

ZEITSCHRIFT IM GESUNDHEITSWESEN

Dr. med. Malense

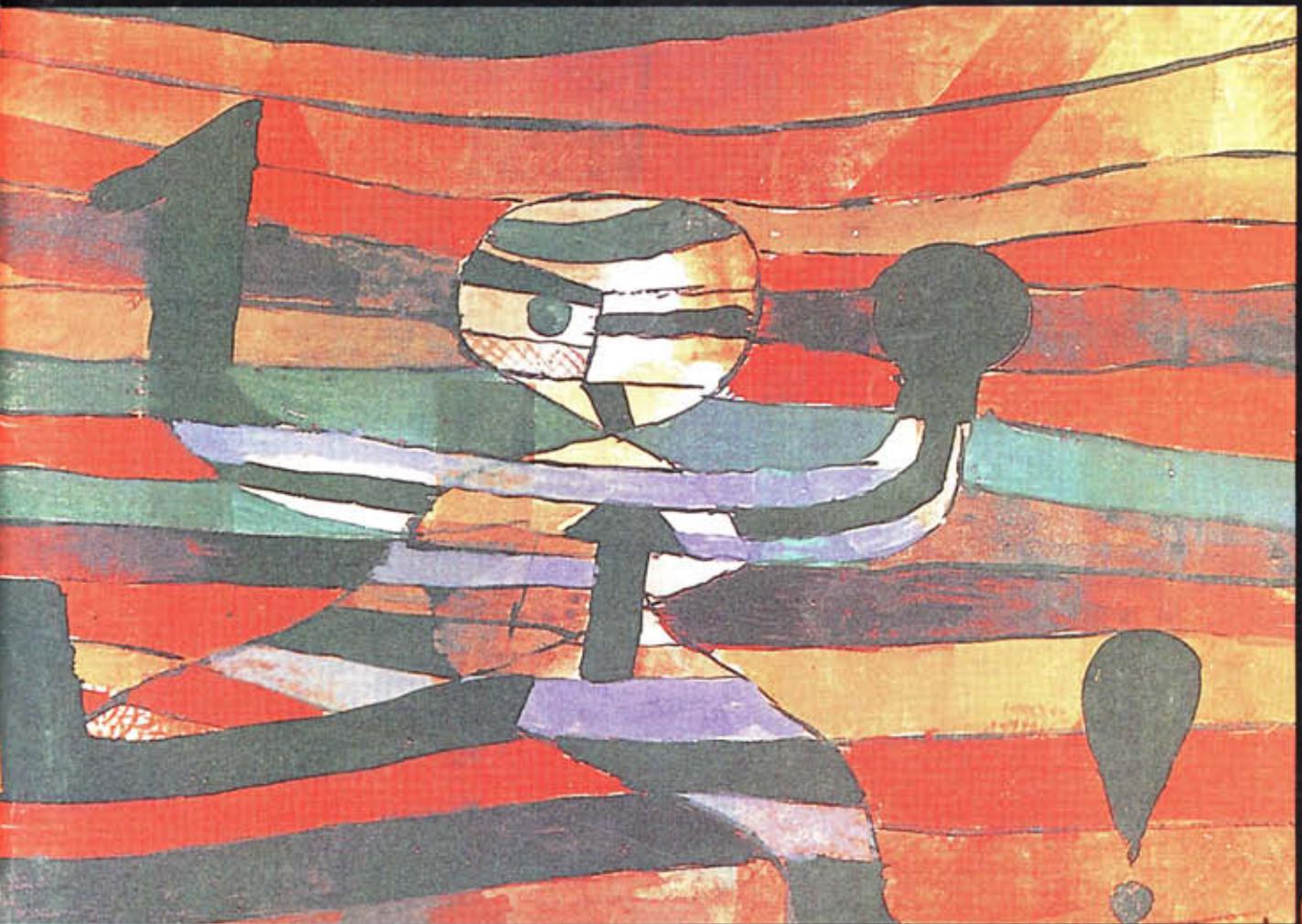
Nr. 69

Dezember 1990

15. Jahrgang

D 6424 F

6 DM



KRITISCHE GESUNDHEITS- POLITIK — QUO VADIS

POLIKLINIKEN: NIEDERLASSUNGSZWANG
GESUNDHEIT IN DER UDSSR
DDR-IDENTITÄTEN



ÄRZTE- OPPOSITION

Erfolge, Scheuklappen und Perspektiven

Der 1976 gegründete Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ) versteht sich als linke und alternative Gruppierung innerhalb der einflußreichsten Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Die wichtigste Aufgabe des Vereins besteht sicher in der Koordinierung der Aktivitäten der oppositionellen Ärztelisten in den verschiedenen Landesärztekammern. Im folgenden bilanziert der erste Vorsitzende Winfried Beck die Politik des VDÄÄ und benennt Aufgaben und Perspektiven in der vergrößerten deutschen Republik.

Was wäre eigentlich anders, gäbe es keinen VDÄÄ? Sicher wäre die alternative, oppositionelle Stimme innerhalb der einflußreichsten Berufsgruppe unseres Gesundheitswesens schwächer. Der monolithische Block der Standesverbände und Selbstverwaltungsorgane hätte noch weniger Risse. Die oppositionellen Kammerlisten wären schlechter koordiniert, ihre Aktionen noch vereinzelter. Andererseits ist der VDÄÄ aus diesen Listen hervorgegangen, und ist die Machtübernahme der ehemaligen Opposition in der Berliner Ärztekammer natürlich ohne den VDÄÄ erfolgt. Aber hat unser Druck nicht wesentlich dazu beigetragen, daß die Bundesärztekammer heute die Apartheid verurteilt, daß das Präsidium des Deutschen Ärztetages aufgelöst wurde, nachdem wir einen Antrag auf Aufnahme gestellt hatten?

Der VDÄÄ ist nicht *die* Opposition, sondern deren organisierter, außerparlamentarischer Arm mit einem sozial- und gesundheitspolitischen Anspruch, der über die Einpunktelsetzung der IPPNW und des ökologischen Ärztbundes hinausgeht. Und er verfügt über ein Programm, das auch für außerhalb des VDÄÄ stehende Teile der Gesundheitsbewegung eine politische Grundlage darstellen kann.

Erfolge durch Kleinarbeit

Und hätte die konservativ-reaktionäre Standesriege, ungebremst durch eine wachsende Opposition, nicht noch effizienter Einfluß auf die Gesundheits- und Sozialpolitik genommen? Hat sich nicht ein vor wenigen

Jahren noch unvorstellbarer Wandel auch bei den Stellungnahmen und Positionen traditioneller Verbände vollzogen?

Stellungnahmen des neugewählten niedersächsischen Kammerpräsidenten Hajo Eckel gegen die zivile Nutzung der Kernenergie, Beschlüsse des Deutschen Ärztetages 1990 in Würzburg gegen Müllverbrennungsanlagen, gegen die Vermarktungsstrategien der Pharma-Industrie, die zu erwartende Empfehlung einer Ärztinnen-Kommission auf Straffreiheit bei Schwangerschaftsabbruch, die Tendenz zur Anerkennung des Repräsentationsprinzips bei der Delegation der Opposition in die Kammergremien und zu den Deutschen Ärztetagen wäre ohne die jahrzehntelange Kleinarbeit der Opposition in den Kammern nicht erreicht worden!

Die neuerliche Verteidigung des Sachleistungsprinzips gegen die Forderung nach Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung durch Spitzenfunktionäre der Kassenärztlichen Vereinigung klingt wie ein Auszug aus dem Programm des VDÄÄ. Aber auch auf berufsspezifische Fragen, wie sie in den Selbstverwaltungsorganen behandelt werden, Fragen der Fort- und Weiterbildung haben wir zunehmend Einfluß genommen, geht es doch nicht nur um Perspektiven des ärztlichen Nachwuchses, sondern auch um konkrete Auswirkungen auf die allgemeine medizinische Versorgung der Bevölkerung.

Fehler durch Scheuklappen

Wo aber wurden Fehler gemacht? Gibt es neue Fragestellungen?

Durch den Zusammenbruch der sog. sozialistischen Länder, besonders der Ex-DDR wurde offenbar, daß auch der VDÄÄ, obgleich finanziell unabhängig, so doch politisch mit Scheuklappen versehen war. Die Gegner unserer Gegner waren sozusagen automatisch unsere Freunde und umgekehrt. Und über dieses vereinfachende Schema haben wir Menschenrechte und Ökologie jeweils unterschiedlich intensiv behandelt, anderen Kriterien untergeordnet; Repression angeprangert, zur Verfolgung in der DDR aber geschwiegen.

Den politischen Mißbrauch der Psychiatrie in der Sowjetunion „übersehen“ bzw. deren Kritik den Rechten überlassen zu haben, Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten in der Bürgerrechtsbewegung der DDR vor dem Abriß der Mauer vermieden zu haben, ist Teil jener Schuld. Wir haben alte Gewißheiten verteidigt, anstatt die Konfrontation mit der Wirklichkeit zu suchen.

Die veränderte Situation nach dem Beitritt der DDR zum Grundgesetz der BRD erfordert neue Konzepte und Antworten. Eine gesamtdeutsche Ärzteschaft steckt voller alter und neuer Widersprüche.

Auf welcher Seite stehen wir?

Aus der Zeit des Nationalsozialismus kennen wir die totale Einbindung der Ärzteschaft für die Ziele der Staatsmacht mit dem Hebel der Privilegierung. Nur wenige widerstanden, blieben einer Berufsauffassung treu, die jede Fremdbestimmung ihrer Beziehung zu den Patienten ablehnt. Unter veränderten Bedingungen hat sich unsere Berufsgruppe immer wieder zwischen diesen Polen zu entscheiden. Wo stehen wir, wenn die kranken, alten und behinderten Menschen zusätzlich belastet werden, die Ärzteschaft aber gleichzeitig mit hohen Einkommen geködert wird; wenn Arbeitsschutzmaßnahmen verzögert werden, Werksärztinnen gleichzeitig von den Eigentümern der krankmachenden Maschinen bezahlt werden; wenn der wachsende Individualverkehr die Straßen zu Schlachtfeldern macht, unsere Atemluft vergiftet, wir aber weiterhin mit PS-starken Autos unseren Arbeitsplatz ansteuern? Wenn wachsende Armut mit schlechten Wohnungs- und Ernährungsbedingungen viele Menschen krank macht, wir aber zu denen gehören, die teilhaben an dem auf der anderen Seite ebenfalls wachsenden Wohlstand.

Wir bleiben immer in der Gefahr, für übergeordnete Ziele einer Staatsmacht instrumentalisiert zu werden. Ohne einen Kompromiß zwischen den eigenen Interessen nach einer angemessenen wirtschaftlichen Absicherung und unserer sozialen Verantwortung wird es keine befriedigende Berufspraxis geben, wird die Ärzteschaft in einem großen Deutschland wieder einmal auf der falschen Seite stehen. Das Begriffspaar: Standespolitik versus Berufspolitik meint

genau diesen Widerspruch. Die Bewußtmachung, Ausformulierung, die konkrete, abgeleitete Politik ist Aufgabe der Ärzteepposition.

Die „Vereinigung“ hat zunächst einmal allerdings sehr unmittelbare Auswirkungen, die es zu bekämpfen gilt. Der Kahlschlag unter den berufsübergreifenden ambulanten Einrichtungen, die Massenkündigungen müssen rückgängig gemacht bzw. gestoppt werden, weil die Versorgung der Bevölkerung akut gefährdet ist. Wir sind es, die die Einhaltung des „Einigungsvertrages“ mit der 5jährigen Bestandsgarantie für Polikliniken fordern müssen, offenbar gegen die Väter dieses Vertragswerkes.

Weit ist die Kolonisierung der neuen Bundesländer fortgeschritten, und die Ärzteschaft war eine der aktivsten und erfolgreichsten Gruppen. Wie konnte es dazu kommen? Worauf müssen wir uns einstellen?

