht. Aber, richtig angewandt, kann es ihm doch helfen. Medikamente sind aus dem psychiatrischen Alltag nicht wegzudenken. Gerade deshalb ist eine kritische Haltung angebracht.“ Von dieser „kritischen Haltung“ wird aber nur einmal kurz gesprochen. Es fehlt der Hinweis, daß Psychopharmaka eine Psychotherapie zwar unterstützen, aber auch hindern können.

Im folgenden schlägt Asmus Finzen eine Beschränkung auf nur wenige Standardpräparate vor, da man diese besser kennt und wohldosierter gebrauchen kann. In den Kapiteln über die einzelnen Gruppen von Psychopharmaka werden Wirkung, Indikation, Risiken, unerwünschte Nebenwirkungen, eventuell auftretende Dauerschäden und die Mitverantwortung für die Gefahr des Mißbrauches beschrieben. Diese Punkte sind nicht nur wichtig für den Arzt, der sie verordnet, sondern auch für

Schwestern, Pfleger, Therapeuten, Angehörige und für den Patienten selbst.

Trotz der erwähnten Kritikpunkte kann ich das Buch nur empfehlen, da es sehr klar und anschaulich geschrieben ist. Es versucht, den Medikamenten das Ominöse und Absolute zu nehmen. Es schafft eine Grundlage zum Verständnis der Anwendung von Psychopharmaka in der Psychiatrie und schärft die Sinne für eine genauere Beobachtung der Wirkungen und Nebenwirkungen.

Asmus Finzen, Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen, 130 Seiten, 10,- DM, Psychiatrie-Verlag, Rehburg-Loccum, 1979

Der Verkaufserlös des Buches fließt ausschließlich gemeinnützigen Zwecken der „Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)“, dem „Dachverband psychosozialer Hilfsvereine“ sowie zwei weiteren Hilfsvereinen zu.

Ulla Funke

18. – 22. Mai 1980 – Nancyhalle – Karlsruhe

REHAB '80

Karlsruhe

Fachausstellung für technische Rehabilitationshilfen
und Rehabilitationseinrichtungen

Kritik buch

Praktische Pharmakologie

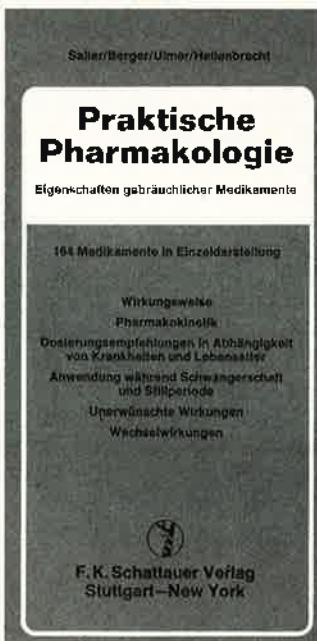
Eigenschaften gebräuchlicher Medikamente

Saller, Berger, Ulmer, Hellenbrecht
Schattauer-Verlag, Stuttgart, 1979,
517 Seiten, 48,- DM

Um es gleich vorweg zu sagen: unter dem bescheidenen Titel „Praktische Pharmakologie“ ist den vier Autoren, die in Frankfurt teils als Pharmakologen teils als Kliniker arbeiten, für die Bundesrepublik bahnbrechendes gelungen. Auf 517 Seiten geben sie eine Übersicht über die 164 gebräuchlichsten Medikamente. Bei der Auswahl haben die Liste der unentbehrlichen Medikamente der WHO und vergleichbare Bücher aus dem angelsächsischen Raum Pate gestanden.

Wirkstoffe, deren Nutzen nicht einwandfrei erwiesen ist, oder Kombinationspräparate von zweifelhaftem Wert sind also nicht aufgeführt. Sogenannte durchblutungssteigernde Medikamente zum Beispiel wird man vergeblich suchen. Die Wirkstoffe sind nach ihren Freinamen alphabetisch geordnet und der Text ist dann übersichtlich gegliedert nach den therapeutischen Eigenschaften, dann der Pharmakokinetik – also dem zeitlichen Schicksal des Wirkstoffes im menschlichen Körper. Darauf folgen Angaben zur Dosierung und besondere Dosierungshinweise (z.B. bei Kindern oder bei Niereninsuffizienz), Hinweise für die Verabreichung in der Schwangerschaft oder Stillperiode, unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Pharmaka, Kontraindikationen und da wo es notwendig ist, werden Informationen über die geeignete Aufbewahrung gegeben. Zum Schluß werden jeweils die Handelspräparate und deren Darreichungsform aufgeführt. Für diejenigen, die sich beim Umgang mit Handelspräparaten daran gewöhnt, in „Tabletten“ oder „Tropfen“ zu denken, ist der praktische Nutzen etwas erschwert, da im Text sinnvollerweise nur von den Mengen der Wirkstoffe gesprochen wird. Um dann zu erfahren, wieviel „mg“ in einer bestimmten Tablette enthalten sind, muß ein neues Nachschlagwerk bemüht werden. Doch dieser Mangel ist schnell behoben, wenn tatsächlich die für eigene Verordnungen freie Seite im Anschluß an den jeweiligen Text benutzt wird.

Hiermit liegt in der BRD zum ersten Mal eine *Positivliste* vor. Im Arzneimitteldschungel wurde kräftig gerodet und mit großer Sachkenntnis ließ man nur das Sinnvolle und Wichtige stehen. Für alle Patienten und Ärzte, die an einer fundierten Verordnungsweise interessiert sind, ist es ein unerlässliches Buch. Aber auch gerade in der jetzt laufenden Kostendämpfungsdebatte hat es eine entscheidende Qualität: es macht den Pharmamarkt wirklich transparent. Den gesetzlichen Krankenversicherungen sei es wärmstens empfohlen.



Ein Therapiebuch will diese Praktische Pharmakologie nicht sein. Anwendungsbiete werden nicht besprochen. Weiß man jedoch, welches Medikament verordnet werden soll, so sind hier auf engem Raum unentbehrliche Informationen zusammengefaßt, die vielen bisher gefehlt haben. Wer weiß schon immer sicher, wie oft ein Medikament täglich zu verordnen ist, ob besser vor oder nach den Mahlzeiten oder ob bei chronischem Gebrauch eine Änderung der Dosierung sinnvoll ist?

Häufiges Nachschlagen in diesem Buch schafft die Voraussetzungen für eine rationale Pharmakotherapie. Und es trägt zur besseren Aufklärung der Patienten bei; denn: wer mehr weiß, der kann auch besser beraten.

Bleibt zu hoffen, daß der relativ hohe Preis nicht die allgemeine Verbreitung verhindert. Denn auf den Tag, an dem eine Pharmafirma dieses Buch in ihr Informationsprogramm aufnimmt, werden wir wohl vergeblich warten.

Harald Kamps

Sozialpsychiatrische Informationen

Soeben erschienen: März-Heft 1980

Psychodrama 1980 – Praxis des Psychodrama in Sozialpsychiatrie, Psychotherapie und angrenzenden Bereichen.

12 Artikel mit Literaturverzeichnis und Ausbildungsrichtlinien; herausgegeben von K.W. Oberborbeck.

180 S. (Doppelheft), 10,- DM

Im Mai erscheinen die Bände

Der Krieg gegen die psychisch Kranken – Nach „Holocaust“ – Erkennen – Trauern – Begegnen;

verfaßt und zusammengestellt von Klaus Dörner, Christiane Haerlin, Veronika Rau, Renate Schernus und Arnd Schwendy. Aus dem Inhalt:

A) Holocaust und die Psychiatrie – Bericht über eine Arbeitsgruppe

1. Eine Gruppe bricht das Schweigen
 2. Meine persönliche Betroffenheit
 3. Warum psychiatrisch Tätige sich mit dem Holocaust beschäftigen
 4. Von der Aussönderung zum Massenmord – oder: Wozu der Wille, Gutes zu tun, führen kann.
 5. Wer schwiegt, macht sich schuldig – oder: Mein Menschenbild, meine Grenze, mein Widerstand.
- B) Unfrisierte Gefühle zur Arbeitsgruppe
- C) Dokumente zum Massenmord und zum Widerstand

Ca. 320 S. (Sonderband), ca. 15,- DM

Neue Psychiatrie-Erfahrungen aus Italien und Deutschland

Vorträge und Arbeitsgruppenprotokolle der Arbeitstagung „Neue Psychiatrie“ vom 12.–14. Oktober 1979 in München.

Ca. 225 S. (Sonderband), ca. 12,- DM

Jubiläumsband „10 Jahre INFO“

mit einem Vorwort von Erich Wulff. Dieser Band enthält alle Texte aus dem nicht mehr erhältlichen und beinahe schon legendären Heft Nr. 1 der „Sozialpsychiatrischen Informationen“ sowie eine Auswahl wichtiger Artikel aus den älteren Jahrgängen, die so gut wie alle vergriffen sind. Ca. 300 S., Einzelpreis ca. 12,- DM (Abonnenten erhalten diesen Band als 2. Doppelheft 1980 automatisch).

„Sozialpsychiatrischen Informationen“

kosten im Jahresabonnement 30,- DM (incl. Porto und Verpackung), jährlich erscheinen 2 Einzel- und 2 Doppelhefte mit insgesamt über 600 S. Umfang.



Zu beziehen
über den Buchhandel
oder direkt bei uns:
Psychiatrie-Verlag und
Versandbuchhandlung
Mühlentorstr. 28
3056 Rehburg-Loccum 1
Tel.: (05037) 2781

§ urteile §

Hausarbeitstag auch für Männer mit eigenem Haushalt

In einer Entscheidung vom 13. November 1979 entschied das Bundesverfassungsgericht, daß der Hausarbeitstag nach § 1 des Gesetzes des Landes NRW über Freizeitgewährung für Frauen mit eigenem Hausstand vom 27. Juli 1948 auch „alleinstehenden männlichen Arbeitnehmern“ gewährt werden muß. Die Gewährung des Hausarbeitstages geht zurück auf eine Anordnung des Reichsarbeitsministers vom 22. 10. 1943 (!), wonach für Kriegsarbeiten eingesetzte Frauen wegen der Doppelbelastung von Haushalt und Beruf einen unbezahlten (!) Hausarbeitstag erhielten.

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde das Hausarbeitsrecht in den Ländern Bremen, Hamburg, Niedersachsen und NRW durch Gesetz geregelt. Zunächst wurde der Hausarbeitstag nur verheirateten Frauen gewährt, später nach entsprechenden Urteilen auch alleinstehenden berufstätigen Frauen. Noch zuletzt mit Urteil vom 26. 10. 1978 beschränkte das Bundesarbeitsgericht den Hausarbeitstag auf Frauen.

Der Kläger im vorliegenden Rechtsstreit ist Krankenpfleger in NRW und arbeitete 40 Stunden an 6 Tagen in der Woche. Seinen Arbeitgeber lehnte im Oktober 1977 seinen Antrag auf Gewährung eines Hausarbeitstages ab, das zuständige Arbeitsgericht wies die nachfolgende Klage ab. Gegen dieses Urteil legte der Kläger Verfassungsbeschwerde ein. Das Bundesverfassungsgericht gab dem Kläger recht, indem es das Hausarbeitsgesetz von NRW für unvereinbar mit Art. 3 Abs. 2 GG erklärte.

„Soweit ein alleinstehender Arbeitnehmer die Doppelbelastung durch Beruf und Haushalt trägt, ist es nicht gerechtfertigt, ihn bei der Gewährung des Hausarbeitstages anders als eine alleinstehende Arbeitnehmerin zu behandeln. Objektive biologische oder funktionale (arbeitsteilige) Unterschiede prägen das hier zu ordnende Lebensverhältnis nicht so entscheidend,

dass die vergleichbaren Elemente daneben vollkommen zurücktreten müssten und die verschiedene rechtliche Regelung mit den Begriffen ‚Benachteiligen‘ und ‚Bevorzugten‘ nicht mehr sinnvoll zu erfassen wäre.“ (S.8)

„Die Regelung beruht nicht auf der Abwägung der unterschiedlichen Leistungsfähigkeit von Männern und Frauen im Arbeitsleben, wie sie den Vorschriften der Arbeitszeitordnung nach ihrem Gesamtzusammenhang ersichtlich zugrunde liegt, sondern ausschließlich auf einer Bewertung der Doppelbelastung durch Beruf und Haushalt. Von dieser Doppelbelastung kann ein männlicher Arbeitnehmer, der daneben einen Haushalt führt, in gleicher Weise betroffen sein. Der Umfang der zu erledigenden Hausarbeiten wird nicht geringer, wenn der Haushalt von einem Mann statt von einer Frau geführt wird.“ (S.9)
(BVerfG 1 BvR 631/78)

Ärzte haften, wenn Sterilisation mißlingt

Die Eltern besitzen einen begrenzten Unterhaltsanspruch gegen den Arzt und gegen den Träger des Krankenhauses, wenn nach ärztlichen Eingriffen zur Sterilisation ungewollt ein Kind geboren wird. Dies hat mit zwei Grundsatzurteilen und einer dritten Entscheidung der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes grundsätzlich anerkannt. In drei Fällen hatten sich Frauen aus medizinischen bzw. sozialen Gründen sterilisieren lassen. In allen drei Fällen waren Kunstfehler unterlaufen, so dass die Frauen nach der Operation wieder Kinder zur Welt brachten.

Wie das Handelsblatt berichtet, begründet der BGH die Haftung der Ärzte und Krankenhausträger mit dem Arztvertrag über die Sterilisation. An sich stellt ein ungewolltes Kind nach den Urteilen des BGH noch keinen Schaden dar. Der schuldige Arzt hat den Eltern aber den durchschnittlichen Unterhalt für die Kinder zu ersetzen, die nach seinen fehlerhaften Eingriffen geboren worden sind. (AZ: VI ZR 10578 und VI ZR 247/78)

Skandalöses Urteil

Schwerbehinderte im Urlaub nicht zumutbar

Eine Gruppe von Schwerbehinderten, die in einem normalen Urlauberhotel untergebracht ist, kann „bei empfindsamen Menschen eine Beeinträchtigung des Urlaubsgenusses darstellen“. Zu dieser beschämenden Feststellung kam das Frankfurter Landgericht in einem skandalösen Urteil (Aktenzeichen: 2/24 s 282/79).

Der in zweiter Instanz ergangene Spruch verpflichtet ein Reiseunternehmen, einer Urlauberin die Hälfte des gezahlten Reisepreises für einen dreiwöchigen Urlaub in Griechenland zurückzuerstatten. Die haarsträubende Begründung: Weil ihr der Anblick von 25 geistig und körperlich Schwerbehinderten in ihrem Hotel nicht habe zugemutet werden können.

Das Urteil widerspricht jeglichem humanen Denken. Es ist Ausdruck tiefer Menschenverachtung und steht im absoluten Widerspruch zur Würde des Menschen, die in Worten jedenfalls sogar durch das Grundgesetz geschützt sein soll. Und dennoch trifft es eine Geistesaltung in unserer kapitalistischen Gesellschaft, in der alles und jeder nur nach Leistung beurteilt wird. Und diese Leistung bringen die Kranken nicht.

buch hinweis

Behinderte Jugendliche

Ein Handbuch „Behinderte Jugendliche vor der Berufswahl“ brachte jetzt die Bundesanstalt für Arbeit heraus. Auch für Ärztinnen und Ärzte zu empfehlen. Erhältlich gegen eine Schutzgebühr von 7,50 DM bei der

Bundesanstalt für Arbeit
Geschäftsstelle für Veröffentlichungen
Postfach, 8500 Nürnberg

Liebe Leser, Liebe Freunde,

Rechtzeitig zum Gesundheitstag in Westberlin liegt hiermit unsere dritte Ausgabe vor. Die Redaktion knüpft große Erwartungen an das Treffen, nicht nur was die Beteiligung von Herausgebern, Redakteuren und Mitarbeitern von DG anbelangt, sondern auch in Bezug auf die große Chance für zukünftiges gemeinsames Handeln, die sich der Linken im Gesundheitswesen in den unzähligen Veranstaltungen und Diskussionen bietet. Das Echo bei ärztlichen Standesorganisationen ist nicht umsonst von dem krampfhaften Versuch geprägt, die Bedeutung des Gesundheitstages herunterzuspielen. So z.B. im Deutschen Ärzteblatt (Heft 13), wo in einem Artikel unter der Überschrift „Die ‚Spontis‘ planen einen Neben-Ärztetag“ u.a. solche Klöpse zu finden sind, wie die Ansicht, es würden nicht mehr als 1000 Teilnehmer erwartet oder daß zahlreiche Referenten entgegen ihrer Zustimmung aufgeführt seien. Gefreut hat uns natürlich, daß DG erstmalig erwähnt im AB wurde. Bei dem unauglichen Versuch des Autors, über die fehlende Beteiligung der ÖTV am Gesundheitstag zu spekulieren, entstand dann allerdings die These, daß DG als Mitveranstalter ein Beweis für eine versteckte Beteiligung der ÖTV sei, denn die „Gesundheitsarbeiter innerhalb der ÖTV“ hätten „seit kurzem in der neu gegründeten Zeitschrift DG ein Sprachrohr“. Daß sich der Schreiber ob dieser „Fehl“-Einschätzung auch noch obendrein als „Insider“ bezeichnet, zeigt einmal mehr, daß schlechte Recherchen und politische Borniertheit Markenzeichen des standesärztlichen Hausjournalismus sind.

Wir wünschen jedenfalls allen Teilnehmern am Gesundheitstag Spaß und Erfolg bei der Arbeit. Wir sind sicher, daß es sich auszahlt.

Nun noch ein Wort zur Innenseite dieser Nummer. Sie ist zum Herausnehmen gedacht. Hängt sie dort als Plakat auf, wo Ihr meint, daß neue Leser geworben werden können.

Viel Spaß beim Lesen! Und denkt dran, daß unsere Zeitschrift von Euren Anregungen und Eurer Kritik lebt!

Eure Redaktion

Bitte hier ausschneiden und senden an:

Pahl-Rugenstein-Verlag Gottesweg 54
6000 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 überweisen auf Konten:
Pahl-Rugenstein-Verlag
PschA Köln 6514-503
Stadtsparkasse Köln 10562238

Unterschrift

Themenübersicht für Nr. 3/80

erscheint am 15. 8. 1980

Schwerpunkt

Ambulante Versorgung

- Alternativen zum herkömmlichen System
 - Gruppenpraxen
 - Gesundheitszentren
 - ambulante Schwangerenbetreuung in Holland
 - Geburt nach der Leboyer-Methode
 - ambulante Behinderten-Betreuung
 - gemeindenähe Versorgung in der Psychiatrie
 - Thesen der Redaktion zur ambulanten Versorgung
- Die gesundheitspolitischen Vorstellungen eines F.J. Strauß
- Ergebnisse des Gesundheitstages
- Radioaktivität als Krankheitsfaktor (Forts.)
- Krankenhausfinanzierungsgesetz

Und:

- Erfahrungen, Nachrichten, Bücher, etc.

Und:

- Was unsere Leser und Mitarbeiter uns zusenden

Redaktionsschluß 17. 7. 1980

Bitte hier ausschneiden und senden an:

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

Postfach 101041
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 erbetteln auf Konto:
Demokratisches Gesundheitswesen
Bank für Gemeinwirtschaft Münster
Nr.: 10102947 (BLZ: 40010111)

Unterschrift

DOKUMENTE

Aufruf der Liste demokratischer Ärzte zur Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen im Juni 1980 (Wahlperiode 1980–1984)

Die kritische Alternative zur konservativen Standespolitik. Für eine soziale Medizin – für eine konsequente, demokratische Berufspolitik

Die Liste demokratischer Ärzte ist seit 1976 in der Landesärztekammer Hessen mit 8 von 80 Delegierten vertreten. Sie hat hier insbesondere folgende ärztliche Anliegen aufgegriffen: die Rechtsunsicherheit während der Weiterbildung und den Machtanspruch der Kammer in der Berufsausordnung; den Abbau des Einflusses der Pharma-Industrie auf die ärztliche Berufs- und Fachpresse; die Einrichtung eines Krebsregisters in Hessen; die Förderung der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen bei der Patientenversorgung; psychosoziale Arbeitsgemeinschaften; wechselseitige Hospitation von Ärzten im Krankenhaus und in der Praxis; Modellversuche zur Verbindung stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung; Einstellung von unsachlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den hessischen Krankenhäusern; angemessener Ersatz für die wegfallenden Medizinalassistentenstellen; Verbesserung der Versorgung von Drogenabhängigen; Untersuchungen über mögliche gesundheitsschädigende Auswirkungen von Atomkraftwerken; praktische Verbesserungen bei der Einlösung des § 218.

Die Beschäftigung mit diesen und ähnlichen Problemen, die Auseinandersetzung mit Kollegen, die sich nicht in die verfestigten Strukturen einer fragwürdigen Kammer-Kollegialität integrieren, fallen dem amtierenden Präsidium sehr schwer, wie die hilflose Reaktion des Präsidenten im Hessischen Ärzteblatt vom November 1979 zeigt. Die Teilnahme am Deutschen Ärztetag wurde uns bis heute verweigert, das Hessische Ärzteblatt als Diskussionsforum versagt. Wir haben uns trotzdem bemüht, die hessischen Ärzte und Patienten über unsere Arbeit zu informieren (siehe: Dokumentation „Über drei Jahre Mitarbeit in der Landesärztekammer Hessen“ in: Frankfurter Rundschau vom 16. Oktober 1979).

Die Liste demokratischer Ärzte vertritt keine speziellen Gruppeninteressen innerhalb der Ärzteschaft, sondern ist eine Gemeinschaftsliste aus allen Bereichen der Medizin.

Wir bekennen uns aus sozialer Verantwortung zu den Grundsätzen der WHO:

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

Diese Definition als Grundlage ärztlichen Handelns ist gerade in Zeiten wichtig, in denen durch wirtschaftliche Krisen der Abbau sozialer Leistungen und damit einhergehend eine Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung droht. Mit Entschiedenheit wenden wir uns gegen falsche Sparmaßnahmen in Diagnostik und Therapie. Deshalb halten wir auch die wachsende Zahl der Ärzte keineswegs für eine Katastrophe, sondern sehen darin eine Chance für längst fällige Reformen unseres Gesundheitswesens mit dem Ziel: mehr Zeit für den Patienten und weniger unzumutbare Belastungen für Ärzte. Uns geht es um die Verringerung von unverantwortlich langen und unregelmäßigen Arbeitszeiten in der Praxis und im Krankenhaus sowie um die Erweiterung dringend notwendiger Fortbildungsmöglichkeiten. Dies gilt selbstverständlich für alle Beschäftigten.

Wir setzen uns für den dringend erforderlichen Aufbau einer primär präventiven Krankheitsbekämpfung ein: Umwelteinflüsse, die Luft-, Wasser-, Boden- und Nahrungsverschmutzung, die Zerstörung städtischer Lebensräume durch das Vordringen gewinngesteuerten Industriewachstums, schlechte Arbeits- und Lebensbedingungen werden in zunehmendem Maße als die eigentlichen Ursachen von Volkskrankheiten erkannt. Auch bei der militärischen Anwendung und friedlichen Nutzung der Kernenergie drohen gegenwärtig unkontrollierbare Gefahren für Gesundheit und Leben. Wir lehnen eine Politik leichtfertiger Inkaufnahme gesundheitlicher Risiken für die Bevölkerung ab. Wer die präventive Gesundheitssicherung heute nicht ausreichend berücksichtigt, wird morgen vor dem größeren Problem enorner Krankheitsfolgen stehen.