Ärzterschaft und Vereinigung

In vielem unterschied sich das Gesundheitswesen der Ex-DDR von dem der BRD. Hier interessiert vor allem eines: die relative Bedeutungslosigkeit der ärztlichen Berufsgruppe in der Ex-DDR, ein für die westdeutsche Ärzteschaft unerträglicher Zustand. (Die sogenannten Anbieter im Gesundheitswesen haben auf jeweils spezifische Weise das Terrain der Ex-DDR übernommen. Die Methoden und Erfolge der Pharma- und Geräte-Industrie sind sicher eine Analyse wert, können aber nicht behandelt werden.)

Die BRD-Ärzterschaft stand vor einer komplizierten Aufgabe. Die Bundesärztekammer (BÄK) und auch die kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sahen vier Gefahren aus der Ex-DDR auf sie zukommen:

- die niedrigen Einkommen der Ärzte/innen,
- die Einheitlichkeit der Sozialversicherung,
- die Vielfalt ambulanter Behandlungsstrukturen und
- die fehlende Selbstverwaltung.

Die BRD-Erfahrung hatte sie gelehrt: Hohe Einkommen bedeuteten auch ein hohes Sozialprestige, gegliederte Krankenversicherungen bedeuten auch zersplitterte Tarifgegnerschaft bei den Gebührenordnungsverhandlungen, das Behandlungsmonopol der Kassenärzte bedeutet Ausschaltung jeder Konkurrenz, Selbstverwaltung bedeutet Steuerung des Nachwuchses durch die Gestaltung und Überwachung der Weiterbildungsordnung.

Zur Übertragung der für die hiesigen Ärzte/innen so günstigen Strukturen auf die Ex-DDR mußte sich die BRD-Ärzterschaft nach zwei Seiten wehren: gegen die BRD-Sozialpolitiker (die durchaus Einsparungsmöglichkeiten bei der Teilübernahme von Ex-DDR-Strukturen sahen) — und gegen die Ex-DDR-Ärzterschaft selbst. Deren überwältigende Mehrheit zeigte nämlich zunächst wenig Interesse gegenüber den Ambitionen der westdeutschen Kollegen/innen. Ihnen ging es eher um den Erhalt ihrer Arbeitsplätze und zwar durch Erhalt der Strukturen, insbesondere im ambulanten Bereich.

Aufstieg und Niedergang des Virchow-Bundes

Der schon im November 1989 gegründete Virchow-Bund vertrat diese Positionen offensiv unter Verletzung einiger Tabus: Er öffnete sich auch für andere akademische Berufsgruppen — Psychologen und Naturwissenschaftler — und sprach sich für den Erhalt von ambulanten Einrichtungen aus,

in denen angestellte Ärzte/innen ohne ökonomischen Druck weiterhin tätig sein sollten.

Wegen der möglichen Attraktivität dieser Vorstellungen — auch für das Gebiet der Alt-BRD — wurde der Virchow-Bund sozusagen zum Abschluß freigegeben. Kollegialität hat schließlich dort ihre Grenzen, wo es um die Bewahrung eigener ökonomischer Vorteile geht. „Getrennt kämpfen, gemeinsam siegen“ war die Devise! Der Hartmann-Bund witterte bei abnehmender Resonanz bei Kammerwahlen in der BRD eine Chance zur Gewinnung neuer Mitglieder in der DDR und begann einen aggressiven Werbefeldzug mit offenem Angriff auf den Virchow-Bund, den er, ohne jeden Beleg, in Stasi-Nähe brachte.

Die Bundesärztekammer gab sich öffentlich konzilient, vermied aber konkrete Starthilfen und wies immer wieder diskret auf die Nähe des Virchow-Bundes zur Fraktion Gesundheit in Berlin hin. Der Marburger-Bund (MB), der sich selbst Ärzte-Gewerkschaft nennt, übernahm sofort nach der Auflösung der alten FDGB-Gewerkschaft für das Gesundheitswesen die Tarifführung für die Ärzte/innen, verhinderte Kontakte zwischen DAG und Virchow-Bund und vermittelte so den Eindruck, nur er könne die Interessen der weit über 90 Prozent angestellten Ärzte/innen wirksam vertreten. Das geringe Interesse der West-ÖTV an den Ex-DDR-Ärzten/innen machte es dem MB leicht.

Der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) schließlich unterschrieb einen Kooperationsvertrag mit dem Virchow-Bund und verzichtete bewußt auf eine Ausdehnung auf das Gebiet der Ex-DDR. Seine Repräsentanten ließen allerdings keine Gelegenheit aus zu betonen, daß allein ein so großer und erfahrener Verband wie der NAV die Interessen der niederlassungswilligen — beziehungsweise zur Niederlassung gezwungenen Poliklinik-Ärzte/innen — vertreten könne.

Die kassenärztliche Bundesvereinigung schließlich erwirkte in zäher Kleinarbeit, daß die ambulanten Ex-DDR-Einrichtungen eine Schonfrist von fünf Jahren erhalten und danach der niedergelassene Kassenarzt alleiniger Träger der ambulanten Versorgung wird. Bis dahin wurde in den Verwaltungsorganen (Treuhand) eine Überrepräsentanz der niedergelassenen Kassenärzte/innen gegenüber den angestellten Ärzten/innen garantiert.

Problemlos hingegen war die Einführung von Kammern als Selbstverwaltungsorgane und deren Konstituierung bis Anfang 1991, so daß zum Deutschen Ärztetag in Hamburg im Mai 1991 Delegierte aus den fünf neuen Bezirken bereits vertreten sein werden. Dieser Entwicklung und diesem Druck war der Virchow-Bund nicht gewachsen: Die Mitgliederzahlen blieben weit hinter den Erwartungen zurück — es fehlte Geld, die Organi-



Demonstration der hessischen Ärzteepposition vor dem AKW Biblis 1989



VDÄÄ-Aktion gegen Apartheid auf dem Berliner Ärztetag 1989

sation drohte zusammenzubrechen. Am 30. September warf er das Handtuch (einige Mitglieder wollen allerdings wegen einiger Formfehler gegen diese Auflösung klagen) und empfahl seinen Mitgliedern, in den NAV und den MB einzutreten.

Für viele ehemalige Virchow-Bund-Mitglieder wird es allerdings ein böses Erwachen geben. Schließlich sind doch alle westdeutschen Standesverbände ausgemachte Verfechter des KV-Behandlungsmonopols, streben also mehr oder weniger schnell die Beseitigung alternativer Versorgungsmodelle im ambulanten Bereich an und damit die Vernichtung dieser Arbeitsplätze, ohne die versprochenen Einkommen im Niederlassungsbereich garantieren zu können, weil diese bei den BRD-Vermarktungsbedingungen sich nach der wirtschaftlichen Kraft des Ex-DDR-Gebietes richten (Kopplung an die Grundlohnsumme).

Aber auch in der Ex-DDR gibt es Menschen, die neben ihrem unmittelbaren Interesse an der existentiellen Absicherung Anspruch auf soziale Verantwortung — und hier konkret eine bessere Medizin in ganz Deutschland — aufrechterhalten, und zwar ohne Rücksicht auf ärztliche Privilegien. Diese Kollegen/innen haben den Schritt in den NAV oder MB nicht oder nur schweren Herzens vollzogen, oder sie sind in der neuen IPPNW, die sich Ärzte für soziale Verantwortung nennen, organisiert.

Linker Handlungsbedarf

Angesichts des zu erwartenden Sozialabbaus in Ost und West, der verschärften ökologischen Krise durch die Ex-DDR-Altlasten und dem damit zusammenhängenden abnehmenden Interesse an den Problemen der Entwicklungsländer bleibt linker Handlungsbedarf. Und wenn es stimmt, daß die Ärzteschaft nun erst recht und überall das Gesundheits- und Sozialwesen dominiert, dann bedarf es auch genau innerhalb dieser Berufsgruppe einer Opposition mit neuen Bündniskonstellationen.

Der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte begreift sich auch weiterhin als Forum und Koordinator der ÄrztInnenopposition.

Solange der Virchow-Bund alleiniger und authentischer Vertreter von zirka 4000 der 25000 Ex-DDR-Ärzte/innen war, hatte der VDÄÄ eine Mitgliederwerbung in der DDR abgelehnt. Nach dem Bekanntwerden der Auflösungstendenzen des Virchow-Bundes beschloß die Mitgliederversammlung des VDÄÄ am 30. September in Frankfurt am Main, an die Ex-Virchow-Bund-Mitglieder zu appellieren, sich dem VDÄÄ anzuschließen.

Die veränderte Situation durch den Beitritt der DDR zum Grundgesetz der BRD ist natürlich nicht nur organisatorisch zu meistern. Die Ärzteopposition braucht auch ein neues Programm, eine neue inhaltliche

Grundlage, neue Zielbestimmungen unter Verarbeitung von Lehren aus Fehlern der Vergangenheit — gerade auch im Westen.

Wir bieten deshalb an, unser Programm zu diskutieren, es zu aktualisieren, um es dann bei der Jahreshauptversammlung im September 1991 verabschieden zu können. Die Aufarbeitung der Fehler eines Teils der hiesigen Linken — zu denen ich auch mich selbst zähle — muß sich in einem zukünftigen Programm ebenso widerspiegeln wie die deprimierenden Erfahrungen der ohnmächtig einer Zentralgewalt ausgelieferten Kollegen/innen aus der Ex-DDR.

Ob es uns in der Zwischenzeit gelingt, Einfluß auf die Kammerwahlen in den neuen Bezirken zu gewinnen, ist allerdings fraglich, nachdem die Zusammensetzung der „vorläufigen Kammervorstände“ nicht immer demokratisch erfolgte. Jedenfalls haben wir angeboten, bei der Vorbereitung und Aufstellung der Listen aktiv zu helfen. Wahrscheinlich werden die Ex-DDR-Kammerwahlen jedoch vorrangig Persönlichkeitswahlen sein, wird die Zusammensetzung politisch eher zufällig erfolgen. Wir stehen hier ganz am Anfang neuer Möglichkeiten. Und warum sollte diese neue Situation nicht auch eine ungeahnte Chance für eine zukünftige inhaltlich und organisatorisch gestärkte Ärzteopposition sein? ●