Bedarfsgerechte medizinische Versorgung und ausreichende ärztliche Einkommen müssen sich nicht widersprechen. Hier einen grundsätzlichen Gegensatz zu konstruieren oder in der Einkommenshöhe gar die Hauptursache für die grundlegenden Finanzierungsprobleme des Gesundheitswesens zu sehen, heißt von deren eigentlichen Ursachen ablenken. Das ärztliche Einkommen hat sich ausschließlich an der tatsächlichen ärztlichen Arbeit zu orientieren und nicht am Umfang von Apparateinvestitionen: Ungerechtfertigte Prämie einiger Ärzte dürfen nicht länger toleriert werden. Entscheidend für die immer schwieriger werdende Finanzierung unseres Gesundheitswesens sind aber vor allem die hohen Gewinne der chemisch-pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie, die langfristig nicht nur zu untragbaren Belastungen der Krankenkassen sondern auch zur Verringerung ärztlicher Einkommen führen. Darüber hinaus verhindert der Selbstlauf vieler neuer Technologien die sinnvolle Umorientierung der Medizin. Eine ausreichende Finanzierung des Gesundheits- und Sozialwesens ist ohne öffentliche Kontrolle dieser am Patienten verdienenden Industriezweige und ohne die Umverteilung im Staatshaushalt, insbesondere der Beschniedigung des unproduktiven Rüstungsetats, nicht zu erreichen. Deshalb und nicht zuletzt aus Gründen der Humanität befürworten wir eine beispielhafte Entspannungs- und Abrüstungspolitik in unserem Land.

Es ist unser Anliegen, die Glaubwürdigkeit der Ärzteschaft gegenüber der Öffentlichkeit, die in den vergangenen Jahren durch eine verfehlte Standespolitik erschüttert wurde, wieder herzustellen. Es muß wieder Vertrauen bei den Sozialversicherten gewonnen werden, damit die scharfen Angriffe von rechts innerhalb der Bundestagsparteien gegen die soziale Sicherung gemeinsam abgewehrt werden können. Dafür brauchen wir eine arbeitnehmerfreundliche, sachverständige, starke Ärzteschaft. Nicht in der Konfrontation, sondern in der konstruktiven Zusammenarbeit von Ärzteschaft, den anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, den Sozialversicherten und ihren Gewerkschaften sehen wir die Chance für ein soziales Gesundheitswesen mit demokratischen Arbeitsbedingungen.

Wir bitten um Ihre Stimme für die demokratische Alternative, für die Liste demokratischer Ärzte.

Unsere Delegierten werden sich einsetzen:

KRANKENHAUS

- für Stellenausbau zur Entlastung der Klinikärzte;
- für eine gesetzliche Begrenzung von Überstunden und Bereitschaftsdiensten;
- für mehr Teilzeitstellen für Ärztinnen und Ärzte;
- für mehr Lebensstellungen für Fachärzte;
- für die Ausdehnung der Mitbestimmung auf Krankenhausleitung und -bedarfsplanung;
- für die Errichtung von Krankenhauspolikliniken;
- für die staatliche Garantie der Krankenhausfinanzierung;
- gegen Privatisierung von Teilbereichen des Krankenhauses.

KASSENPRAXIS

- für Ausgleich der Einkommensunterschiede verschiedener Fachrichtungen durch Änderung der Gebührenordnung zugunsten der vom Arzt persönlich erbrachten Leistungen;
- für geregelte Urlaubsvertretung und Entlastung durch Ausbau der Notdienste;
- für neue Formen kooperativer Versorgungseinrichtungen wie fachübergreifende Gemeinschaftspraxen und Gesundheitszentren;
- für eine institutionalisierte wechselseitige Hospitation von Kassen- und Klinikärzten.

AUS-, WEITER- UND FORTBILDUNG

- für eine inhaltlich strukturierte Weiterbildung und entsprechende Kontrolle des Ermächtigten;
- für die Einhaltung der Weiterbildungsmindestzeit;
- für die Schaffung von Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin;
- für eine Erweiterung des Fortbildungsprogramms der LAK Hessen auf den Gebieten der primären Prävention, Umweltmedizin und der psychosozialen Grundlagen der Medizin;
- für die Einlösung der Ausbildungsverpflichtung der Approbationsordnung durch Personalausbau;
- für die tarifvertragliche Absicherung des praktischen Jahres.

AUSTRÄNDISCHE KOLLEGEN

- für die soziale und berufliche Gleichstellung aller ausländischen Ärzte.

ZUM § 218

- für die soziale Geburtenplanung und Verwirklichung der Regelung des § 218;
- für eine Unterstützung der Modelleinrichtungen von „pro familia“.

PSYCHIATRIE

- für den Ausbau der Psychiatrie entsprechend den Ergebnissen der „Enquête zur Lage der psychisch Kranken in der Bundesrepublik Deutschland“ und den Forderungen der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie in Hessen.

MEDIZIN UND INDUSTRIE

- für den Wirksamkeitsnachweis eines Arzneimittels vor dessen Zulassung;
- für den Verzicht auf Arzneimittelwerbung zugunsten einer objektiven und unabhängigen Information des Arztes über Wirksamkeit, Nebenwirkungen, Indikationen und Preise von Arzneimitteln;
- für öffentlich kontrollierte Bereitstellung eines übersichtlichen Angebots qualitativ wirksamer und preisgünstiger Medikamente;
- für eine öffentlich kontrollierte Einrichtung analog der Food and Drug Administration in den U.S.A.

UMWELT UND GESUNDHEIT

- für öffentlich kontrollierte Studien über die Auswirkungen von chemischen und physikalischen Umwelteinflüssen auf die Gesundheit der Bevölkerung;
- für eine umweltbewußte Sachverständigenfunktion der ärztlichen Berufsorgane;
- für ein Verbot der Werbung für Alkohol und Nikotin.

PRÄVENTIV-, ARBEITS- UND SOZIAL-MEDIZIN

- für eine Erweiterung des gesetzlichen Früherkennungsprogramms;
- für eine wissenschaftliche Präventivplanung im öffentlichen Gesundheitsdienst;
- gegen Aushöhlung des Prinzips der Früherkennung durch die finanzielle „Selbstbeteiligung“ der Patienten;
- für den Ausbau von überbetrieblichen berufsgenossenschaftlichen Werksarztzentren;
- für die Einstellung, Bestellung und Abberufung von Betriebsärzten unter gleichberechtigter Mitbestimmung der Belegschaft;
- für ein präventivmedizinisches Mitspracherecht der Betriebsärzte in der Produktionsplanung;
- für einen unabhängigen und einheitlichen sozialmedizinischen Dienst mit Leitfunktionen in der Rehabilitation in Abstimmung mit den Kassenärzten;
- für die epidemiologische Erfassung der Krankheitsverteilung in Hessen.

Kandidaten der Liste demokratischer Ärzte zur LÄK-Wahl (Wahlperiode 1980–1984)

- 1 Dr. med. Winfried Beck, Facharzt für Orthopädie, Offenbach
- 2 Dr. med. Ernst Girth, Facharzt für Innere Medizin, Frankfurt/M.
- 3 Dr. med. Marianne Wedler, Assistenzärztin, Darmstadt
- 4 Prof. Dr. med. Hans-Ulrich Deppe, Hochschullehrer, Frankfurt/M.
- 5 Dr. med. Bernhard Pfälzer, Arzt für Allgemeinmedizin, Maintal 3
- 6 Dr. med. Manfred Thomas, Facharzt für Innere Medizin, Frankfurt/M.
- 7 Dr. med. Rainer Haertel, Praktischer Arzt und Psychotherapeut, Schöneck
- 8 Dr. med. Gabriele Claas, Assistenzärztin, Marburg
- 9 Dr. med. Michael Begemann, Assistenzarzt, Marburg
- 10 Prof. Dr. med. Hans Mausbach, Hochschullehrer, Frankfurt/M.
- 11 Dr. med. Peter Schlepper, Arzt für Innere Medizin, Frankfurt
- 12 Gabriele Girth, Assistenzärztin, Frankfurt/M.
- 13 Dr. med. Enrique Blanco-Cruz, Arzt für Neurologie und Psychiatrie – Psychotherapie, Frankfurt/M.
- 14 Dr. med. Dorothee Löber-Götze, Assistenzärztin, Marburg/L.
- 15 Prof. Dr. med. Kurt Beck, Arzt für Innere Medizin, -Gastroenterologie, Wiesbaden
- 16 Dr. med. Harmut Mörschel, Kinderarzt, Frankfurt/M.
- 17 Prof. Dr. med. Albrecht Schmidt, Arzt für Chirurgie, Dietzenbach
- 18 Dr. med. Jörg Hermann Peter, Assistenzarzt, Marburg
- 19 Dr. med. Manfred Doepp, Arzt für Nuklearmedizin, Langenselbold
- 20 Prof. Dr. med. Harald Lange, Arzt für Innere Medizin – Nephrologie, Marburg
- 21 Prof. Dr. med. Volkmar Sigusch, Hochschullehrer, Frankfurt/M.

Kontaktanschrift:
Winfried Beck
August-Hecht-Str. 15
6050 Offenbach

Stellungnahme der Arbeiterwohlfahrt zur Praxis des § 218 StGB

Kaum eine sozialpolitische Maßnahme der letzten Jahre stand so im Vordergrund der gesellschaftlichen Auseinandersetzung wie die Reform des § 218 Strafgesetzbuch aus dem Jahre 1976. Gerade in den letzten Wochen entbrannte die Diskussion erneut zwischen Kritikern und Verteidigern der Reform durch den polemischen Vergleich der legalen Schwangerschaftsabbrüche in der Bundesrepublik Deutschland mit Massenmord und den nationalsozialistischen Gewaltverbrechen. Beabsichtigtes Ziel der Kritiker und insbesondere der katholischen Kirche ist offenbar die Rückkehr zur medizinischen Indikation; ein Ziel, das die Kluft vergrößern würde zwischen menschlichem Verhalten und der moralischen Rigorosität von gesetzten Normen der Amtskirche.

Die Arbeiterwohlfahrt vertritt den Standpunkt, daß ein Schwangerschaftsabbruch sicherlich keine geeignete Methode der Geburtenregelung ist; sie ist aber auch der Meinung, daß Frauen in Not ein straffer Abbruch – ohne Demütigung und medizinisch-technisch einwandfrei – zu gewähren ist. 3 Jahre Erfahrungen mit dem neu gefärbten Paragraphen offenbaren jedoch eine Reihe von Problemen in der Beratung der ärztlichen Praxis und in der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, die u.a. im Bundesgesetz selbst und in den Durchführungsbestimmungen der Länder angelegt sind. So wird der gesetzlich vorgeschriebene Instanzenweg für viele Frauen zu einem entwürdigenden Hindernislauf mit der Folge gemacht, daß Mißstände wie Gesundheitsgefährdung und Abdrängung in die Illegalität, die die Reform beseitigen wollte, neu auftreten.

Die Arbeiterwohlfahrt appelliert deshalb an die Landesregierungen, ihre Richtlinien – die bürokratische Erschwerisse bewirken können – zu überarbeiten. Erforderlich ist

- die räumliche Zusammenfassung der im Bundesgesetz vorgesehenen Stationen des Instanzenweges;
- ärztliche Praxen als Einrichtungen für die Durchführung von ambulanten Schwangerschaftsabbrüchen zuzulassen;
- zentrale Bettennachweise in den Gesundheitsbehörden einzurichten;
- die Verpflichtung der öffentlichen Krankenhausträger, auch medizinisch nicht indizierte Abbrüche durchzuführen.

Die Bundesländer sind auch aufgefordert, über ihre Förderungsrichtlinien und -praxis eine bedarfsgerechte Entwicklung des Beratungsstellennetzes zu gewährleisten. Die finanzielle Förderung soll sich an der tatsächlichen Inanspruchnahme von Beratungsstellen orientieren, auf die Pluralität des Beratungsstellenangebotes achten und die dringende Erfordernis nach vorbeugender Arbeit und die damit verbundenen personellen Konsequenzen berücksichtigen.

Die Praxis hingegen ist,

- daß einige Bundesländer (z.B. in Bayern und Baden-Württemberg) für eine bestimmte Einwohnerzahl einen begrenzten Bedarf an Beratungsstellen festlegen. Meist favorisieren sie einen weltanschaulich geprägten Träger, der mit Landesmitteln finanziell gefördert wird, obwohl hinreichend belegt ist, daß Ratsuchende vorrangig die Beratungsangebote von neutralen Trägern wahrnehmen wollen;
- daß die Erfordernis vorbeugender Aktivitäten von den Beratungsstellen aus (z.B. ml. Ausländern/innen) in der Bemessung örtlicher Zuschüsse weitgehend unberücksichtigt bleibt.

Die freien und finanzschwachen Träger Arbeiterwohlfahrt und Pro Familia sind in einigen Bundesländern unterrepräsentiert, weil die öffentliche Förderung der Familienplanungsberatung und Beratung nach § 218 StGB unzureichend ist (Bayern, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Saarland). Diese Unterversorgung der Bevölkerung mit weltanschaulich neutralen Beratungsangeboten hätte sich z.B. in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz mit Jahresbeginn 1980 weiter verschärft, wenn der Bund sich nicht bereiterklärt hätte, die bisherigen Bundeszuschüsse für die in ihrer Existenz gefährdeten Modellberatungsstellen erneut zu übernehmen. Die Weigerung der Landesregierung Baden-Württemberg, die Anschlußfinanzierung der Modellberatungsstellen durch Landesmittel sicherzustellen, ist nicht zu rechtfertigen, da die Beratung nach § 218 StGB zwingend vorgeschrieben ist und zu den öffentlichen Aufgaben eines jeden Bundeslandes gehört. Bedenklich ist in diesem Zusammenhang auch, daß die Landesregierung Baden-Württemberg verbal die „Pluralität der Beratung“ gewahrt wissen will, politisch jedoch alles daran setzt, die Pluralität der Träger zu verhindern. Die Arbeiterwohlfahrt fordert deshalb die

Verantwortlichen in den Ländern und Kommunen nachdrücklich auf, in ihren Haushalten ab 1981 die Anschlußfinanzierung für die Modellberatungsstellen sicherzustellen, denn eine Streichung der Bundeszuschüsse ohne Sicherstellung öffentlicher Mittel durch Länder und Kommunen hätte für das Beratungswesen zur Folge, daß eine Reihe von Beratungsstellen ihr Angebot drastisch einschränken müßten. In Anbetracht der Tatsache, daß Beratungsstellen in kleineren und mittleren Städten sowie in ländlichen Regionen kaum vorhanden sind, würde eine Angebots einschränkung bzw. eine Schließung von Beratungsstellen die strukturelle Unterversorgung dieser Gebiete noch weiter verschärfen. Eine Angebotsreduzierung anstelle von Angebotserweiterung hätte auch zur Folge, daß ein Ziel der Reform des § 218 StGB die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche langfristig zu senken, gefährdet ist. Nur durch Beratung und Intensivierung der vorbeugenden Arbeit wird es gelingen, die enormen Informationsdefizite bei Frauen und Männern über empfängnisverhütende Mittel und ihre richtige Anwendung abzubauen.

Da eine sichere Empfängnisverhütung aber auch mit erheblichen Kosten einhergeht, fordern wir, daß nicht nur die Folgekosten unzuverlässiger „empfängnisverhütender“ Mittel – nämlich der Schwangerschaftsabbruch – durch die Krankenkassen übernommen werden, sondern auch die Kosten für eine sichere Kontrazeption.

Für ebenso notwendig erachten wir die Kostenübernahme für immunochemische Schwangerschaftsfrühtests durch die Krankenkassen, damit zu einem möglichst frühen Zeitpunkt eine Gravidität festgestellt werden kann. In der Schwangerschaftsdiagnostik werden diese Frühtests nur deshalb nicht angewandt, weil die Kostenabrechnung mit den Krankenkassen gemäß einer Vereinbarung zwischen dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zu § 196 RVO bisher nur bei medizinischen Indikationen möglich ist.

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen soziale Hilfen die Fortsetzung einer Gravidität erleichtern. Die finanziellen Hilfen sind in ihrer Mehrzahl nicht neu und stellen meist nur das Existenzminimum einer Person und Familie sicher. Die Perspektive also, jahrelang am Rande des Existenzminimums zu leben, kann nicht

ernsthaft als Hilfe bezeichnet werden. Die langjährigen Erfahrungen zeigen inzwischen auch, daß nicht nur finanzielle Gründe einen Schwangerschaftskonflikt auslösen können. Vielmehr stellt sich ein Schwangerschaftskonflikt als eine psychische, interpersonelle, berufliche, materielle und altersmäßige Zwangslage dar.

Zur Unvereinbarkeit bestimmter psychosozialer und materieller Lebenslagen einerseits und der Austragung einer ungewollten Schwangerschaft andererseits mag auch beitragen, daß alleine von Frauen gefordert wird, ihre Bedürfnisse und Interessen zugunsten der Kinder zurückzustellen. Ungewollt schwangere Frauen können einen Schwangerschaftsabbruch erwägen, weil sie ihre Lebenssituation, ihre beruflichen und nicht-beruflichen Erwartungen einerseits, mit der Geburt und ver-

antwortlichen Erziehung eines Kindes andererseits nicht in Übereinstimmung bringen können.

Erziehung und Sozialsituation ist nicht nur eine private, von den Eltern im Familien zu leistende Aufgabe, sondern auch eine gesellschaftliche Aufgabe, die in gesellschaftlichen Institutionen zu erfolgen hat. Um die Lage der Familien zu verbessern, sind fördernde und unterstützende Maßnahmen notwendig, z.B.:

- Verkürzung der täglichen Arbeitszeit, damit gleichverantwortliche Elternschaft möglich ist;
- Ausbau und Verbesserung der öffentlichen Erziehungseinrichtungen;
- Einführung von Ganztagschulen und -kindergärten.

Erforderlich ist aber auch

- die Anhebung des Kindergeldes ab dem ersten Kind;
- Berücksichtigung von Zeiten der Kindererziehung in der Sozialversicherung;
- eine kinderorientierte und familiengerechte Wohnungspolitik.

Als gesellschaftspolitisch notwendig erachten wir auch, daß die Auseinandersetzung mit sexualpädagogischen Fragestellungen in den Erziehungs- und Bildungsreich hineingetragen und zu einem Bestandteil von Sozialisations- und Bildungsprozessen gemacht wird. Denn nur auf diese Weise wird es gelingen, Sexualität als selbstverständliche Komponente des Lebens realisieren zu können und ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden.

Synopse der Vorstellungen zur Kostenentwicklung im Gesundheitswesen von: DGB, ÖTV, Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO), SPD und CDU.

Ursachen der Kostenentwicklung

DGB

11. Bundeskongreß Mai 1978

(...) „Nach wie vor lehnt der 11. ordentliche Bundeskongress Leistungsabbau, Selbstbeteiligungsregelungen und Kostenerstattungspläne als unaugliche Instrumenta der Kostendämpfung ab. Sie gehen von der irriegen Auffassung aus, die beschleunigte Kostenentwicklung würde in erster Linie durch ein individuell verschuldetes und zu verantwortendes überzogenes Anspruchsdanken, mangelndes Kostenbewußtsein und gesundheitliches Fehlverhalten der Versicherten und Patienten verursacht. Solche Regelungen gefährden zudem das Solidarprinzip und das Sachleistungsprinzip, da sie gerade die sozial Schwachen besonders belasten.“ (...)

„Eine sich verstärkende Abhängigkeit der Sozialpolitik von der Wirtschafts- und Finanzpolitik hat die Versuche begünstigt, Leistungen der gesetzlichen Renten-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung zu verschlechtern.“

Die Auswirkungen der 1973/74 einsetzenden wirtschaftlichen Rezession haben dazu geführt, daß sich die Versuche mehrten, das Netz der sozialen Sicherheit aufzuknüpfen und Sozialleistungen abzubauen oder sogar aufzuheben.

Unternehmerverbände und konservative Politiker haben einen Prozeß der sozialen und gesellschaftlichen Deformierung eingeleitet, der den Abbau sozialer Sicherheit der Arbeitnehmer und ihrer Familien zum Ziel hat.

Die Gewerkschaften sind diesen Entwicklungen entgegentreten und haben eine inhaltlich neu zu gestaltende aktive und solidarische Sozialpolitik gefordert.

Nach Auffassung des 11. Ordentlichen Bundeskongresses des DGB erfordert diese Neuorientierung das Recht der Arbeitnehmer auf

- Selbstbestimmung und Selbstentfaltung,
- Sicherung der Gesundheit,
- gesicherte und menschengerechte Arbeitsplätze,
- berufliche Qualifikation und eine dementsprechende Tätigkeit,
- ausreichende und gesicherte Einkommen,
- bedarfsgerechte Versorgung mit sozialen Gütern und Dienstleistungen.

ÖTV

Perspektiven '77 zur Gesundheitspolitik

„Seit Jahren wird eine Diskussion über die sogenannte Kostenexplosion im Gesundheitswesen geführt, die ihren vorläufigen offiziellen Abschluß mit der Verabschiedung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes gefunden hat. Die Beschäftigung mit einem ganz bestimmten Bereich von Krankheitskosten hat den Blick für den humanen Gehalt der Gesundheitspolitik getrübt und das Nachdenken auf sehr wenige, politisch realisierbar erscheinende Konsequenzen reduziert. Die kostentreibende Grundstruktur unseres Gesundheitswesens, nämlich öffentliche Finanzierung und private Leistungserstellung, wurde nicht angetastet. Auch die ständige Abwälzung der sozialen und wirtschaftlichen Folgen des Produktionsprozesses auf die Sozialversicherten und die volkswirtschaftlichen Kosten von Krankheiten und Krankheits-

folgen und ihre Entstehungsursachen wurden bewußt übersehen. Als Indikator für die Kostenentwicklung wird fast ausschließlich der Haushalt der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen, ohne zu berücksichtigen, daß die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung schneller gestiegen sind als die Gesamtkosten der Gesundheitssicherung.“

8. Gewerkschaftstag 1976

„Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland hat eine Fülle von Sparprogrammen hervorgerufen, die befürchten lassen, daß das System zur Gesundheitssicherung der Bevölkerung nicht weiter ausgebaut, sondern durch überreiche Einzelmaßnahmen eingeschränkt wird. Es ist eine gesellschaftspolitische Notwendigkeit und die Aufgabe von Staat und Gesellschaft, die Chancen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bürger

durch ein leistungsfähiges Gesundheitswesen zu gewährleisten. Deshalb ist es erforderlich, das Verhältnis der Leistungen und ihrer Kosten aller an der Gesundheits- und Krankenversorgung in unserem Gesundheitssystem beteiligten Bereiche zu untersuchen und Möglichkeiten zur Kostensenkung bzw. zu einer Vermeidung von Doppelkosten und Kostenerhöhungen zu finden.“

Perspektiven '77 zur Gesundheitspolitik

„Auch wir sind der Meinung, daß man Kosten sparen kann. Nur glauben wir, daß Leistungsabbau und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen dafür keine geeigneten Mittel sind, sondern daß nur grundlegende Strukturreformen den Weg freimachen für eine Gesundheitspolitik, deren wichtigstes Anliegen die Verhinderung von Krankheiten sein muß.“

Ursachen der Kostenentwicklung

BdO

Noetzel, AOK Westberlin; 1979/80

„Ursachenfaktor Nr. 1 ist mit Abstand die rasante Weiterentwicklung der Erkenntnisse und Anwendungsbereiche der Humanmedizin, die auch künftig nicht zum Stillstand kommen wird. Dieser im Grunde segensreiche Vorgang führt zu wirtschaftlichen Zugewangen der verschiedensten Art. Es ist zu unterscheiden zwischen den steigenden Kosten für die unmittelbar am Patienten arbeitenden Ärzte und Pflegekräfte einerseits und den gewaltig heranwachsenden Kapazitätskosten der Krankenhäuser, der medizinisch-technischen Einrichtungen und der Forschung, namentlich im Pharmabereich, andererseits.