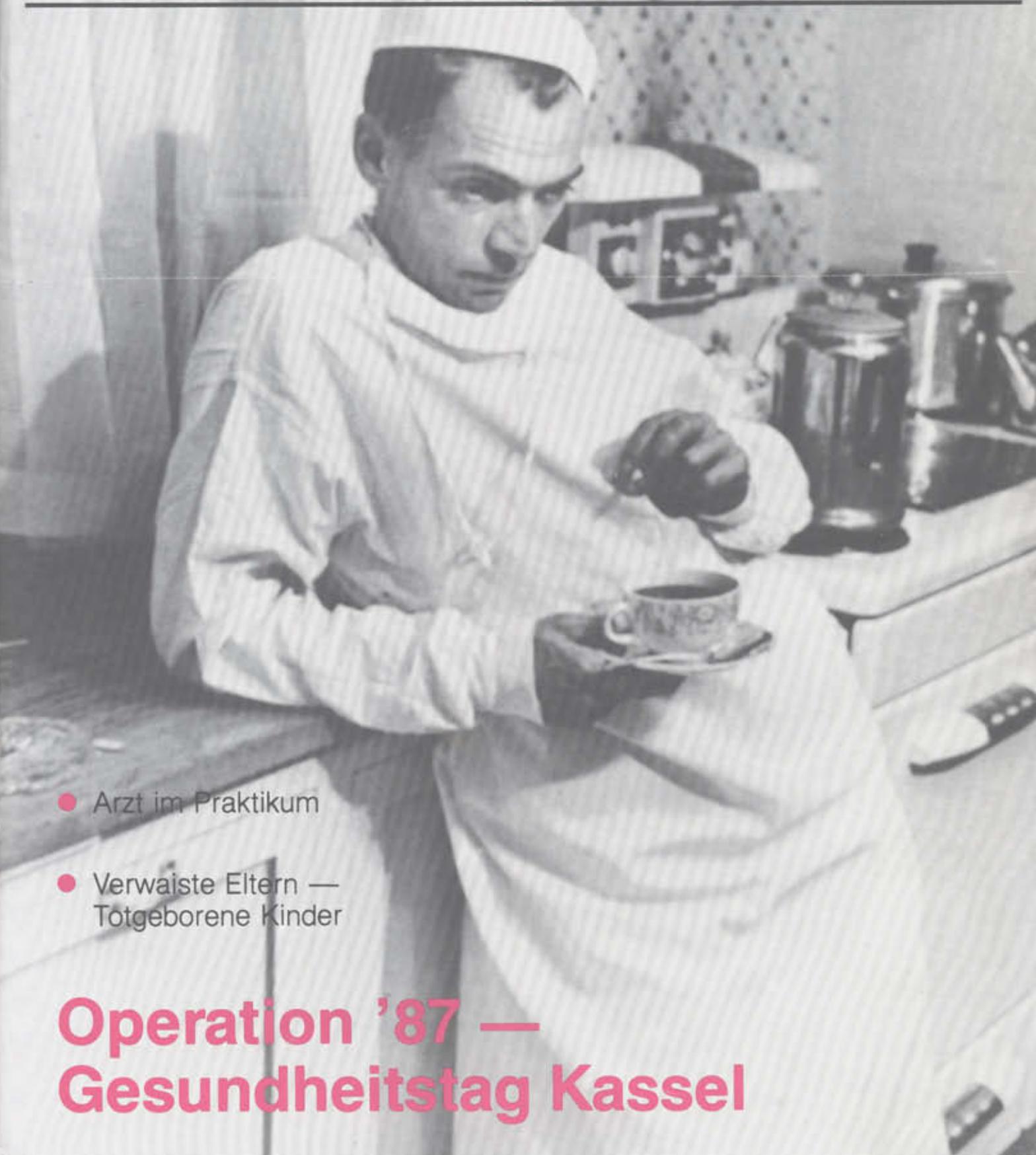
Winfried Beck

D 6424 F
ZEITSCHRIFT IM GESUNDHEITSWESEN

DM 4.50
Stf. 5.00/Ö.S. 35.00

Dr. Axel Malinse

12. Jahrgang, Februar/März 87, Nr. 46



- Arzt im Praktikum
- Verwaiste Eltern —
Totgeborene Kinder

**Operation '87 —
Gesundheitstag Kassel**

Gruppenpraxen

Ziele von einst, Realität von heute

Vom 10. bis 12. Oktober fand in Berlin anlässlich des zehnjährigen Bestehens des Gesundheitszentrums Gropiusstadt ein überregionales Gruppenpraxen-Treff statt. Zu Beginn wurde eine Standortbestimmung versucht, anhand des Einleitungsreferat »Ziele von einst, Realität von heute« von dem Berliner Arzt Godwin Jeschal, das wir nachfolgend abdrucken. (Zur Historie und zur Diskussion um Gruppenpraxen-Projekte s. auch Mabuse Nr. 16 (1980: »Gesundheitszentrum Gropiusstadt«) und Mabuse Nr. 34 (1984: Gruppenpraxen im Rhein-Main-Gebiet).)

Kontroversen gab es auf dem Treffen einzig um die Ansprüche ans »Kollektiv«. Kritik kam, daß das Treffen »einseitig arztorientiert« gewesen sei. In der Frage der Machtbeteiligung der anderen Berufsgruppen innerhalb der Praxis schieden sich die Geister. Zugespielt lief diese Diskussion auf den Gedanken einer Trennung zwischen zwei Modellen hinaus: einmal die, die den Kollektivprozeß als das »eigentlich Politische« der Gemeinschaftspraxis ansehen, und die, die bestimmte Aspekte der Gemeinschaftspraxis als »Grundlage für angenehme Arbeitsbedingungen nehmen oder für eine alternative Funktionärskarriere«, so der Vorwurf.

Das nächste Gruppenpraxen-Treffen wird in Heidelberg stattfinden, voraussichtlich im Herbst 1987. Für Heidelberg hofft man auf eine konstruktive und nicht-ausgrenzende weitere Diskussion dieser Problematik, und auf möglichst viele Arbeitsgruppen/Themenangebote von den nichtärztlichen Praxismitgliedern.

Liebe Mitstreiterinnen,
liebe Mitstreiter,

Streit stand am Anfang unserer Überlegungen und Tätigkeiten. Mit allen lagen wir damals im Streit: untereinander, mit den Ärzten, den Eltern, den auszubildenden Professoren, einem Teil der Kommilitonen und Kommilitoninnen, der Arbeiterbewegung, den Parteien, mit der gesamten Gesellschaft.

Wir suchten die Auseinandersetzung, hielten sie für unabdingbar. Wir erkannten, daß ohne Streit keine Veränderung möglich ist. Und verändern wollten wir möglichst alles, und das auch noch sehr schnell. Wir hatten das Gefühl, ständig mehr zu werden. Unsere Analysen waren richtig, und die gesamtgesellschaftliche Situation ließ uns das Gefühl, daß ohne Zukunftsangst die Umwälzung dieser Gesellschaft anzupacken wäre. Das war die Situation für diejenigen, die 1968 im medizinischen Sektor der Gesellschaft genauso wie in anderen Sektoren von der Politisierung erfaßt wurden.

Die Politisierung vollzog sich entlang von Themen, die teilweise bis heute aktuell geblieben sind: die Arbeitsbedingungen im Studium, Haltung von Vorgesetzten und Funktion ärztlicher Organisationen im Nationalsozialismus.

In zahlreichen Gruppen wurden Diskussionen geführt. Die intellektuellen Voraussetzungen für erfolgreiche Streitigkeiten wurden geschult an Hand der marxistischen Klassiker. Die Notwendigkeit zum Zusammenschluß, der Gruppenbildung, ergab sich zwingend aus der Analyse über die Bedingungen zur Durchsetzung politischer Forderungen. Und gleichzeitig erlebten wir Gruppensituationen, lernten, unsere Position in der Gruppe einzuschätzen und eventuell

durchsetzen. So bildeten sich der »Bund medizinischer Arbeiter«, das »Kollektiv sozialistischer Mediziner«, die »kommunistische Zelle Medizin«, und andere Gruppen. 1970 kam es in Berlin zum ersten Eklat, als angehende Ärzte anlässlich des deutschen Ärztekongresses Flugblätter vor den Tagungsräumen verteilten und auf Diskussion statt Vorträgen bestanden. Ein Jahr später gründeten sich im Rahmen einer Zusammenarbeit zwischen Humanistischer Union und der psychotherapeutischen Beratungsstelle für Studenten hier in Berlin die ersten Balint- und Selbsterfahrungsgruppen. Damit war der erste Kontakt mit der Psychotherapie hergestellt. Aus dieser Gruppe heraus wurden die ersten Vorstellungen entwickelt, wie in Zukunft ärztliche Tätigkeit im ambulanten Sektor aussehen könnte.

Noch aber herrschte die gewerkschaftliche Orientierung vor und damit die Projekte »Ambulanz« und »medizinisch-technischen-Zentren«. In diesen Projekten schienen die Gefahren privatwirtschaftlicher Organisationen ausgeschlossen sein: Aufgabe des gesamtgesellschaftlichen Veränderungsanspruchs zugunsten privater Interessen begünstigt durch die Möglichkeit zur Kapitalakkumulation.

Höhepunkt dieser Auseinandersetzung war der Marburger Kongreß »Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt« im Jahre 1973. Er ließ bei vielen Teilnehmern das Gefühl zurück, daß die Menge der Teilnehmer der Beweis dafür sein, daß unsere Ideen alle Gebiete der medizinischen und psychosozialen Versorgung durchdrungen hätten und schon von daher ein Rückfall im Grunde ausgeschlossen sei. Damit konnten sich die

jenigen beruhigen, denen die gewerkschaftliche Perspektive, Ambulatorien zu erkämpfen, zu weit entfernt erschien und deren politisches Konzept im Grunde aus der Parole bestand: »Wir warten nicht länger sondern probieren aus, was durchsetzbar ist«. Mit fünf Ansprüchen traten sie an. Die Gruppenpraxen sollten:

1. das Arzt-Patient-Verhältnis ändern
2. den Medizinbetrieb, d.h. die Praxis, transparent machen
3. die Kritikfähigkeit des Patienten gegenüber dem System entwickeln
4. die Praxis sollte ein Mosaikstein sein im Prozeß der sozialen und politischen Aktivierung des Patienten
5. eine Änderung des ärztlichen Bewußtseins einleiten durch die Zusammenarbeit im Kollektiv.

Hehre Ansprüche! Doch eigentlich versteckten sich hinter diesen Forderungen die massiven Probleme derer, die sie formulierten. Allen Forderungen gemeinsam war, daß sie im Grunde dazu dienen sollten, die Kluft zu überbrücken zwischen den Ideen, Ansprüchen und Ideologien und den sich abzeichnenden »realökonomischen Bedingungen«. Wir ahnten wohl schon, daß uns bald die Luft ausgehen würde in dem sich abzeichnenden Streit. Was lag da näher, als auf die »ungenutzte« Kraft der Bevölkerung zu schielen, darauf zu hoffen, daß ihre Kraft uns helfen könnte, den »täglichen Versuchen« zu widerstehen.

Eine Umfrage des Marburger Bundes 1973 ergab, daß sich 48,8% ihre weitere Perspektive in Form einer Gruppenpraxis vorstellten und 21% als Arzt/Ärztin in einem Ambulatorium. Trotzdem hatten diejenigen, die ab 1973 nun ganz konkret die Projekte der ersten Gruppenpraxis vorantrieben ständig mit dem Vorwurf ihrer »politischen Freunde« zu kämpfen, daß ihr Vorhaben ohne politische Perspektive sei, und sie sogar als Feigenblatt des Systems erhalten würden. Um diese Angriffe abzuwehren, wurden erbitterte Diskussionen geführt über gleiche Bezahlung, Gewinnabfuhr, Träger- und Genossenschaftsmodelle sowie Mitbestimmungsmodelle aller Beschäftigten der Gruppenpraxis. Lediglich die ökonomischen Bedingungen schienen ohne Problem zu sein: die ärztlichen Einkommen waren so hoch, daß die Finanzierung aller Vorhaben möglich erschien.



In der Vorbereitungszeit zeichnete sich schon ein für die Zukunft entscheidender Streitpunkt ab. Trotz aller ideologischer Klarheit in den Köpfen bildeten sich zwei Lager: das Lager der Ärzte, die das Kapital von den Banken vorgeschossen und damit Machtmöglichkeiten an die Hand bekamen, und das Lager der psychosozialen Mitarbeiter, deren ökonomische Lage immer abhängig bleiben würde, und deren Vertreter den Kampf um die Machtverteilung aufnahmen. Das Mitbestimmungsmodell im GZ-Gropiusstadt war schließlich das Ergebnis dieser Auseinandersetzung.



Schließlich wurde im Sommer 1976, als erstes Projekt, die Gruppenpraxis Gropiusstadt eingeweiht. Drei Jahre später folgte in Berlin noch die Praxis Heerstraße Nord. Damit war die „Kraft der ersten Welle“ verbraucht. Weitere Projekte für das Märkische Viertel und Lichtenrade verliefen im Sande.

Schon ein Jahr später rutschte „Gropiusstadt“ in die erste schwere Krise. Die wirtschaftliche Lage war so katastrophal geworden, daß manche an eine Auflösung des gesamten Projektes dachten. Mehrere Gründe waren zusammengekommen: Irrsinnig hohe Mieten, überdurchschnittliche Gehälter, Mitbezahlung von psychosozialen Angeboten hatten die Kosten sowieso erheblich gesteigert, hinzu kamen aber auch auf ärztlicher Seite die Unfähigkeit, teilweise ideologisch verbrämt, eine angemessene Abrechnung durchzuführen. Das ganze Dilemma wurde zu spät erkannt. Da zogen die Ärzte die Notbremse. Eine Umstrukturierung erfolgte, der Pool der gemeinsamen Bezahlung wurde aufgelöst, das Mitbestimmungsmodell nach wochenlangen Kämpfen aufgegeben. Enttäuscht kündigten daraufhin eine Reihe von engagierten Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen. Sie hatten, ganz persönlich, ihren Anteil an der Macht verloren.

Von nun an ging es Stück für Stück weiter in Richtung „Auflösung der Gemeinsamkeiten“. Viel ist nicht übriggeblieben in den Gemeinschaftspraxen der ersten Generation: kleinere Untergruppen von Ärzten bzw. Ärztinnen, persönliche Freundschaften eher, gemeinsame Fortbildung, die Möglichkeit zur schnellen konsiliarischen Frage, ein lockerer Ton untereinander, vielleicht eine geringere Distanz zu den anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen.

Auf dem Hintergrund der Erfahrungen der ersten Generation von Großgruppenversuchen gründeten Anfang der 80er Jahre

eine neue Reihe von Ärzten und Ärztinnen erneut Gemeinschafts- und Gruppenpraxen, allerdings von vornherein in kleinerem Umfang und unter teilweise bewußter Vermeidung von Problembereichen. Zwei Bedingungen bildeten dabei den Bezugsrahmen:

1. Die gewerkschaftliche Perspektive von Ambulatorien hatte sich überhaupt nicht realisieren lassen. Eine Legitimation in dieser Richtung entfiel also.
2. Die ökonomischen Bedingungen hatten sich nicht als so unbegrenzt erwiesen, wie es 10 Jahre vorher der Fall gewesen war und die zunehmende Arztdichte begann sich abzuzeichnen.

Die veränderten ökonomischen Bedingungen und der gleichzeitig geringere ideologische Legitimationsdruck bewirkten, daß nun zunehmende Forderungen nach Bezahlung der psychosomatisch, d.h. gesprächsorientierten Medizin laut wurden. Unsere Forderungen stießen dabei auf eine zunehmende Zustimmung und Erwartung größer werdender Patientenkreise, die ihre Beschwerden nicht mehr mittels technischer Medizin als angemessen behandelt ansahen.

Die Hereinnahme der psychologischen Betrachtung von Krankheit und Krankheitsentstehung, und ihr Einbau zur Psychosomatik war noch aus zwei weiteren Gründen für uns wichtig. Erstens ließ uns diese Herangehensweise in letzter Konsequenz noch den Anspruch der „Gesamtheit“ aufrechterhalten. War es früher der Anspruch, die gesamte Gesellschaft zu verändern, so hatten wir nun wenigstens den „ganzen Menschen“ im Auge; der Begriff der „Ganzheitsmedizin“ deutet in die gleiche Richtung. Andererseits blieben wir mit der Psychosomatik im Rahmen der besonderen, ausschließlich persönlichen Beziehung zum Individuum Patient. Es ist auffällig, wie viele von uns eine Weiterbildung in Psychotherapie machen. Obwohl dieser Punkt seinerzeit nicht zu den eigentlichen Forderungen gehörte, sind wir hier am erfolgreichsten geworden.

Damit komme ich zum letzten Punkt. Was ist geblieben von unseren Vorstellungen, wo stehen wir heute?

Der Anspruch von einst, die Gemeinschaftspraxis zur Keimzelle gesellschaftlicher Veränderungen im Stadtteil zu machen, ist endgültig aufgegeben worden. Geblieben sind Menschen, die bei politischen Fragen, die in der Bevölkerung virulent sind, bereit

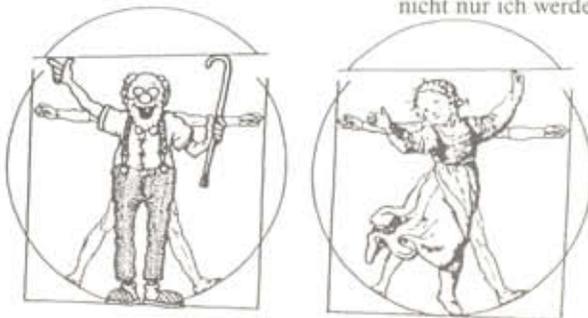
sind, Position zu beziehen: z.B. zur Atomkraft, Umwelt, Frieden, Tschernobyl. Die Beispiele zeigen aber auch, daß z.Zt. keine Anstöße aus dem Gesundheitsbereich kommen. Daß wir immer wieder bereit sind, über den Tellerrand unserer alltäglichen Arbeitsroutine hinauszublicken, hat sicherlich mit unserer Sozialisation zu tun. Aber die Form der Gruppenpraxis bietet dabei unverändert eine Unterstützung. Unter 6 oder gar 10 Menschen findet sich eher jemand, der mal wieder den Anstoß gibt. Verändert hat sich die Vorstellung über „Patientenmitbestimmung“. Unsere Anstöße, einen „mündigen Patienten“ zu erziehen, sind größtenteils gescheitert. Auch dieser Ansatz hatte mehr mit uns zu tun, als mit den Objekten unserer Erziehungsbemühungen. Die Selbsthilfebewegung hat hier zu entscheidenden Veränderungen geführt.

An einem Punkt, allerdings, möchte ich abschließend Kritik äußern. Meines Erachtens ist uns mit der Zuwendung zur psychosomatik die soziale Dimension von Krankheit und Gesundheit zunehmend aus dem Blickfeld geraten. Das liegt nicht nur an unserer Ausbildung, den bürgerlichen Begriffen von Krankheit und Gesundheit, sondern auch in hohem Maße an der spezifischen Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient oder Patientin. Ich meine, daß wir in den Gruppenpraxen am ehesten geeignet sind, dieser Einseitigkeit entgegenzusteuern. Als wir vor 10 Jahren angingen, die psychosomatische Medizin zu fordern, wurden wir bestenfalls belächelt.

Wir sollten aus diesen Erfahrungen lernen, wie es uns gelingen kann, auch die soziale Dimension in unsere Arbeit hereinzubekommen, ohne Sozialarbeiter zu sein, ohne uns zu überanstrengen, und bezahlt werden muß sie auch. Das sollte uns einen neuen Streit wert sein!

1974 hatte Peter Brückner gesagt: „Die Zeitstruktur des ‚Sofort‘ ist eine spezifische Schwäche der Protestbewegung. Sie hat nicht eingesehen, daß der, der Veränderung sagt, auch Aufschub sagt, daß die Frage der Kontinuität von politischer Arbeit und Existenz - und zwar unter Umständen über viele Jahre hinaus - eine politisch und menschlich erstrangig zu beantwortende Frage ist. Wir haben es inzwischen erfahren, daß eine uns angemessene Veränderung der Gesellschaft für uns eine Lebensperspektive ist - nicht nur ich werde dabei alt werden“.

Godwin Jeschal, Berlin



Dr. med. Labuse

FRANKFURTER MEDIZINERZEITUNG

Nr. 1

FRANKFURT 10. DEZ. 76

Herausgegeben von der Fachschaftsvertretung Medizin der Uniklinik

PREIS 0,50

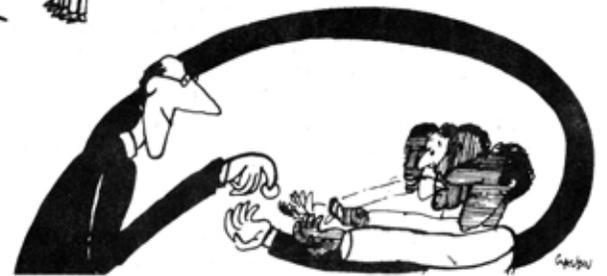
LIEBER KOLLEGE, IN UNSEREM
BERUF IST DAS WICHTIGSTE, SICH
NICHT ANMERKEN ZU LASSEN, DASS
WIR OFT KEINE
AHNUNG HABEN!



Medizin und „Entwicklungshilfe“

„Welcher Ostafrikaner kennt nicht dieses Kiswahili-Lied, das so häufig jeden Tag im Radio tönt:

„Know-how (etwa: Anwendungswissen) Die Vermittlung von Know-how ist eine nicht statistisch erfaßbare aber wichtige Leistung der Industrieländer, die in allen Formen der Zusammenarbeit enthalten ist.“(2)



Abschüttlung des kolonialen Joches und Erlangung politischer Unabhängigkeit mündete nur bei wenigen Ländern der 3. Welt in eine eigenständige Entwicklung. Multinationale Konzerne war die Tür meist nicht verschlossen, eine neue nationale Bourgeoisie nahm sehr schnell die Stelle der alten Kolonialherren ein.

Daß vor der Unterdrückung der Länder der 3. Welt durch die Kolonialherren, Ausrichtung der herkömmlichen Produktion auf koloniale Bedürfnisse, Plünderung der Ressourcen, Zerstörung des innerafrikanischen Handels (alle Straßen führen zum Meer), Hunger- und Dürrekatastrophen heutigen Ausmaßes unbekannt waren, daß die Menschen sich damals gesünder und ausgeglichener ernähren konnten als heute, wo sie oftmals gezwungen sind, ihre Dörfer zu verlassen, in die Slums der großen Städte zu ziehen - all dies ist selbstverständlich nicht Inhalt regierungsamtlichen Propagandamaterials zu "Entwicklungspolitik".

Die Großzahl der Länder der 3. Welt sind Tummelplatz ausländischer Profitinteressen, die Preise ihrer Rohstoffe von ihnen kaum beeinflußt. 50% der Entwicklungsländer beziehen ihre Devisen zu 50% aus dem Export eines Rohstoffes und werden damit von Schwankungen der Rohstoffpreise besonders hart betroffen. Das internationale Austauschverhältnis hat sich für die Länder der 3. Welt gewaltig verschlechtert: z.B., 1960 erhielten sie für 25 Tonnen Kautschuk 6 Traktoren, 1975 noch 2. Die Verschuldung dieser Länder hat sich innerhalb von 4 Jahren (1965-1975) vervierfacht (3,4)

Geringe Summen stehen für die medizinische Versorgung der Völker dieser Länder zur Verfügung. Die staatlichen Ausgaben für den Gesundheitssektor in Tanzania z.B. belaufen sich auf 3.30 DM pro Kopf und Jahr, bis zum Jahr 2000 ist mit einer maximalen Steigerung auf 8 DM zu rechnen. Das entspricht 3% des Bruttosozialproduktes und 10% des staatlichen Gesamthaushaltes (1971) - (USA, 1971: 700 DM pro Kopf und Jahr, entspricht 5-6% des Bruttosozialproduktes) (1,2)

Forderungen der Länder der 3. Welt

Wie hohl sind die Beteuerungen der kapitalistischen Staaten, wenn sie von "Achtung der Souveränität" und "Gleichberechtigung" labern!

Auf dem Hintergrund dieser Entwicklung fordern die Länder der 3. Welt auf der 4. Welthandels- und Entwicklungskonferenz in Nairobi im Juni dieses Jahres die volle Souveränität eines jeden Staates über seine Rohstoffe, dies schließt Enteignung und Entschädigung nach nationalem Recht ein; Koppelung der Preise für Exporterlöse an die Einfuhrpreise (Indexierung); Rohstoffabkommen zur Stabilisierung der Märkte und der Erlöse für Rohstoffe; Verringerung der Schuldenlast.(3)



Dagegen die Manöver der kapitalistischen Staaten, in vorderster Front: USA und die Schmidtregierung: praktizierte Hinhalte- und Verzögerungstaktik, vertagen... und die Versuche, die feste Solidarität der Länder der 3. Welt, wie sie sich in Nairobi zeigte, zu brechen (Verweis auf "Nord-Süd-Dialog", "bilaterale Verhandlungen" etc.). Mit Entrüstung verwahren sie sich gegen "Dirigismus" und preisen den "Markt als millionenfachen Konfliktlöser" (Bundeswirtschaftsminister Friedrichs, (4)).

Auf diesem Kontext die Diskussion über medizinische Entwicklungshilfe, denn man sollte die Tatsache nicht aus dem Auge verlieren, daß "medizinische Entwicklungshilfe" nicht der bestimmende Faktor ist für den Gesundheitszustand des Volkes in unterentwickelten Ländern.

Die Einrichtungen der medizinischen Versorgung in diesen Ländern sind oftmals nur Karrikaturen des Gesundheitswesens der entwickelten kapitalistischen Staaten, mit der ganzen Fragwürdigkeit, Insuffizienz, oft noch ausgeprägterem Klassencharakter.