Ursachenfaktor Nr. 2 ist die enorm steigende Zahl der Ärzte und Medizinalhilfspersonen. Man rechnet in der Bundesrepublik Deutschland mit einem Ansteigen der Zahl der Ärzte von 118 000 im Jahre 1975 auf 256 000 im Jahre 2000. In der Bundesrepublik Deutschland werden jährlich fast 12 000 Neuzulassungen zum Medizinstudium ausgesprochen. In England dagegen nur etwa 5000 bei annähernd gleicher Bevölkerungszahl. Prof. Häubler, der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg, rechnet bis zum Jahre 2000 mit einem Überschuß von 50 000 Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland.

Ursachenfaktor Nr. 3 ist der immer größer werdende Anteil der Rentner an der Gesamtzahl der Versicherten. Auch hier haben wir es mit einer an sich segensreichen Entwicklung zu tun, denn immer mehr ältere und erwerbsunfähige Menschen haben heute und morgen die steigende Chance zu einem Leben in Würde und Sicherheit. Es fehlt aber bis zur Stunde jedwede überzeugende Konzeption, wie dies finanziert werden soll.

Nach Berechnungen der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte entfielen 1975 auf 100 Erwerbstätige 44 Renten, 1978 bereits 48 Renten. 1985 werden es 51 Renten sein, und im Jahre 2000 werden etwa 54 Renten auf je 100 Erwerbstätige entfallen."

Ursachenfaktor Nr. 4 ist die „steigende Disproportionalität der Risikolage der einzelnen Kassenarten im Verhältnis zueinander.“

Man muß sich mit der Entwicklung des anteilmäßigen Verhältnisses zwischen Arbeitern und Angestellten befassen. Dieses verschiebt sich ständig zugunsten der Angestellten. Im Jahre 1950 betrug es noch 24 zu 76, d. h. auf 100 Arbeitnehmer entfielen 24 Angestellte und 76 Arbeiter. Im Jahre 1975 lautete es bereits 44,6 zu 55,4, im Jahre 1977 lautete es 45 zu 55, und schon im Laufe der achtziger Jahre wird es mehr Angestellte als Arbeiter geben. Damit ist den Angestellten-Ersatzkassen schon von der Entwicklung her, d. h. von den Mitgliederzugängen her, aufgrund der Beitragssituation ein klarer Vorsprung gegeben.

Das gilt auch für den Ausgabenplafond: Der durchschnittliche Grundlohn je Mitglied – das ist der Betrag, von dem die Beiträge berechnet werden – betrug bei den vorwiegend arbeiterorientierten Ortskrankenkassen im zweiten Halbjahr 1977 rund 10 000 DM, bei den Angestellten-Ersatzkassen dagegen fast 11 000 DM. Es ist erkennbar, daß diese Schere sich weiter öffnet.

Als 5. Ursachenfaktor kommt hinzu, daß vornehmlich die Ortskrankenkassen durch die Reformpolitik der letzten zehn Jahre viele Risiken zugewiesen wurden, die, bei sehr hoher Morbidität, nur geringe Beiträge zahlen. Zu nennen sind Schwerbehinderte in geschützten Werkstätten, nichtberufstätige Schwerbehinderte, erwerbsunfähige Schwerbehinderte ohne Rentenanspruch, frühere Selbständige mit geringem Einkommen und geringfügig Beschäftigte. Dies drückt die Risikolage der Ortskrankenkassen erheblich bei zusätzlicher weiterer Steigerung ihrer Leistungsausgaben wegen größerer Familienangehörigendichte.

Die Ersatzkassen und auch die meisten übrigen RVO-Kassen sind von diesen Problemen kaum betroffen.

Auch dies alles läßt sich durch harte Fakten belegen. Es muß dies, wenn es noch jahrelang so weitergeht, zu einem Unattraktivierwerden von Ortskrankenkassen führen.“

9. Presseseminar / 77

Wir weisen darauf hin, „daß über die sicherlich notwendige Kostendämpfung hinaus strukturelle Fragen im gegliederten System der gesetzlichen Krankenversicherung gleichrangig behandelt werden müssen. Kostendämpfung allein gewährleistet auf Dauer angesichts der vielfachen Änderungen im Krankheitspanorama und in der Medizin noch keine effektive und effiziente Gesundheitsversorgung. . . . Kostendämpfung (darf) sich nicht nur auf die Aufwendungen für medizinische Leistungen beziehen, sondern (muß) mitteilbar auch deren Umfang und Inhalt beeinflussen . . . weil dem, was ein Arzt tut und (veranlaßt) und dem, was er damit (anstrebt), nicht die eindeutige Beziehung von Ursache und Wirkung zugrunde (liegt). Erwiesen sei das beispielsweise durch die Behauptung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Versorgung werde trotz ihrer unstreitig vorhandenen Unterschiedlichkeit überall dem Gebot der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit gerecht. Der Umkehrschluß daraus (bedeutet) nämlich, daß die zweckmäßige, wirtschaftliche und ausreichende Behandlung keineswegs immer die Form der ärztlichen Behandlung in den überversorgten Großstädten haben (muß). Dafür (spricht) auch die Beobachtung, daß die Menge der Leistungen nachweislich nicht oder doch kaum in deutlicher Korrelation zur Zahl der Ärzte (wächst). Wenn aber der Bedarf an ärztlichen Leistungen nicht starr vorgegeben (ist), dann (muß) es auch als vertretbar angesehen werden, ihre Menge von der Kostenseite her zu begrenzen. An einen Abbau von Leistungen (ist) allerdings nicht zu denken, sondern nur an eine Begrenzung des Zuwachses gemäß der Entwicklung des Grundlohnes“.

SPD

10-Punkte-Programm 1975

„Die wachsende Verteuerung der medizinischen Versorgung, die vor allem auf unzweckmäßige, unwirtschaftliche Strukturen, auf Beibehaltung von Privilegien einzelner Gruppen und auf einseitige wirtschaftliche Macht zurückzuführen ist, gefährdet den weiteren Ausbau der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Außerdem vernachlässigt das gegenwärtige Gesundheitswesen Zusammenhänge, die zwischen den psychischen und gesellschaftlichen Faktoren einerseits sowie der Gesundheit und Krankheit andererseits bestehen; es ist zudem zu sehr ausgerichtet an der Behandlung von Krankheitszuständen, nicht aber an deren Verhütung. Es fehlt darüber hinaus an einer vorausschauenden Gesamtplanung, vor allem an einer wirksamen Koordination und Kooperation der Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung. Fachkräfte und medizinische Einrichtungen sind vielfach ungleich verteilt. Die Leistungsfähigkeit unserer Gesundheitsversorgung wird insbesondere durch die starre Trennung von ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung erheblich gemindert. Öffentlicher Gesundheitsdienst, sozialmedizinischer und betriebsmedizinischer Dienst stehen ohne ausreichende Beziehung neben der ambulanten und der stationären Versorgung.“

Die unzureichende Integration, die mangelnden Anreize zur Rationalisierung, nicht ausreichende und zum Teil fehlende Steuerungs- und Kontrollinstrumente für eine wirtschaftliche Mittelverwendung sind schwerwiegende Strukturfehler des Gesundheitswesens; sie führen zu gesamtwirtschaftlich nicht vertreibaren, ständig steigenden Aufwendungen und damit zu überhöhten Beitragsbelastungen der Sozialversicherten. Das Gesundheitswesen ist daher, gemessen an seinen Leistungen, zu teuer.

Wesentliche Ursache hierfür ist, daß Ende der fünfziger und Anfang der sechziger Jahre notwendige Strukturreformen unterlassen worden sind. Dem gegenwärti-

gen System fehlen weithin wirksame Steuerungs- und Kontrollmechanismen, mit denen eine wirtschaftliche und rationelle Leistungserbringung bei bedarfsgerechter Versorgung der Bevölkerung sichergestellt werden könnte.“

10-Punkte-Programm 1975

„Der Parteitag hält angesichts des zunehmenden Ausgabenanstieges im Gesundheitswesen, besonders in der gesetzlichen Krankenversicherung, und der dadurch ausgelösten steigenden Beitragssätze, einschneidende Maßnahmen zur Kostendämpfung für erforderlich. Die von der Bundesregierung und den von Sozialdemokraten geführten Landesregierungen bereits ergriffenen kurzfristig wirkenden Maßnahmen zeigen erste Erfolge; sie müssen durch besondere Anstrengungen der Krankenkassen, der Ärzte und ihrer Selbstverwaltung, der Krankenhausträger sowie der pharmazeutischen Industrie und Apotheker fortgesetzt werden.“

Die starken Kostensteigerungen sind auf Dauer nur zu dämpfen, wenn es zu einer wirtschaftlicheren und effizienteren Gesundheitsversorgung kommt, wozu die niedergelassenen Ärzte durch eine sparsamere und wirtschaftlichere Leistungserbringung besonders beitragen müssen. Dies ist um so notwendiger, weil der Anteil der älteren Menschen an der Bevölkerung weiter steigt, die chronischen Krankheiten zunehmen und wachsendes Gesundheitsbewußtsein zu verstärkter Inanspruchnahme von Leistungen führt. Zur Beseitigung der beeinflußbaren Kostensteigerungen muß die von der Bundesregierung in Angriff genommene Neugestaltung des gesamten Gesundheitswesens, wozu besonders die Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung gehört, konsequent fortgeführt werden.“

Dabei ist der Einfluß der Sozialversicherten zu stärken, das gilt besonders für die Dämpfung der Kostenentwicklung.“

Nur wenn der Kostenanstieg eingedämmt wird, wozu eine umfassende Strukturreform des Systems der Gesundheitssicherung erforderlich ist, können die für alle Bürger wichtigen Gesundheitsleistungen weiter ausgebaut und finanziert werden.

Die SPD lehnt eine über die Beitragzahlung hinausgehende Selbstbeteiligung der Versicherten an den Krankenkosten als ein untaugliches Mittel zur Kostendämpfung ab; dadurch würden die Kosten nicht verringert, sondern lediglich von den Krankenkassen auf die Privathaushalte, insbesondere der sozial Schwachen, verlagert. Auch eine Selbstbeteiligung auf freiwilliger Basis widerspricht dem Grundsatz der Solidargemeinschaft. Außerdem darf aus gesundheitspolitischen Gründen dem Versicherten nicht die Verantwortung dafür aufgeburdet werden, über die Ernsthaftigkeit einer Erkrankung selbst zu entscheiden. Statt dessen muß durch gezielte Informationen das Gesundheits- und Kostenbewußtsein der Bevölkerung verbessert werden. Hierzu hat eine Unterrichtung der Versicherten über Ausmaß und Ursachen der Kostenentwicklung in regelmäßigen Zeitabständen zu erfolgen.“

Die durch die Kostensteigerungen gefährdete Gesundheitssicherung der Bevölkerung erfordert neben der längerfristigen Strukturreform eine Reihe von Sofortmaßnahmen, die unverzüglich in Angriff genommen werden müssen.