Untying of government loans

Als von entscheidender Bedeutung erweist sich: Welches sind die Richtlinien der Politik in den jeweiligen Ländern, wessen Interessen z.B. kommt die medizinische Versorgung nach, wessen Bedürfnisse erfüllt sie: die der nationalen Bourgeoisie in den Städten oder die der armen Bauern auf dem Land.

z.B. TANZANIA: Das Geld zum Bau von Groß-Krankenhäusern, die heute in Tanzania stehen, kam aus westlicher Quellen. Der tanzanische Staat ist finanziell nicht in der Lage z.B. die Groß-Krankenhäuser in Moshi und Mwanza zu übernehmen, 30% des Gesundheitsetats würden durch die laufenden Kosten verschlungen.(1)

The Politics of Health in Tanzania

Auszüge aus einem Artikel von Malcolm Segall

- zum Problem des Neokolonialismus
- den Widerspruch zwischen Stadt und Land betreffend
- welche Prioritäten in der medizinischen Versorgung zu fordern sind.(6)

Neokolonialismus

Westliche Medizin beeinflusst beinahe alle Seiten medizinischer Versorgung im Land; sie schafft ein Muster der medizinischen Versorgung nach ihrem eigenen Bilde. Die historischen Bindungen der Kolonialzeit erklären dies teilweise, aber der wichtigste Grund ist die gegenwärtige Fähigkeit der reichen Länder uns mit beidem zu beliefern: Geld und Arbeitskraft.

Die einzelnen Männer und Frauen, die hierher kommen, sind dagegen ohne Diskussion Leute guten Willens. Aber was sind die Interessen z.B. der Westdeutschen oder der Schweizer Regierung? Weshalb stellt das britische Ministerium für "Overseas Development" Gehälter für britische Ärzte aus? Oder weshalb tut die US Milbank Fund dasselbe für Amerikaner oder andere? Warum ist die Rockefeller Foundation so interessiert an der Gesundheit in Entwicklungsländern?

Wie jede kapitalistische "Hilfe" ist diese Freigebigkeit ein Instrument westlicher Außenpolitik; sie ist Teil der Mittel, womit diese Länder ihre Präsenz in Entwicklungsländern einrichten - und diese Länder abhängig halten.

Helfen diese Regierungen und Organisationen Entwicklungsländern wie Nordvietnam oder Cuba, deren Politik und Ideologie sie nicht zu beeinflussen hoffen können?

Neokolonialismus nimmt manchmal sehr ruhige Formen an: eine pharmazeutische Gesellschaft bietet Hilfe an, stellt Medikamente bereit, die neu auf dem Markt sind (die weitgestreute Reklame für Trockenmilch für Babies, trotz der bekannten Gefahren bei der Verwendung in unterentwickelten Ländern, sind ein Gipfel neokolonialistischer Profitwirtschaft.)

Eine andere Auswirkung kapitalistischen Einflusses ist die Schaffung eines bürgerlichen Arbeitsverhältnisses unter den Gesundheitsbedienten. Dies führt z.B. bei jungen Ärzten und Schwestern zu ernster Arbeitsentfremdung, während höher Gestellte, vorwiegend Ärzte, ihre Karriereinteressen verfolgen. Ein Mangel an Kommunikation besteht zwischen den Gesundheitsarbeitern und ihren Patienten. Dies führt zu falschem Verhalten bei der Versorgung der Patienten und zu Fehlschlägen, will man dem Problem durch gemeinsame Anstrengung näher kommen und Differenzen in der Diskussion lösen.

All diese Mißstände sind so charakteristisch für Medizin, wie sie im Kapitalismus betrieben wird.

Die städtische Elite - nationale Bourgeoisie

Neokolonialismus wäre nicht so erfolgreich, wenn er nicht jemandem nützen würde. Ausgefeilte medizinische Einrichtungen sind in den Städten konzentriert und sie nützen den städtischen Bewohnern.

Insbesondere die städtischen Gruppen, welche höhere Einkommen beziehen, haben größere Erwartungen an medizinische Versorgung und sie schaffen den Druck, damit ihre Anforderungen erfüllt werden. Dies ist ein Klasseninteresse, das im Widerspruch steht zu den Interessen der Bauern.

Die wetteifernden Forderungen dieser beiden Gruppen an das Gesundheitsbudget ist ein Beispiel für Klassenkampf.



oder:

United
Nations
Conference of
Talk
And
Discussions
Under
No
Circumstances
Take
Any
Decision

Die städtische Elite will sich auf einer Stufe sehen mit der Bourgeoisie der kapitalistischen Welt, mit der sie sich identifiziert. Verständlicherweise wollen sie nationalen Fortschritt demonstrieren, aber darunter verstehen sie Prestigebauten und andere materielle Ausrüstung moderner Medizin; solche Interpretation von Fortschritt ist wahrlich bourgeois.

Sozialistischer Fortschritt, Gesundheit betreffend, wäre des Maximum an Wohlbefinden für die Masse des Volkes, solches könnte der Welt gezeigt werden.

Die Forderungen der städtischen Elite, ihr bourgeois Nationalismus und Neokolonialismus sind die Hauptdeterminanten gegenwärtiger Gesundheitspolitik im Land.

Die absolute Notwendigkeit der Prävention von Krankheit

Wie alle armen Länder leidet Tanzania an sehr vielen Krankheiten. Obwohl die ökonomische Realität Grenzen setzt, bedeutet das nicht, daß das Land unbeschränkt in diesem Stadium bleiben muß, denn den meisten Krankheiten kann vorgebeugt werden.

Prävention (mit einfachem kurativem Dienst) kann, innerhalb des schmalen Gesundheitsbudgets die Gesundheit der Masse des Volkes verbessern. Sie ist billig, sie kann effektiv sein. Sie allein kann den Teufelskreis von Krankheit - Behandlung - wiederkehrende Krankheit durchbrechen.

z.B., ein Mann leidet an Anämie auf Grund von Hakenwurmbefall (häufig in Tanzania). Er ist schon seit Jahren krank, vielleicht mußte er schließlich aufhören zu arbeiten. Er wird ins Krankenhaus eingeliefert. Laboruntersuchungen sind notwendig, gute medizinische und pflegerische Betreuung, medikamentöse Behandlung und Bluttransfusion. Nach einer gewissen Zeit erholt er sich und geht vielleicht zurück zur Arbeit. Zu Hause infiziert er sich erneut mit Hakenwurm. Der ganze Prozess wiederholt sich. Wenn in seinem Dorf Latrinen benutzt würden, wäre dies nicht geschehen.

Ein Kind leidet an Kwashiorkor. Es bekommt Durchfall, Lungenentzündung, Ohrenentzündung, Sepsis. Es hat Würmer und eine Anämie, wird Herzkrank. Es braucht lange Krankenhauspflege, hochqualifizierte Betreuung und teure Behandlung. Trotz alledem stirbt es vielleicht. All das wäre nicht geschehen, hätte seine Mutter gewußt, wovon sie das Kind ernähren muß.

Prävention besteht zu einem großen Teil aus Gesundheitserziehung. Man lehrt das Volk sich anders zu verhalten als bisher. Dies bleiben nur einige kritische Gedanken und nicht sehr effektiv, wenn sie als isolierte Maßnahme zu praktizieren versucht wird.

In Ländern, wo Gesundheitserziehung unternommen wurde im Kontext einer generellen revolutionären Veränderung im Leben des Volkes (was kollektive Aktivität beinhaltet) und systematisch ausgeführt wurde in breitem Ausmaß, war sie erfolgreich. Gesundheitserziehung verbessert nicht allein die Gesundheit des Volkes, sie trägt zu seiner Entwicklung bei. Sie entmystifiziert ihren Glauben über die Ursache von Krankheit. Sie zeigt ihnen, daß Krankheit aus der Gesellschaft eliminiert werden kann durch ihre eigne Anstrengung, sie hebt ihr Bewußtsein von "self-reliance" (Vertrauen auf die eigene Kraft).

Gesundheitserziehung erfordert nur Ausgaben für die Ausbildung von Gesundheitslehrern, einfache Unterrichtsmöglichkeiten und Transportmittel. Das ist Investition vielmehr in das Volk des Landes (wirkliche Entwicklung) als Investition in seine Institutionen."(6)

Das aktiv vorwärtsweisende Moment herausarbeiten in jeder Frage

Die hier angerissenen Fragen stellen einen Ausschnitt dar aus der Arbeit des Arbeitskreises "Medizinische Entwicklungshilfe".

In der Geschichte der Menschheit sind Gesetzmäßigkeiten erkennbar, doch die Welt verändert sich nicht von selbst. Daß soziale Gerechtigkeit von selbst sich einstellt, sind ebenso Illustriertenromane wie die Spontanheilung bösartiger Tumoren. Soziale Gerechtigkeit muß erkämpft werden.

Wenn z.B. von "Entwicklung" die Rede ist, so müssen wir die Frage stellen: Entwicklung wozu, wessen Entwicklung, für wen. Wovon Entwicklung, Unterentwicklung oder Überwindung von Unterentwicklung abhängig ist, Entwicklung in den Metropolen und in den Peripherien; Entwicklung/Unterentwicklung im Kontext der Weltmarktbelegungen.

Das aktive Moment gilt es herauszuarbeiten in jeder Frage, zu erkennen, wie das Objekt der Geschichte zum Subjekt der Geschichte wird, sich Orientierung und Werkzeug zu eigenem vorwärtsweisenden Schaffen erarbeiten - in Abwandlung der 11. These über Feuerbach:

*Es geht nicht darum, die Welt
verschieden zu interpretieren,
es kommt aber darauf an, sie
zu verändern.*

- (1) EW Nr.1/2, 1976 HRSG: World University Service, Deutsches Komitee e.V. 53 Bonn
- (2) s.o.
- (3) Politik der Partner - Aufgaben und Chancen der deutschen Entwicklungspolitik 1976 HRSG: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit
- (4) Entwicklungspolitik 11/76, HRSG: Informationsdienst der Zentralredaktion des Ev. Pressedienstes
- (5) Kupfer, Kaffe und Konzerne 1976, HRSG: UNCTAD-Kampagne 6 Frankfurt 70, Kennedy-Allee
- (6) Towards Socialist Planning, Tanz. Studies No.1 Tanz. Publishing House, Daressalam 1974

Buch

laden
Verlag 2000

Studienliteratur
linke Verlagsprogramme



Buch

laden
Verlag 2000

Studienliteratur
linke Verlagsprogramme

Frankfurt Buchladen
Bücherei 1 Studentenhaus
Bücherei 2
Bücherei 3
Bücherei 4
Bücherei 5
Bücherei 6
Bücherei 7
Bücherei 8
Bücherei 9
Bücherei 10
Bücherei 11
Bücherei 12
Bücherei 13
Bücherei 14
Bücherei 15
Bücherei 16
Bücherei 17
Bücherei 18
Bücherei 19
Bücherei 20
Bücherei 21
Bücherei 22
Bücherei 23
Bücherei 24
Bücherei 25
Bücherei 26
Bücherei 27
Bücherei 28
Bücherei 29
Bücherei 30
Bücherei 31
Bücherei 32
Bücherei 33
Bücherei 34
Bücherei 35
Bücherei 36
Bücherei 37
Bücherei 38
Bücherei 39
Bücherei 40
Bücherei 41
Bücherei 42
Bücherei 43
Bücherei 44
Bücherei 45
Bücherei 46
Bücherei 47
Bücherei 48
Bücherei 49
Bücherei 50
Bücherei 51
Bücherei 52
Bücherei 53
Bücherei 54
Bücherei 55
Bücherei 56
Bücherei 57
Bücherei 58
Bücherei 59
Bücherei 60
Bücherei 61
Bücherei 62
Bücherei 63
Bücherei 64
Bücherei 65
Bücherei 66
Bücherei 67
Bücherei 68
Bücherei 69
Bücherei 70
Bücherei 71
Bücherei 72
Bücherei 73
Bücherei 74
Bücherei 75
Bücherei 76
Bücherei 77
Bücherei 78
Bücherei 79
Bücherei 80
Bücherei 81
Bücherei 82
Bücherei 83
Bücherei 84
Bücherei 85
Bücherei 86
Bücherei 87
Bücherei 88
Bücherei 89
Bücherei 90
Bücherei 91
Bücherei 92
Bücherei 93
Bücherei 94
Bücherei 95
Bücherei 96
Bücherei 97
Bücherei 98
Bücherei 99
Bücherei 100

Arbeitskreis
Medizinische Entwicklungshilfe
der ESG
Kontaktadresse: P.Hezler, 6Ffm90
Ginnheimer Landstr.
42

Der Arbeitskreis trifft sich jeden Donnerstag,
20 Uhr, Bonhoeffer Haus, Lessingstraße (T.H.)



Mercator-Projektion

Altes Weltbild

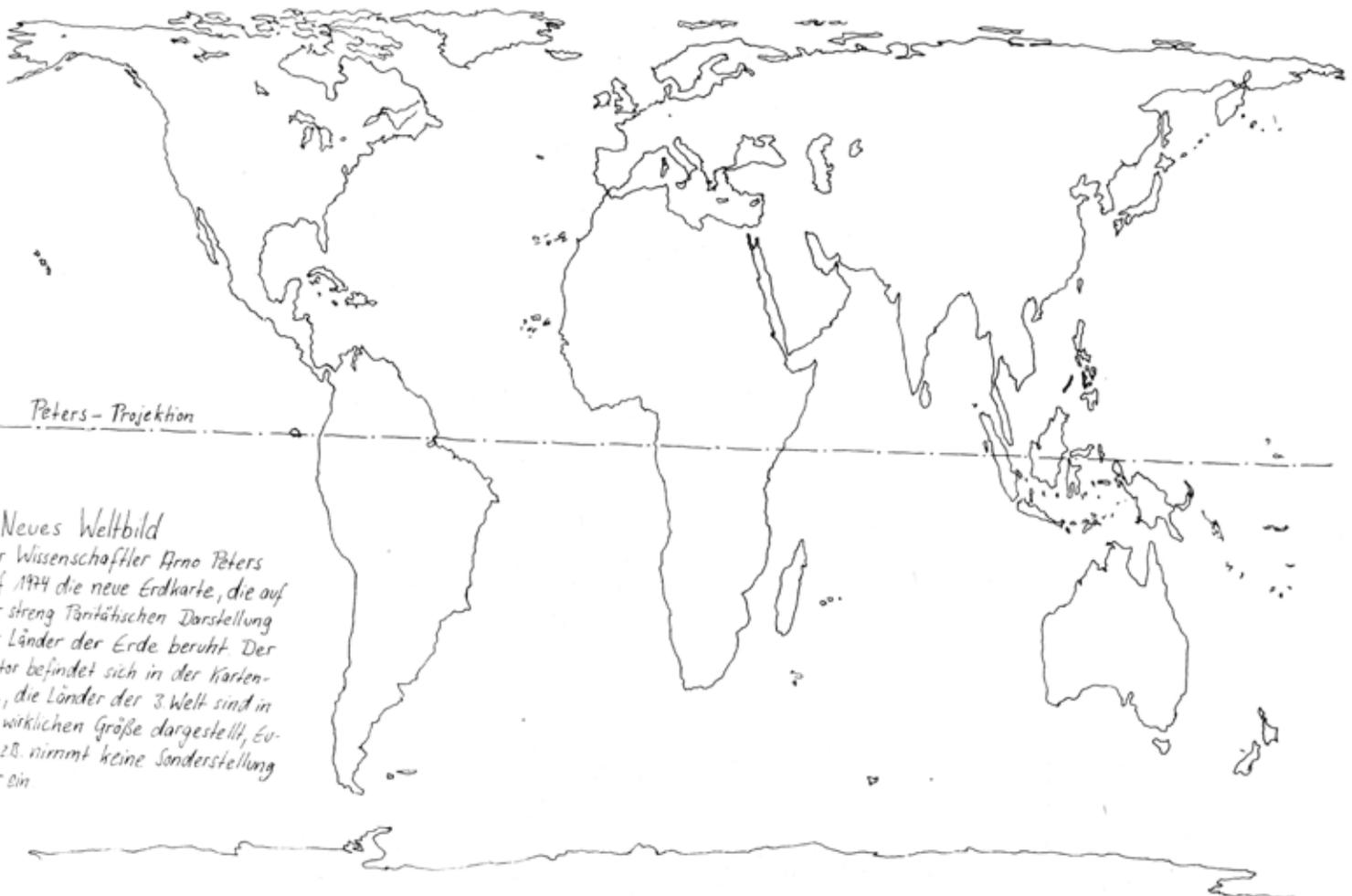
Durch die Mercator-Projektion ist unser geographisches Weltbild geprägt.

Es ist ein verzerrtes Weltbild: Der Äquator, der die Erde in zwei gleiche Hälften teilt, liegt hier nicht in der Kartenmitte, sondern in der unteren Hälfte der Karte.

Die Länder der nördlichen Erdhälfte sind viel größer dargestellt als die der südlichen.

zerrbild: z.B. Grönland, das real 2,1 Millionen Quadratkilometer umfasst im Vergleich zur Arabischen Halbinsel, die über 3 Millionen Quadratkilometer umfasst.

z.B. Skandinavien, das insgesamt eine Fläche von 1,1 Millionen Quadratkilometern umfasst, sieht größer aus als Indien mit einer Fläche von 3,1 Millionen Quadratkilometern – Oder ein anderes



Peters-Projektion

Neues Weltbild

Der Wissenschaftler Arno Peters schuf 1974 die neue Erdkarte, die auf einer streng Pantätschen Darstellung aller Länder der Erde beruht. Der Äquator befindet sich in der Kartenmitte, die Länder der 3. Welt sind in ihrer wirklichen Größe dargestellt, Europa z.B. nimmt keine Sonderstellung mehr ein.

Dr. med. Mabuse

Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe

Nr. 173 · Mai/Juni 2008
33. Jahrgang · D 6424 F · 6,50 Euro
www.mabuse-verlag.de



Zukunft der Gesundheitsberufe

- Professionalisierung
- Ausbildung
- Zusammenarbeit
- Nachwuchsförderung
- Ärztemangel
- Erfahrungsbericht

Expertenstandards in der Altenpflege – Gesetzliche Vorgaben und pflegerische Wirklichkeit. **Tauziehen** – Streit um die Finanzierung der Krankenhäuser.

Locked-in – Der Film „Schmetterling und Taucherglocke“.



Ärzte- mangel?

Viele Fragen werden noch nicht diskutiert

Norbert Schmacke

In der aktuellen Debatte um den drohenden Ärztemangel werden schnell Zahlen genannt. Doch in welchem Verhältnis stehen Ärztezahlen und Versorgungsqualität? Wie können Ärzte für eine Niederlassung in strukturschwachen Gebieten gewonnen werden? Und welche Möglichkeiten bietet eine veränderte Rollenverteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften? Norbert Schmacke wagt einen Blick über den deutschen Tellerrand.

Im öffentlichen Sprachgebrauch hat der Begriff „Ärztemangel“ in den letzten Jahren einen festen Platz bekommen. Nur wenige BürgerInnen durchschauen, dass die Debatte in Deutschland auf dem Boden von Daten aus einer historisch gewachsenen Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung geführt wird. Auf den ersten Blick wirkt die Botschaft von den nicht besetzbaren Arztpraxen in „strukturschwachen“ Regionen selbster-

klärend. Da die Bevölkerung an eine im internationalen Maßstab hohe Arztdichte gewöhnt ist, fällt jeder Bericht zu einem „eklatanten Ärztemangel“ auf besonders fruchtbaren Boden.

Eine öffentliche Debatte, anhand welcher Maßstäbe darüber entschieden wird, wo ÄrztInnen sich niederlassen können, hat nie stattgefunden. Die Diskussion in Expertenkreisen basiert auf dem seit Jahrzehnten gewohnten Niederlassungsmuster und nicht auf Erkenntnissen zur Qualität der Versorgung. Die meisten der heute diskutierten Lösungsvorschläge – im Wesentlichen finanzielle Anreize für die Startphase der Niederlassung und Erleichterung der Beschäftigung von ÄrztInnen im Angestelltenstatus – sind wenig geeignet, die vorhandenen Unterschiede

in der Erreichbarkeit niedergelassener Ärzte nachhaltig zu verringern.

Der Artikel erhebt nicht den Anspruch, datengestützt einen eigenen Beitrag zur Abschätzung des „realen“ Ärztebedarfs zu liefern. Es geht darum, die Begrenztheit der bisherigen gesundheitspolitischen Debatte zu verdeutlichen und Schwerpunktfelder für künftige Diskussionen zu benennen.

Wovon hängt die Diagnose „Ärztmangel“ ab?

Das Bundesgesundheitsministerium legte 2004 den Abschlussbericht eines Auftragsgutachtens des Rambøll Managements vor, in dem Zahlen von Erstsemesterstudierenden der Medizin und Trends für die Gesamtzahl an ÄrztInnen unter dem Aspekt der „Aussteiger“ und deren Motiven präsentiert werden. Die Gutachter kommen darin zu der Schlussfolgerung, dass die heute verwendete Bedarfsplanung lediglich einen historisch gewachsenen Status Quo fortschreibt, ohne auch nur die Verbindung zu Qualitätsdaten anzustreben. Inwieweit ist die Dichte an ambulant tätigen ÄrztInnen ein verlässlicher Indikator für Versorgungsqualität?

Dazu möchte ich auf einige Studien und Konzepte hinweisen, die in anderen Ländern diskutiert werden, um das Ziel einer fairen und angemessenen Verteilung von Ärzten zu erreichen. Daraus können Vorschläge für die deutsche Debatte abgeleitet werden.

Wie weit trägt ein primärärztlicher Versorgungsansatz?

Welche Rolle spielt die Dichte an Hausärzten und deren Steuerungskompetenz für die Qualität der Versorgung? Welchen Einfluss hat darüber hinaus die Orientierung auf die hausarztzentrierte Grundversorgung („Primary Care“) auf die allgemeine Sterblichkeit, speziell bei prinzipiell der Prävention zugänglichen Erkrankungen? Eine Forschergruppe um den US-amerikanischen Gesundheitswissenschaftler Macinko hat anhand des OECD Health Data-Datensatzes von 2001 ermittelt, dass die Orientierung auf Primary Care einen positiven Einfluss auf die Senkung der Mortalität bei einer Reihe wichtiger Erkrankungen hat. Diese Grundversorgung ist unter anderem durch eine starke Gatekeeper-Rolle von Hausärzten – das heißt, dass

zunächst der Hausarzt konsultiert werden muss, der den Patienten an Fachärzte überweist (Hausarztmodell) –, den Grad der Sicherstellung der Versorgungskontinuität wie auch durch gezielte Anstrengungen in der Prävention charakterisiert.

Diese Studie ermöglicht zwar keine Aussagen dazu, ob tatsächlich der Grad an primärärztlicher Orientierung ursächlich für die tendenziell niedrigere Mortalität verantwortlich ist. Die Ergebnisse belegen immerhin einen positiven Einfluss auf die Senkung der Mortalität, deren Ursachen näher untersucht wer-

„Inwieweit ist die Dichte an ambulant tätigen ÄrztInnen ein verlässlicher Indikator für Versorgungsqualität?“

den müssten. Es ist erstaunlich, dass derart provozierende Forschungsergebnisse in Deutschland bis heute kaum Interesse finden – einem Land mit extrem ausgebauter Doppelstruktur von niedergelassenen Fachärzten und Fachabteilungen der Krankenhäuser sowie deutlichen Schwächen in der Gewährleistung von Versorgungskontinuität.

Schon 1996 zeigte eine US-amerikanische Untersuchung, dass bei den Medicare-Versicherten (allen, die in der öffentlichen Krankenversicherung der USA für ältere und/oder behinderte Mitbürger versichert sind) weder die allgemeinen Sterberaten noch die Einweisungsraten bei ambulant gut behandelbaren Erkrankungen von der Arztdichte der Regionen abhängen. Auch wenn man der Auffassung zuneigt, dass Mortalitätsdaten nicht der alleinige Parameter für gute Versorgung sein können, hätte man erwarten können, dass derartige Daten auch bei uns mehr Nachdenklichkeit für die Bedarfsplanung im ambulanten Sektor hervorrufen.