Dies bedeutet aber auch keine Entlassung des Staates aus seiner Verantwortung für ein koordiniertes Zusammenwirken aller Beteiligten. Die Aufgaben eines modernen, leistungsfähigen Gesundheitswesens sollten soweit wie möglich im Wege der Selbstverwaltung in gemeinsamer Verantwortung der Beteiligten wahrgenommen werden. Es ist Aufgabe des Staates, die Voraussetzungen für gesundheitsgerechte Lebensbedingungen und für die Verwirklichung der gesundheitspolitischen Zielvorstellungen zu schaffen.“

Ursachen der Kostenentwicklung

CDU

Gesundheitsprogramm 1978

Zur Beurteilung der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und als Grundlage für Möglichkeiten zur Kostendämpfung ist es notwendig, sich einige der vielfältigen Gründe für die Kostenentwicklung zu vergegenwärtigen. Hierzu gehören:

- Zunahme von Krankheiten als Folge von Umwelteinwirkungen und ungesunder Lebensführung (Drogensucht; Alkoholismus bzw. Leberzirrhose als Folge von Alkoholmissbrauch; Folgen mangelnder Bewegung; Lungenkrebs, Bronchitis und Herzinfarkt als Folge von Tabakmissbrauch; Übergewicht mit gesundheitlichen Folgen) sowie von Verkehrsunfällen;
- Wandel des Krankheitspanoramas insbesondere durch den veränderten Altersaufbau der Bevölkerung mit der wachsenden Zahl alter Menschen mit einem überdurchschnittlichen Bedarf an Leistungen des Gesundheitswesens insbesondere wegen chronischer Krankheiten;
- größeres Gesundheitsbewußtsein, aber auch steigende Ansprüche der Bevölkerung an Leistungen des Gesundheitswesens einschließlich Komfort (Krankenhaus) als Folge individueller Aufklärung und Aufklärung durch die Massenmedien;
- Neuordnung der Krankenhausfinanzierung durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die Bundespflegesatzverordnung mit erheblichen Auswirkungen auf die Krankenhauskosten;
- Zunahme der Betten in Allgemeinkrankenhäusern von 7,3 auf tausend Einwohner im Jahre 1960 über 7,5 im Jahre 1970 auf 8,0 auf tausend Einwohner im Jahre 1976 und damit zu viele Krankenhausbetten, die zu einer zu langen Verweildauer führen;
- Zunahme des Personals in allen Berufen des Gesundheitswesens mit Verkürzung der Arbeitszeit, z. B. im Krankenhaus von 60 Stunden im Jahr 1958 auf 40 Stunden seit 1974, und tariflich abgesicherte Abgeltung von Mehrarbeit und Arbeit zu ungünstigen Zeiten im Krankenhaus sowie Zunahme der Arztdichte und der Einkünfte der Heilberufe;

- Ausbau des Leistungsangebotes durch den Gesetzgeber, z. B. flankierende Maßnahmen zu § 218 Strafgesetzbuch (Leistungen bei Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch), zeitlich unbegrenzte Krankenhauspflege, Krankengeld bei Verdienstausfall wegen Betreuung eines erkrankten Kindes, Vorsorgeuntersuchungen, Rehabilitationsleistungen;
- Ausweitung des Krankheitsbegriffes durch die Rechtsprechung der Sozialgerichte, wodurch z. B. Alkoholismus zu Krankheit und die psychotherapeutische und kieferorthopädische Behandlung und die Versorgung mit Zahnersatz zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erklärt wurden;
- schnell wachsender medizinischer Fortschritt mit gestiegener Zahl der Behandlungsfälle einerseits und zunehmendem Leistungsumfang und damit steigenden Kosten je Behandlungsfall andererseits;
- Gewährung von freiwilligen Leistungen durch die Selbstverwaltung der Krankenkassen;
- steigender Arzneimittelverbrauch und Ansteigen der Arzneimittelpreise;
- ständige Erweiterung des Personenkreises der gesetzlichen Krankenversicherung mit zum Teil geringen Beitragsleistungen;
- kontinuierliche Senkung des Finanzierungsanteils der Rentenversicherung an den Kosten der Rentner-Krankenversicherung;
- Festschreibung der Kostenertatung des Bundes an die Krankenkassen für die Mutterschaftshilfe bei steigenden Ausgaben der Krankenkassen für die Mutterschaftshilfe;
- Einführung der flexiblen Altersgrenze und damit Zunahme der Zahl der von den Krankenkassen zu betreuenden Rentner ohne entsprechenden finanziellen Ausgleich durch die Rentenversicherung;
- indirekte Auswirkungen auf die Kostenbelastung der Krankenkassen durch Leistungsverbesserungen infolge von Ländergesetzen wie z. B. Rettungsdienstgesetze, Jugendzahnpflegegesetze, Gesetze für psychisch Kranke.

Das Anspruchsverhalten des einzelnen wird dadurch beeinflußt, daß die Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten als „kostenlos“ empfunden werden kann. Den Versicherten sind die Kosten der einzelnen Leistungen nicht erkennbar. Die Versicherungsbeiträge wirken für den Versicherten durch den Arbeitgeberanteil und den Abzug des eigenen Anteils durch den Arbeitgeber als „verdeckte Beiträge“. Die Kenntnis eines hohen Beitrages kann aber auch konsumsteigernd sein."

Gesundheitsprogramm 1978

Das Gesundheitswesen muß im Interesse der Bürger und der Gesellschaft leistungsfähig bleiben. Der medizinisch-technische Fortschritt muß auch in Zukunft zu sozial tragbaren Preisen erreichbar sein. Die Ausgaben für das Gesundheitswesen dürfen weder die jeweiligen Grenzen der Leistungsfähigkeit unserer Volkswirtschaft noch die der Belastbarkeit des einzelnen übersteigen. Der Gedanke der Wirtschaftlichkeit muß im Gesundheitssystem mehr Bedeutung erhalten.

Die Finanzprobleme sind inzwischen so gravierend geworden, daß sie mittels gängiger Patentrezepte nicht zu lösen sind. Weder der von den SPD-Politikern geforderte Honorarstop für Ärzte und die Festschreibung der Pflegesätze in den Krankenhäusern noch die Vorstellungen der FDP über die Wahltarife für den Patienten können als brauchbare Vorschläge bezeichnet werden. Wirksame und tragfähige Maßnahmen zur Kosteneindämmung müssen vielmehr alle Beteiligten ausgewogen in die Pflicht nehmen. (Hierzu ist es erforderlich, alle Beteiligten zu einer gemeinsamen Aktion zusammenzuführen, bei der eine Gesamtkonzeption erarbeitet und verwirklicht werden muß.) Zur Verbesserung der Effizienz des Gesundheitswesens bieten sich ohne Eingriffe in die Freiheitlichkeit des Systems an:

- Kostensenkung durch Rationalisierung und bessere Organisation der Leistungserbringung

Vorsorge (Prävention)

DGB

11. DGB-Bundeskongresse 1978

„Eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung kann deshalb nur erreicht werden, wenn die Gesundheitspolitik verstärkte Anstrengungen unternimmt, um die Entstehungsursachen von Krankheiten zu erforschen und zu bekämpfen. Sie muß schwergewichtig Maßnahmen fordern, die der umfassenden Vorsorge dienen und die Ursachen von Krankheiten dort abbauen, wo sie entstehen – vor allem in der Arbeitswelt und in der sozialen Umwelt der Bürger.“

Wichtigster Ansatzpunkt für eine umfassende Vorsorge bleibt deshalb die Verbesserung der Arbeits- und Lebensverhältnisse:

- Die Vollbeschäftigung ist auch im Hinblick auf die psychischen Folgen von Arbeitslosigkeit zu verwirklichen.
- Die Gesundheit des Arbeitnehmers muß Vorrang vor dem Gewinnstraben der Wirtschaft haben.
- Das Arbeitssicherheitsgesetz ist auf alle Arbeitsbereiche anzuwenden.

- Die Arbeitszeitordnung von 1938 ist im Sinne gesundheitsgerechter und humaner Arbeitsbedingungen zu novellieren.
- Die Nacht- und Schichtarbeit ist auf ein Mindestmaß zu beschränken, Überstunden und Bereitschaftsdienste sind abzubauen.
- Der Katalog über anerkannte Berufskrankheiten ist durch verstärkte Forschung und eine verbesserte Erfassung von Gesundheitsdaten im Betrieb zu erweitern und laufend zu aktualisieren. Dabei muß der Datenschutz gewährleistet sein.
- Lebensmittel müssen durch gesetzliche Vorschriften von Gesundheitsrisiken so weit wie möglich freigehalten werden.
- Die Arzneimittelsicherheit ist zu erhöhen, der Arzneimittelmarkt muß für Patient und Arzt überschaubar gemacht werden.
- Die Umweltpolitik muß der Einschränkung umweltfeindlicher Produktionen und gesundheitsgefährdender Produktionsverfahren dienen.

Selbstverantwortung der Betroffenen durch Selbstverwaltung

Nur durch Mitsprache und Mitverantwortung, nicht durch Selbstbeteiligung, kann die individuelle Bereitschaft zum Abbau von Krankheitsursachen geweckt werden.

Für eine auf umfassende Vorsorge ausgerichtete Gesundheitspolitik ist deshalb die Stärkung der Selbstverwaltung der Sozialversicherung unumgänglich. Darüber hinaus ist eine regionale Selbstverwaltung des Gesundheitswesens durch Versicherte, Beschäftigte im Gesundheitswesen und Vertreter der Gebietskörperschaften anzustreben, die die Bedarfsplanung steuert und die Schwerpunkte für die Gesundheitssicherung der Bevölkerung setzt. Dabei hat der Staat entsprechend seiner Gesamtverantwortung für die soziale Sicherheit die Rahmenbedingungen vorzugeben und einen gesetzlich festgelegten Handlungsrahmen für die Selbstverwaltung zu schaffen. Ein erster Schritt in diese Richtung ist die Selbstverwaltung der Sozialversicherung allein durch die Arbeitnehmer.“

Vorsorge (Prävention)

ÖTV

Perspektiven '77 zur Gesundheitspolitik

„Wir sind überzeugt davon, daß durch unsere Vorschläge zu integrierten medizinischen Versorgung die notwendigen Mittel freigesetzt werden können, um mehr Prävention betreiben und auf diese Weise erhebliche Kosten für die Krankenbehandlung einsparen zu können. Die Gewerkschaft ÖTV fordert deshalb eine Schwerpunktverlagerung auf die Gesundheitssicherung:

1. Prävention ist die Grundlage für eine umfassende Gesundheitssicherung.

Wegen der unzureichenden Erfolge der medizinischen Versorgung können Fortschritte in der Gesundheitssicherung nur durch vorbeugende Maßnahmen erreicht werden. Prävention ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Sie muß an den Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen ansetzen und gesundheitliche Risiken in der sozialen Umwelt vermeiden.

BdO

Vertreterversammlung / Dez. 79

„Es besteht heute allseits Einverständnis darüber, daß insbesondere vielen unserer chronischen Erkrankungen nur mit einer breit angelegten Gesundheitsvorsorge begegnet werden kann. (...) Die Krankenkassen haben stets vorgefragt, daß die Gesundheit individu-

SPD

10-Punkte-Programm 1975

„Die Verantwortung des einzelnen für seine Gesundheit darf nicht gemindert, sie muß vielmehr so gestärkt werden, daß er im Rahmen der ihm gegebenen Möglichkeiten solidarisch und selbstverantwortlich an der Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit mitwirkt. Dies setzt wesentlich bessere Information des Bürgers über seine soziale und gesundheitliche Situation und über Möglichkeiten der Mitwirkung an seiner Gesundheit mitwirkt. Dies setzt wesentlich bessere Information des Bürgers über seine soziale und gesundheitliche Situation und über Möglichkeiten der Mitwirkung an seiner Gesunderhaltung voraus.“

Für die nächste Zukunft stehen im Interesse der Gesundheit unserer Bürger folgende Aufgaben im Vordergrund:

- Gesundheitsgerechte Gestaltung der Umwelt und Durchsetzung des Verursacherprinzips soweit wie möglich.