Erhöht die Arztdichte Überlebenschancen und Versorgungsqualität?

Die meisten Menschen werden davon ausgehen, dass die Dichte der medizinischen Versorgung (vor allem die Zahl der Ärzte und Krankenhäuser) ein unmittelbarer Gradmesser für die Ge-

sundheitschancen der Bevölkerung darstellt. Unterhalb einer kritischen Anzahl ist dies mit Sicherheit auch der Fall; in entwickelten Industriegesellschaften stellen sich die Zusammenhänge aber komplizierter dar. Eine Forschergruppe der Medical School Dartmouth (Goodmann, Stukel, Chang und Wennberg) hat gezeigt, dass die Arztdichte in Academic Medical Centers (Zentren, die sowohl einen ambulanten wie einen stationären Versorgungsauftrag für die hier untersuchten Medicare-Patienten haben) im Falle der Behandlung Schwerstkranker erhebliche Unterschiede aufweist, ohne dass gravierende Qualitätsunterschiede in der Betreuung offenkundig gewesen wären. Die Autoren interpretieren ihre Ergebnisse als Warnung gegenüber den auch in den USA vorhandenen Stimmen, das Land laufe in einen massiven Ärztemangel hinein. Sie weisen darauf hin, dass diese extremen Unterschiede nicht sachlich begründbar sind und plädieren für Strukturreformen als Alternative zur Forderung nach Anhebung der Stellenschlüssel auf das vorhandene Maximum. Dabei setzen sie insbesondere auf größere Gruppenpraxen mit Übernahme von Versorgungsaufträgen.

Besonders provozierend in diesem Zusammenhang ist eine Studie der Gesundheitsökonominnen Katherine Baicker und Amitabh Chandra, die in der vergleichenden Analyse von US-Staaten zu der Bilanz kommen: „Staaten mit höheren Aufwendungen für Medicare weisen eine niedrige Versorgungsqualität auf. Diese negative Relation ist vielleicht bedingt durch eine intensive, kosten- aufwändige Versorgung, die die Anwendung kostengünstiger Verfahren verdrängt hat. Ein Wirkmechanismus könnte in der Mischung der Fachberufe zu finden sein: Staaten mit einem höheren Anteil an Allgemeinärzten zeigen eine kosteneffizientere Versorgung, während Staaten mit höherem Spezialistenanteil höhere Kosten und schlechtere Qualität aufweisen“.

Man kann über derartige Studien im Einzelnen immer trefflich streiten. Aber sie zeigen, dass es prinzipiell möglich ist, harte Indikatoren zum Zusammenhang von Arztdichte und Ergebnisqualität der Versorgung zu ermitteln. Der Forschungsansatz zur Interpretation von Variationen in der Versorgungsqualität verspricht allemal eine vernünftige Basis für die

Versorgungsplanung als das ewige Fortschreiben des Status quo mit Beklagen eines weiteren Auseinanderdriftens von über- und unterversorgten Regionen.

Welche Lösungsmöglichkeiten gibt es?

Es erweist sich nicht nur in Deutschland als ausgesprochen schwierig, ÄrztInnen für die Arbeit in dünn besiedelten und strukturschwachen Regionen zu gewinnen. International gibt es viele Versuche, gezielt Medizinstudierende mit der Perspektive einer späteren, langdauernden Beschäftigung in „kritischen“ Regionen zu gewinnen, und es gibt – im Gegensatz zum arztzentrierten Versorgungssystem in Deutschland – viele Erfahrungen mit dem Einsatz von Pflegekräften in der ambulanten Versorgung.

Gezielte Ausbildung von ÄrztInnen für strukturschwache Regionen

Was motiviert Medizinstudierende und ÄrztInnen, längerfristig in dünn besiedelten Regionen zu leben und zu arbeiten? Keck und Culbertson haben 2004 gezeigt, dass nach einer Reihe von Studien von einer Vielzahl denkbarer Maßnahmen nur einige das Etikett „Erfolg versprechend“ verdienen. Dies sind vor allem:

- Die Rekrutierung von Studierenden aus strukturschwachen Gegenden, die nach Eigenangaben über eine starke Motivation zur hausärztlichen Versorgung verfügen;
- ein verlässliches Mentorensystem und fortwährende Praktika im ländlichen Raum für diese Studierenden und neu niedergelassene ÄrztInnen;
- daran gekoppelte finanzielle Unterstützungen im Studium und in der Niederlassungszeit, soweit dies notwendig erscheint;
- gleichzeitige Verpflichtung der geförderten Studierenden, wenigstens drei Jahre nach dem Examen in einer ländlichen Region hausärztlich zu praktizieren.

Pionierarbeit hat dabei die Universität in Philadelphia geleistet, die seit über zwanzig Jahren mit großem Erfolg ein „Physician Shortage Area Program – PSAP“ (Regionales Ärztemangel-Programm) betreibt und evaluiert: Von den ersten AbsolventInnen des Programms (Beginn 1978) praktizierten 2004 noch 68 Prozent hausärztlich in ländlichen

Gegenden (in der Kontrollgruppe waren es nur 46 Prozent) – angesichts der langen Praxiszeit von elf bis 16 Jahren eine beachtliche Differenz!

Weltweit bedarf es enormer Anstrengungen, dem in den meisten Ländern schwindenden Interesse der Medizinstudierenden an hausärztlicher Versorgung in der Breite entgegen zu wirken. Zur Abmilderung von Versorgungsengpässen in dünn besiedelten und strukturschwachen Regionen erscheint es sinnvoll, Kontingente an Studienplätzen für motivierte Studierende zu reservieren und früh einsetzende Förderprogramme einzuführen.

Neue Rollenverteilung zwischen ÄrztInnen und Pflegekräften?

Die deutsche Ärzteschaft und ihre Kassenärztlichen Vereinigungen haben es bisher verstanden, die Rolle anderer Fachberufe gerade auch im Kontext hausärztlicher Versorgung fast vollständig aus der Debatte herauszuhalten. Bislang bleiben Pflegekräfte in Deutschland nach der Rechtslage in das Delegationsverfahren eingebunden (Primat ärztlicher Zuständigkeit). Demgegenüber zeigen die Versorgungsforschung wie auch die Pflegewissenschaft längst, dass die Pflege sich international in ihrem massiven Entwicklungsprozess zu einer eigenständigen Profession entwickelt und weiter entwickeln wird. Es zeichnet sich in vielen Ländern jetzt schon ab, dass qualifizierte Pflegekräfte Bereiche von Diagnostik und Therapie autonom wahrnehmen und damit die klassische Rollenzuweisung an die Ärzteschaft infrage stellen. Trotzdem bleiben wichtige Fragen offen:

- Können Pflegekräfte zum Beispiel im Case Management Ärzte ersetzen?
- Oder ist der Einsatz von Pflegekräften eher geeignet, Schwächen der ärztlichen Versorgung vor allem im kommunikativen Bereich zu kompensieren?
- Wird der Prozess der Aufwertung der Rolle der Pflege in der Versorgung stärker durch fachliche oder durch ökonomische Motive angetrieben?
- Kommen durch die Akademisierung und Aufwertung der Pflege Verschiebungen innerhalb der Pflegeberufe zustande, die einen neuen Pflegenotstand im „klassischen“ Pflegesektor befördern könnten?

- Entstehen eventuell neue Berufsbilder zwischen heutiger Ärzteschaft und klassischen Pflegeberufen?
- Welche Curricula sind erforderlich, um Pflegeberufe stärker in medizinische Versorgungskonzepte einzubinden als bisher?
- Generell: Welche Auswirkungen hat der demographische Wandel auf die Rekrutierung aller medizinischen Fachberufe, nicht nur der Ärzteschaft?

Da ausländische Erfahrungen selten 1:1 in das eigene System transferiert werden können, liegt es auf der Hand, über gute Modell- und Forschungsvorhaben zu untersuchen, wo und wie die Bedeutung der Pflege in Versorgungskonzepten gerade im haus„ärztlichen“ Bereich klarer definiert werden kann. Diese Fragestellung erledigt sich nicht durch die (fraglos wichtige) Aufwertung der Berufsgruppe der ehemaligen ArzthelferInnen zu medizinischen Fachangestellten.

Und: Es steht zu befürchten, dass der Trend zur Überversorgung in bereits ausreichend mit Vertragsärzten versorgten Regionen durch das novellierte Vertragsarztrecht eher noch gestärkt werden wird. Die Schwelle zur Definition von Unterversorgung ist sehr niedrig gewählt worden, und allen Erfahrungen nach lassen sich ÄrztInnen dann weit entfernt von den wirklich schwierigen Regionen nieder.

Neue Themen müssen auf die Tagesordnung

Angesichts des hohen Ausgangsniveaus der Arztdichte wie der medizinischen Institutionen sollten zunächst bestehende Versorgungsprobleme, vor allem in Teilen der neuen Bundesländer, nicht überdramatisiert werden. Auch wenn es weder Patentrezepte geben kann noch sofortige Kurswechsel, sollten endlich Themen auf die Tagesordnung kommen, die in anderen Ländern weit weniger tabuisiert werden als bei uns:

A. Die Frage der Rekrutierung und Motivierung von MedizinstudentInnen entsprechend einem klar definierten Versorgungsbedarf: Dies würde – wenn eine möglichst große Wirkung erzielt werden soll – im Kern allerdings voraussetzen, dass eine Kontingentierung innerhalb des Numerus Clausus für das Medizinstudium er-

möglicht wird. Alternativ bliebe immerhin noch die Ausweitung bestehender Bemühungen einzelner medizinischer Fakultäten, bereits eingeschriebene Studierende mittels Mentorenprogrammen sowie Förderung von Famulaturen und Praktika für die Perspektive einer hausärztlichen Praxis zu motivieren.

B. Stärkung der Allgemeinmedizin: Die Weiterbildung der nächsten Generation von Hausärzten auf dem erforderlichen Niveau und ihre Einbindung in eine massiv zu verstärkende universitäre Forschung der Allgemeinmedizin. Wenn dies von der politischen Klasse der Republik und den medizinischen Fakultäten unterstützt würde, könnte sehr gut auf dem in den letzten zehn Jahren gewachsenen Potenzial an allgemeinmedizinischer Forschung in Deutschland aufgebaut werden.

C. Eine neue Rollenverteilung innerhalb der Gesundheitsfachberufe: Das gilt vor allem für die selbstbewusster gewordene Pflege. Dies müsste damit beginnen, von der tatsächlichen Verantwortung von Pflegekräften aus die notwendigen rechtlichen Rahmenbedingungen für autonomes Handeln zu schaffen. Weiter müssten in wissenschaftlich begleiteten Modellen die international besonders gut erprobten Ansätze von „Advanced Nursing“ auf deutsche Verhältnisse angepasst werden, einschließlich der Ergänzung oder Neuentwicklung von tragfähigen Curricula für Case- und Care-Management. Internationale Erfahrungen zeigen, dass dies nicht mit einer (von der Politik gern mitgedachten) Kostensenkung der Versorgung verbunden ist.

D. Die Aufhebung der Sektorenabschottung und die Erprobung von Gesamtbudgets für Versorgungsräume: Es ist leicht vorherzusagen, dass ohne eine ökonomische Gesamtverantwortung die systematischere Kooperation der Sektoren vom guten Willen der jeweiligen Akteure abhängig bleibt und das Ausreizen der sektoralen Budgets langfristig alle guten Pläne konterkarieren wird.