CDU

Gesundheitsprogramm 1978

„Die vorbeugende Medizin ist Schwerpunkt der Gesundheitspolitik der CDU. Die Förderung gesunder Lebensbedingungen in allen Lebensbereichen, der Schutz vor vermeidbaren Umweltschädigungen, die Gesundheitsvorsorge und die Früherkennung von Krankheiten gewinnen zunehmend an Bedeutung aus humanen und aus ökonomischen Gründen.“

Gesunde Entwicklungsvoraussetzungen für das Kind und gesunde Umweltverhältnisse für jeden Bürger sind Grundbedingungen eines gesunden Lebens. Die Verwirklichung dieser Feststellung erfordert einen größeren Einfluß des Gesundheitswesens in allen Fragen der Raumordnung, der Stadtplanung und des Wohnungsbau.

Lebens- und Arbeitsbedingungen in der hochentwickelten Industriegesellschaft sind Ursache oder Müttersache von Zivilisationskrankheiten. Jede Gesellschaftsform hat ein für diese Gesellschaft typisches Gefährdungs- und Krankheitspanorama.

Weit verbreitete Volkskrankheiten, z. B. Herz- und Kreislaufkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie die Zuckerkrankheit und die Gicht, chronische Erkrankungen der Atemwege, besondere Krebsformen

Prävention kann durch gesetzliche Maßnahmen im Bereich

- des Umweltschutzes und
- des Arbeitsschutzes

erreicht werden. Die Mitbestimmung in allen Bereichen der Gesellschaft, insbesondere im Unternehmensbereich, ist dafür eine wichtige Voraussetzung.

Prävention bedarf ebenso der aktiven gewerkschaftlichen Gestaltung

- durch Tarifverträge und eine
- Motivierung der Vertrauensleute, Betriebs- und Personalräte.

Ein Ausbau der Gesundheitsaufklärung, der Vorsorgemaßnahmen und Früherkennung muß dazu beitragen, daß

- Krankheiten seltener auftreten,

- besser bekämpft werden können und
- die Selbstverantwortung der Betroffenen unterstützt wird.

2. Prävention braucht eine weitgehende Mitverantwortung der Betroffenen bei der Gesundheitssicherung.

- Die Versicherten sollen deshalb die Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger allein übernehmen. Dies gilt insbesondere für die gesetzlichen Krankenkassen, die zu umfassenden Einrichtungen der Gesundheitssicherung werden müssen.
- Langfristig ist eine Selbstverwaltung des Gesundheitswesens anzustreben, die aus Vertretern der Versicherten, der Beschäftigten im Gesundheitswesen und den Gebietskörperschaften besteht.

- Diese Selbstverwaltung steuert die Bedarfsplanung in der Region und setzt die Schwerpunkte für die Gesundheitssicherung der Bevölkerung.

eller Besitz, aber auch soziales Gut sei. Die Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung ist demgemäß ebenso abhängig von gesundheitsgerechten Lebens- und Arbeitsbedingungen wie auch von der Stärkung der Eigenverantwortung des einzelnen für seine Gesundheit.“

„Wir hoffen, daß ein breit angelegter Einstieg in die Gesundheitsvorsorge beginnen wird, nicht zuletzt, um damit langfristig die Krankenversicherung von ihren überproportional steigenden kurativen und rehabilitativen Ausgaben zu entlasten.“

- Verstärkte Bekämpfung der Ursachen arbeits- und berufsbedingter Krankheiten.
- Umsetzung der Arbeitsschutzregelungen in die betriebliche Praxis.
- Verstärkung der Aufklärung über gesundheitsgerechte Verhalten.
- Schaffung der Voraussetzungen für weitere Gesundheitsvorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen vor allem zur Bekämpfung der modernen Zivilisationskrankheiten.

Weitere Schwerpunkte für den Ausbau des Gesundheitswesens sind:

- Maßnahmen zur weiteren Senkung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit.
- Bekämpfung der fortschreitenden Frühinvalidität.
- Reform der psychiatrischen Versorgung. Hohe Priorität hat dabei die Einrichtung von sozialpsychiatrischen Diensten und die ambulante Behandlungsmöglichkeit durch stationäre Einrichtungen.

- Reorganisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der verstärkt die Gesundheit vor Umweltgefahren zu schützen hat. Darüber hinaus sind sozialhygienische und Gesundheitsfürsorgedienste weiter auszubauen und mit den Aufgaben der medizinischen Gemeindezentren zu koordinieren.
- Stärkung des Einflusses der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in allen Bereichen des Gesundheitswesens, um die Interessen der Versicherten an einer kostengünstigen, bedarfsgerechten medizinischen Versorgung wirksamer durchzusetzen.

Die Information über vorbeugende Gesundheitsmaßnahmen wie Impfungen und Untersuchungen, die kostenlos vom Staat angeboten werden, soll durch die zuständigen Bundesministerien wesentlich verbessert werden. Der Verwaltung müssen hinreichend Mittel zur Verfügung gestellt werden, um diese Maßnahmen durchzuführen zu können.“

(z. B. Lungenkrebs) und psychische Auffälligkeiten, sind jedoch in erheblichem Umfang durch persönliche Verhaltensweisen mitbedingt.

Wesentliche Faktoren einer ungesunden Lebensführung sind:

- Übergewicht
- Bewegungsarmut
- Mißbrauch von Alkohol und Tabak
- Arzneimittelmißbrauch und Rauschmittelsucht.

Gesundheit setzt damit die bewußt übernommene Selbstverantwortung jedes einzelnen für seine Gesundheit voraus. Erst der eigene Wille zur Gesundheit und eine daraus abgeleitete Lebensführung ermöglichen den individuell höchstmöglichen Gesundheitszustand.

Der Gesundheitserziehung (Gesundheitsbildung, Gesundheitsinformation, gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsmotivation) kommt daher besondere Bedeutung zu. Sie muß kontinuierlich, personengruppenbezogen und altersspezifisch erfolgen.

Den stärksten Einfluß hat das prägende Vorbild der Familie.

Von den bereits angebotenen Möglichkeiten zur Früherkennung des Krebses und von Vorsorgeuntersu-

chungen als Leistungen der Krankenkassen wird nicht in notwendigen Umfang Gebrauch gemacht. Dies führt zu vermeidbaren Krankheiten und Todesfällen. Es ist daher erforderlich, gezielt und kontinuierlich auf die Bedeutung der Früherkennung von Krankheiten und die Beratung im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen hinzuweisen, wobei die Krankenkassen eine besondere Einwirkungsmöglichkeit haben (Gutscheine, Berechtigungskarten, Erinnerung). Daneben ist ein Erinnerungs- und Bestellsystem durch die behandelnden Ärzte zu entwickeln und einzusetzen.

Der Katalog von Früherkennungsmaßnahmen ist um Krankheiten, die

- häufig sind
- im Frühstadium erkannt werden könnten
- bei frühzeitiger Behandlung gute Heilungsaussichten haben,

durch gezielte Forschungsförderung nach wissenschaftlicher Begründung und modellhafter Erprobung zu erweitern. Hierzu gehören bestimmte Krebsformen, Erkrankungen des Herz-/Kreislauf-Systems, Stoffwechselerkrankungen wie die Zuckerkrankheit, rheumatische Erkrankungen und die chronische Bronchitis.“

Rationalisierungsmaßnahmen in den städtischen Kliniken Duisburg

Offener Brief der Mitarbeiter der interdisziplinären Intensivstation

An Pflegedienstleitung der Städtischen Kliniken Duisburg
 Krankenhausleitung der Städtischen Kliniken, z.Hd. Herrn Kluth
 Herrn Dr. Falskamp, Ärztl. Direktor der Städt. Kliniken
 Personalrat der Städtischen Kliniken

Sehr geehrte Damen und Herren !

Aus Sorge um die pflegerische Versorgung der Patienten der interdisziplinären Intensivstation wenden wir, das Pflegepersonal der Abteilung, uns heute mit einigen Problemen an Sie.

Unser Haus besteht nunmehr seit Oktober 1977. Wie im Bericht der Fa. Kearny nachzulesen ist, betrug die durchschnittliche personelle Besetzung mit Pflegepersonal seitdem 20,2 Krankenpflegekräfte gegenüber einem Stellenplan von 28.

Diese Situation besteht unverändert fort, eine Änderung steht nicht in Aussicht.

Wie sich diese Zahlen in der Praxis auswirken, möchten wir Ihnen kurz schildern.

Zunächst möchten wir feststellen, daß die psychische und physische Belastung einer Pflegekraft auf unsere Abteilung durch einen außerordentlich hohen Anteil von schwerstkranken Beatmungspatienten sehr hoch ist. Die Anhaltszahlen der DKG von 1969 beruhen leider nicht auf konkreten Messungen der Tätigkeiten am Krankenbett. Ihr größter Mangel ist die fehlende Differenzierung zwischen verschiedenen pflegeaufwendigen Patienten. Allgemein wird dies beklagt, ein höherer Anteil von Pflegekräften pro Schwerstkranken scheint unbestritten notwendig. Wir aus der Praxis wissen nur zu gut, daß dies erforderlich wäre.

Erlauben Sie uns einige Berechnungen für unsere Abteilung. Unsere Erfahrung können wir zusammenfassen: pro Schwerstkranken ist pro Schicht eine vollexaminierte Pflegekraft notwendig, um eine halbwegs befriedigende Pflegeleistung für den Patienten zu schaffen, vor allem unter den besonderen Bedingungen einer hochtechnisierten Einheit wie der unseren. Die Technik einer Intensivstation spart nicht, nein sie kostet mehr Zeit für das Pflegepersonal. Ist eine Pflegekraft für mehr als einen Schwerstkranken verantwortlich, leidet, wie wir täglich erfahren, zwangsläufig

die eigentliche Krankenpflege darunter, sie wird zugunsten von unbedingt notwendigen Verrichtungen für die Lebenserhaltung reduziert. Ein Grund, warum Krankenhäuser und speziell ihre Intensivstationen so oft als inhuman bezeichnet werden.

Die Belegung unserer Abteilung liegt bei durchschnittlich 80 %, bei 12 vorhandenen Betten also bei 9,6 Betten. Wir schätzen, daß davon ca. 60 % Schwerstkranke mit hohem Pflegeaufwand und 40 % leichter Kranke sind, die zu zweit von einer Pflegekraft zu versorgen sind. In Zahlen: für die erste Kategorie wären, wohlgernekt pro Schicht, 5,76 Krankenpflegekräfte, für die zweite 1,92, insgesamt also 7,68 Personen erforderlich! Der teilweise sehr hohe Aufwand für Verwaltung, Ver- und Entsorgung, Labortätigkeiten im Notfall, Desinfektionen, Instandhaltungen und Aufrüsten von Geräten usw. dürfte unserer Meinung nach mit mindestens 1 Stelle pro Schicht zu bewerten sein. Am Ende ergibt sich also eine Zahl von ca. 9!

Multipliziert man diese mit der Anzahl der Schichten, nämlich 4 (Früh, Spät, Nacht, Frei), so kommt man auf eine Gesamtzahl von 36 zu besetzenden Stellen!

Die Differenz zu unserem tatsächlichen Stellenplan beträgt also, nach dieser Annahme, 8 Stellen! Und dabei ist noch nicht eine Krankmeldung, nicht ein Urlaubstag berücksichtigt!

Wie ist das möglich, daß trotzdem ein scheinbar geordneter Betrieb möglich ist? Durch drastische Einschränkung der Krankenpflege! Weiter unten möchten wir unsere Situation noch konkretisieren. Lassen Sie uns vorwegnehmen: eine ordentliche Versorgung, in pflegerischer Hinsicht, unserer Patienten ist nicht annähernd gesichert oder gewährleistet. Die wichtigsten Dinge, Mundpflege, Lagerung zur Verhinderung von Pneumonie und Druckgeschwüren, regelgerechte Bronchialtoilette, allgemeine Körperpflege und nicht zuletzt die psychische Betreuung von Menschen in der schrecklichen Isolation einer Intensivstation: das meiste wird zwangsläufig zugunsten der allerwichtigsten Maßnahmen der Therapie vernachlässigt, ja unterbleibt häufig ganz. Leider meist Dinge, die Ärzte aus ihrer Sicht nicht wahrnehmen!

Die Folgen für die Patienten beurteilen mögen Sie selber, von volkswirtschaftlichen Kosten sei hier gar nicht die Rede.

Bitte, rufen Sie sich jetzt aber einmal die erste Zahl dieser Zeilen in Erinnerung: unsere durchschnittliche Stellenplanbeset-

zung lag bisher bei 20,2!! Können Sie sich vorstellen, wie groß die Diskrepanz zwischen unserer pflegerischen Wirklichkeit und einer qualitativ guten Versorgung, wie wir sie gerne durchführen würden, ist? Lassen Sie uns bitte weiter unsere augenblickliche Situation schildern: Derzeit sind 24 Stellen besetzt, plus einer Stelle, die durch 4 Krankenpflegeschüler besetzt wird, nebenbei ein utopischer Satz, Schüler der allgemeinen Krankenpflege sind auf einer Intensivstation nicht annähernd so hoch zu bewerten.

Von diesen 25 besetzten Stellen wird zum 1. 4. 1980 eine durch Abgang frei, die durch eine Versetzung von der Neurochirurgischen Intensiv wieder ausgeglichen wird. Zum 1. 5. verläßt eine weitere Kraft das Haus. Eine weitere Schwester geht in Mutterschutz, von weiteren Kündigungen ist derzeit die Rede.

Es bleiben also weiterhin 4 Stellen unbesetzt. Zur Realität: von den vorhandenen Stellen müssen die Stationsschwester und ein Pfleger, der sich hauptsächlich um die Technik kümmern muß, abgerechnet werden. Bleiben 22 für die Arbeit am Krankenbett. Bewerbungen liegen nach unseren Informationen nicht vor. Es bleibt also beim obig beschriebenen Zustand!

Bisher wurde noch nichts über die persönliche Situation der Mitarbeiter gesagt. Die Belastung ist außerordentlich groß, im letzten Jahr leisteten wir weit über 4000 Überstunden. U.a. an Wochenenden, wo eine Schicht auch noch geteilt werden muß, so daß es vorkommt, daß 2 Krankenpflegekräfte und 1 Schüler über Tage für 12 Personen verantwortlich sind! Die Konsequenzen sind an einer außerordentlich hohen Fluktuation des Personals zu sehen: von den Kollegen, die bei der Eröffnung des Hauses dabei waren, sind noch 4 übriggeblieben! Zu Ihrer Information: von allen Schwestern und Pflegern sind übrigens auch nur 2 Fachschwestern für Intensiv- und Anaesthesia, meist wird der laufende Fortbildungskurs nach Resignation durch Kündigung abgebrochen. Fassen wir zusammen: wir sehen uns unter diesen Umständen nicht länger in der Lage, die Verantwortung für unsere Patienten zu übernehmen. Daher werden wir uns heute an Sie und fordern Sie auf:

- Unternehmen Sie alle nur möglichen Anstrengungen, zum 1. 4. 1980 unseren Stellenplan zu 100 % zu besetzen, d.h. zunächst 28 Stellen.

2. Um eine korrekte Bewertung unserer Leistung und der notwendigen Personalaufwendungen zu erstellen, sollte ein Anschlußgutachten nach Kearny durch eine unabhängige Kommission von Fachkräften über längere Zeit eine genaue Messung der Pflegeaufwände durchführen. An Hand dieser Untersuchung müßte eine Neuberechnung des Stellenplans erfolgen. Wir müssen feststellen, daß durch die Firma Kearney dies in keiner Weise geleistet worden ist, ihr Gutachten sagt über Pflegenotwendigkeiten an Hand von Patientenklassifizierung nichts aus und ist damit eigentlich sinnlos!

3. Um einen geringen Ausgleich für die übermäßige Belastung für die Mitarbeiter zu erzielen, sollte rückwirkend zum

1. 1. 1980, eine befristete Gehaltszulage für jeden gezahlt werden, die sich in der Gesamtsumme auf 40 % der eingesparten Gehälter durch unbesetzte Stellen, mindestens aber 100 DM monatlich belaufen sollte. Dabei dürfen wir aufzeigen, daß unser Personal seit Bestehen des Hauses 546000 DM durch nicht besetzte Stellen eingespart hat! (35000 DM Durchschnittskosten : 12 x 26 x 7,8)

4. Die Diskussion über eine evtl. Zusammenlegung der interdisziplinären und neurochirurgischen Intensivstationen darf nicht zu dem Ergebnis führen, daß insgesamt an diesen Stationen Betten gestrichen werden. Die Belegungszahlen von 80 % und 100 % bezeugen, daß ein Bedarf für alle Betten vorhanden ist.

Nötig werden daher doch in der Zahl der ursprünglichen Betten – aber mit einem verminderten Personalstamm versorgt werden müssen. Dadurch würde unsere Belastung weiter gesteigert. Dies ist schlechterdings nicht denkbar!

Abschließend bitten wir Sie, dieses Schreiben wohlwollend zu prüfen. Es entstand in der Sorge um unsere Patienten und unsere Mitarbeiter.

Für eine baldige Antwort wären wir Ihnen dankbar.

Mit freundlichen Grüßen
Das Pflegepersonal der Interdisziplinären Intensiv – II 13 –

Verantwortlich I.S.d.P. – Günther Stratmann, Duisburg 1, Stapeitor 17/1

Kleines Lexikon der Sozialwahlen

Selbstverwaltung

Die mehr als 1500 Träger der Sozialversicherung in der Bundesrepublik und in West-Berlin sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Versicherte und Arbeitgeber bestimmen über gewählte Vertreter mit, was in den Krankenkassen, Rentenversicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften passiert. Dazu sind bei jedem Versicherungsträger zwei Organe eingerichtet: Vertreterversammlung und Vorstand. Sinn der Selbstverwaltung ist es,

- im Rahmen der Gesetze durch die Satzung die Leistungen des Versicherungsträgers festzusetzen;
- den Versicherungsträger zu verwalten;
- zwischen den Versicherten, den Arbeitgebern und der Verwaltung einen möglichst engen Kontakt zu schaffen;
- die Anliegen der Versicherten der Verwaltung nahezubringen;
- für eine unbürokratische Auslegung und Anwendung der Gesetze zu sorgen.

In der Regel setzen sich die Selbstverwaltungsorgane der Versicherungsträger je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen. Ausnahme sind die Ersatzkrankenkassen. Hier sind die Sozialparlamente nur mit Versichertenvertretern besetzt.

Sozialwahlen

Alle sechs Jahre werden die Vertreterversammlungen der Krankenkassen, Rentenversicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften von den Versicherten

neu gewählt. Die Versichertenvertreter werden aufgrund von Vorschlagslisten aus dem Versichertenkreis gewählt. Der DGB und seine Einzelgewerkschaften können Kandidaten vorschlagen.

Vertreterversammlung

Die gewählten Vertreter bilden die Vertreterversammlung, das „Parlament“ des Versicherungsträgers. Sie wählt den Vorstand. Weitere Aufgaben sind:

- den Haushalt zu beschließen;
- den Jahresrechnungsabschluß zu prüfen;
- den Geschäftsbericht des Vorstandes zu billigen;
- die Satzung zu beschließen;
- Richtlinien für die Gewährung von Kuren und Heilverfahren zu entwickeln;
- den Beitragssatz zu bestimmen (ausgenommen in der Rentenversicherung);
- den Bedarf für die ambulante ärztliche Versorgung festzustellen.

Zu ihren Aufgaben gehört es auch, geeignete Maßnahmen anzuregen

- zur vorbeugenden Gesundheitspflege und zur Unfallverhütung;
- zur beruflichen Wiedereingliederung erwerbsminderter Versicherter;
- zur wirtschaftlichen Sicherung während der Durchführung von Heil- und Rehabilitationsmaßnahmen.

Vorstand

Der Vorstand ist die von der Vertreterversammlung gewählte „Regierung“ des Versicherungsträgers. Zu seinen Aufgaben gehört es,

- die von der Vertreterversammlung angeregten Maßnahmen zu prüfen und gegebenenfalls durchzuführen;
- den Versicherungsträger gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten und zu verwalten;
- den Entwurf des Haushaltplanes für das kommende Jahr aufzustellen und ihn der Vertreterversammlung zur Beschlusffassung zuzuleiten;
- die Jahresabrechnung zu prüfen und sie der Vertreterversammlung zur Abnahme vorzulegen;
- den jährlichen Geschäftsbericht zu erstatten;
- das Vermögen des Versicherungsträgers anzugeben;
- Richtlinien für die Führung der Verwaltungsgeschäfte zu erlassen;
- die Personalpolitik des Versicherungsträgers festzulegen;
- der Vertreterversammlung einen Geschäftsführer zur Wahl vorzuschlagen;
- die Beschlüsse der Vertreterversammlung vorzubereiten;
- die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu kontrollieren.

aus: ÖTV-Magazin 12/79

Initiative

INITIATIVE - Redaktionskollektiv
Postleiterkarte A-051507
1000 Berlin 27

Zeitung für Menschen aus der Krankenpflege

Wir sind Krankenpflegerinnen und Pfleger, die eine Zeitung für alle fortschrittlchen und interessierten Menschen in der Krankenpflege machen. Im Betrieb und in der Ausbildung möchten wir der Zeitung über fortschrittlche Inhalte und Initiativen in unserem Arbeitsbereich, sowie über wichtige Fragen allgemein-gesellschaftlicher Bedeutung berichten. Wir möchten einen Beitrag leisten zur stärkeren Zusammenarbeit, zum festeren Zusammenschluß fortschrittlcher Menschen in der Krankenpflege. Wir treten ein für eine an den Bedürfnissen der SchülerInnen/er orientierte Ausbildung, für eine auch vorbeugende Volksmedizin, gegen die Trennung von Hand- und Kopfarbeit in der Medizin, gegen Arbeitshetze und Stellenabbau, Bettentziehungen und Rationalisierung auf unsere und der Patienten Kosten. Wir sind entschieden gegen Jede Unterdrückung von Frauen in Ausbildung, Medizin und Gesellschaft. Wir treten ein für den festen Zusammenschluß der im Gesundheitswesen tätigen fortschrittlchen Menschen.

Schwerpunktmaßig wird in der Zeitung berichtet über

- die Situation in der Krankenpflegeausbildung
- Frauen im Gesundheitswesen
- Fortschrittliche Initiativen in der Krankenpflege
- Betriebsrats- und SV-Arbeit
- wichtige gesellschaftliche und gesundheitspolitische Themen
- die Arbeitssituation in den Betrieben.

Gerade die "Initiative" der/des Einzelnen ist wichtig, wenn es darum geht, von Mißständen auf der Station, von der Basisarbeit in den Krankenhausern zu berichten. Schreibt massenhaft an unsere Kontaktadresse, schick Artikel und kritisiert die Zeitung!

Name, Vorname

Straße, Ort

Unterschrift u./o. Firmenstempel

evtl. Angaben über den Arbeitsbereich

- Ich interessiere mich für die Zeitung - schick mir doch bitte ein Probeexemplar der INITIATIVE.
- Ich möchte die INITIATIVE für 1 Jahr (mind. 4 Nummern) abonnieren - DM 10 (incl. Porto) liegen bei.

Die Neue ^{*}Keine TAGESZEITUNG

Schublade paßt

*Links,
unabhängig,
aber freilich
parteilich



Das NEUE-Abo kostet im Vierteljahr DM 46,50. Nutzen Sie aber zunächst unser Angebot zum Kennenlernen: DIE NEUE eine Woche kostenlos ins Haus. Senden Sie uns einfach folgenden Coupon oder eine Postkarte. Name und Adresse nicht vergessen.
Ich bestelle die NEUE unverbindlich eine Woche zur Probe.

Name

Straße

Ort

Unterschrift

an: DIE NEUE Abt. W/32
Oranienburger Str. 170/172, 1000 Berlin 26