E. Die Frage der Geschlechtersensibilität bei sämtlichen Planungsprozessen im Versorgungssystem. Blich bis gestern in einem immer schon stärker von Frauen als von Männern getragenen Versorgungssystem (vor allem im stationären Bereich) der Ruf nach Berücksichtigung unterschiedlicher Lebensentwürfe von Frauen und

Männern noch ohne Echo, tönt heute von allen Seiten die Forderung nach Berücksichtigung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Frauen. Dies wird wirkungslos bleiben, solange stillschweigend und irrtümlich davon ausgegangen wird, dass die nun stärker umworbenen Frauen bereit sein werden, die Lücken im Versorgungssystem klagloser als ihre Geschlechtsgenossen zu füllen. Insoweit ist sehr zu begrüßen, dass seit kurzem intensiver über den spezifi-

**„Ärztzahlen
sind keine Garantie für
gute Versorgung.“**

schon Unterstützungsbedarf für Männer und Frauen nachgedacht wird, der in den strukturschwachen Gegenden verlässlich angeboten werden muss.

F. Die systematische Nutzung moderner Informationssysteme für Datenaufbereitung und -weitergabe. Es ist symptomatisch für den Stand der Debatte, dass es heute noch Ärztevertretungen gelingen kann, eine Mehrheit der ÄrztInnen gegen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zu mobilisieren. Dieser häufig diffuse Widerstand geht an der Notwendigkeit vorbei, moderne Informationstechnologien Schritt für Schritt in die Routine der Versorgung einzuführen.

G. Die Entwicklung aussagekräftiger Qualitätsparameter. Hier hat die Debatte in Deutschland zwar den Anschluss an die internationale Entwicklung gefunden, wobei die Disease Management-Programme eine ganz unerwartete Unterstützung dieses Prozesses waren. Der Weg zur routinierten Verwendung von Qualitätsindikatoren sowohl für ein angemessenes Benchmarking (Ansatz zur Bewertung der eigenen Leistungen im Vergleich mit den Wettbewerbern) wie zur Verstärkung interner Qualitätsbemühungen in Praxis und Klinik ist aber noch weit.

Qualität und Wertschätzung sind Motivation für Gesundheitsberufe

In allen entwickelten Gesundheitssystemen scheint es schwer zu sein, ÄrztInnen von der Sinnhaftigkeit des primärärztlichen Konzeptes in der Versorgung zu überzeugen – vielleicht ein

Hinweis darauf, wie wichtig es ist, die Debatte um die hausärztliche Zentrierung von Versorgung mit den Forschungsdaten zu Erwartungen von Patienten an eine verlässliche Betreuung zusammen zu bringen.

Ärztzahlen mögen eindrucksvoll sein, sie sind aber in Ländern mit entwickelten kurativen Systemen keine Garantie für gute Versorgung – so sehr das auch immer noch in den Köpfen und Herzen verankert sein mag. Die Politik braucht Mut und langen Atem zur Planung mit Augenmaß gegen die Partikularinteressen der Leistungserbringer, da die Selbstregulierung der Professionen ganz offenbar in keinem Land funktioniert.

Bei allen Verwerfungen und Streitigkeiten im System ist nicht zu übersehen, dass eine Mehrheit der therapeutisch tätigen Fachberufe nach wie vor Interesse daran hat, hohen Qualitätsstandards zu genügen und Wertschätzung von ihren PatientInnen zu bekommen. Wenn es gelingen würde, der Ärzteschaft zu verdeutlichen, dass sie am Ende davon profitiert, wenn sie selbstbewusst zu ihren erwiesenen Kompetenzen steht und nicht an überkommenen Rollenzuweisungen hängt, dann wäre es vielleicht in zehn oder 20 Jahren möglich, nicht mehr über Ärztemangel zu reden, sondern über die Frage, ob die durch alle Fachberufe geleistete Versorgung in den verschiedenen Regionen der Republik auf akzeptablem und annähernd gleich gutem Niveau erfolgt. ■

Anmerkungen

Eine Langfassung dieses Beitrags mit Literaturangaben finden Sie unter www.mabuse-verlag.de/zeitschrift/173_Schmacke.pdf

Dieser Beitrag beruht auf einer erweiterten Erstversion, die in *G + G Wissenschaft* 3/2006, S. 18–25, erschienen ist.

Norbert Schmacke

geb. 1948, ist Professor für Public Health an der Universität Bremen.
schmacke@uni-bremen.de

ZEITSCHRIFT IM GESUNDHEITSWESEN

Dr. med. Malbuse

Nr. 99 Januar/Februar 1996

21. Jahrgang

D 6424 F

9,80 DM

Qualität
in der Medizin
Pflegekammern
Medizinische
Ethik
Pflegeversicherung
und Heime



Pflegekammern:

notwendig oder

überflüssig?

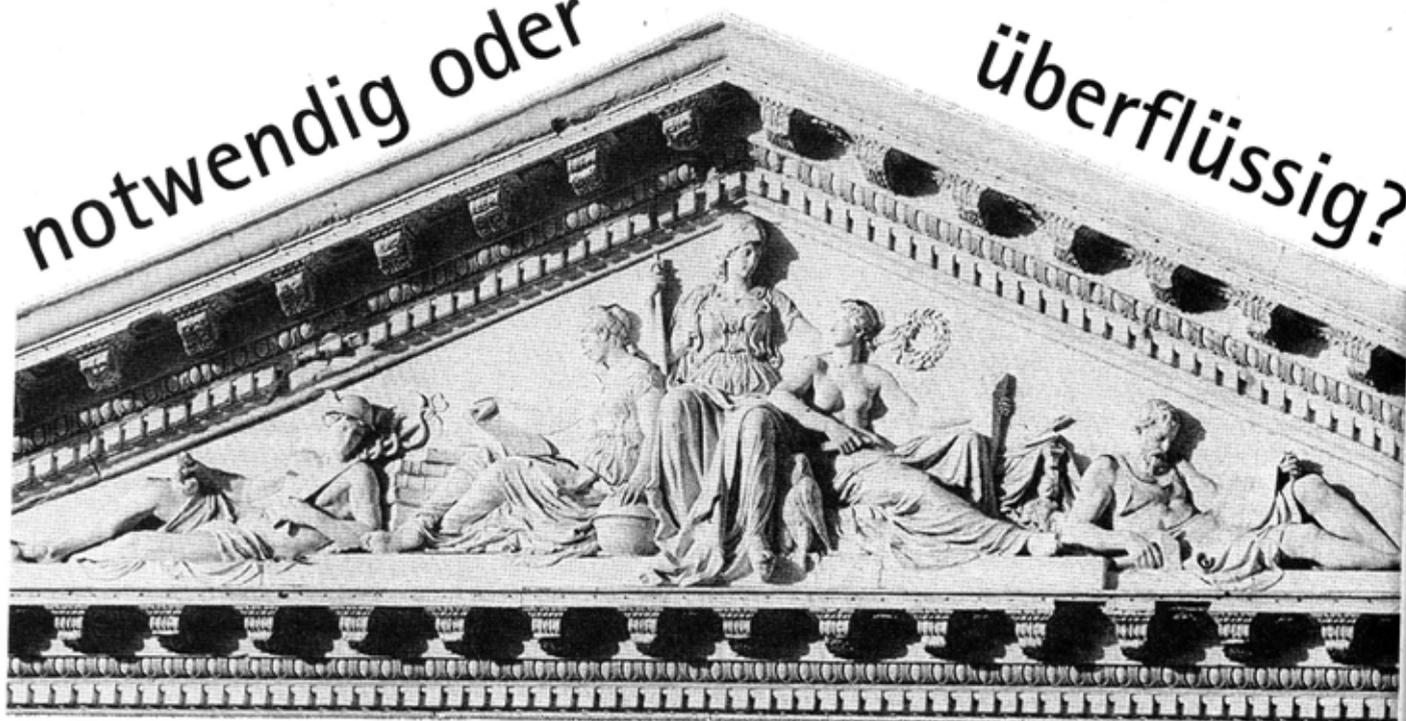


Foto: Irmi Long, Frankfurt/M.

In den vergangenen Jahren wurde immer wieder die Forderung nach der Einrichtung von Pflegekammern laut. In den folgenden beiden Beiträgen stellen Edith Kellnhauser und Gerd Dielmann ihre Argumente pro und contra dar.

PRO

Seit einigen Jahren fordern pflegerische Berufsorganisationen die Errichtung einer Krankenpflegekammer. Die rechtlichen Aspekte und Möglichkeiten sind von verschiedenen Rechtsexperten untersucht und begutachtet worden. Im folgenden soll es um die Bedeutung einer Pflegekammer aus der Sicht der Krankenpflege gehen.

Die Aktivitäten der Krankenschwestern und Krankenpfleger dienen dem Wohlbefinden, das heißt, der Gesundheitserhaltung, der Pflege im Krankheitsfall, der Rehabilitation oder der Unterstützung bei Behinderung von Patienten bzw. Klienten.

Diese haben einen Anspruch darauf, daß die erforderlichen pflegerischen Tätigkeiten in fachlich kompetenter sowie wirtschaftlich effizienter Weise durchgeführt werden. Um dies sicherzustellen, bedarf es einer innerberuflichen Instanz, die die sach- und fach-

kompetente Arbeitsweise der Berufsangehörigen überwacht. Bei der Errichtung einer Krankenpflegekammer geht es also vornehmlich darum, den Schutz und die Sicherheit der Bevölkerung zu gewährleisten. Das heißt, die zentrale Aufgabe einer Pflegekammer ist sicherzustellen, daß jede Krankenschwester und jeder Krankenpfleger die Mindestanforderungen für sichere Krankenpflege erfüllt.

Pflegequalität standardisieren

Die Kammer soll innerberufliche Mechanismen dafür schaffen, daß Krankenschwestern und -pfleger, deren Kompetenz unter den Mindestanforderungen für sichere Pflege liegt, oder die in anderer Weise eine Gefahr für die Öffentlichkeit darstellen, die Lizenz zur Berufsausübung entzogen wird. Zu die-

sem Zwecke erstellt eine Pflegekammer entsprechende Pflegequalitätsstandards und überprüft deren Einhaltung seitens der Berufsangehörigen nicht nur im stationären, sondern in allen pflegerischen Arbeitsbereichen.

Diese Funktion ist besonders im Hinblick auf den sprunghaft expandierenden ambulanten Pflegesektor notwendig.

Auf welche Weise eine Pflegekammer die Einhaltung der von ihr festgelegten Pflegestandards durch die Berufsangehörigen überprüfen und einfordern kann, geht aus der jeweiligen Satzung einer Kammer hervor. Beispielsweise sind darin folgende Zuständigkeiten und Aufgaben verankert:

- Der Berufskammer ist vom Gesetzgeber durch eine besondere Rechtsform die körperschaftliche Selbstverwaltung beruflicher Angelegenheiten übertragen.

• In der Regel ermächtigt dieser rechtliche Status die Kammer, die Zwangsmitgliedschaft verbunden mit einer Beitragsleistung zu verfügen. Das heißt, nach bestandenen Staatsexamen erfolgt die Lizenzierung und Registrierung aller Berufsangehörigen.

Durch eine mit der Lizenzierung einhergehende Registrierung würde von der Kammer der Personenkreis erfaßt, der aufgrund seiner beruflichen Qualifizierung befähigt ist, professionelle Krankenpflege auszuüben.

• Die Kammer ist befugt, Berufsangehörige zu disziplinieren. Es bestehen detaillierte Auflistungen potentiellen beruflichen Fehlverhaltens, welches Disziplinarstrafen nach sich zieht.

• Es ist Aufgabe einer Kammer, berufliche Richtlinien und Vorschriften zu erlassen sowie Systeme zu entwickeln, durch die diese in die Praxis umgesetzt und entsprechend überwacht werden können.

• Es ist Aufgabe der Kammer, über die Ausbildung des beruflichen Nachwuchses zu bestimmen.

• Im Hinblick auf die Sicherstellung qualitativer Pflegeleistungen ist die Kammer gehalten, bestimmte Fortbildungsmaßnahmen als Pflichtübungen der Berufsangehörigen einzufordern (siehe dazu: Kellnhauser, 1993).

Diese Aufgaben einer Pflegekammer tragen auf direkte oder indirekte Weise dazu bei, die Qualität pflegerischer Leistungen zu steigern und dadurch die Sicherheit von Patienten bzw. Klienten zu erhöhen.

Zusätzlich zu den positiven Auswirkungen auf Patienten bzw. Klienten, die aus den Aktivitäten einer Pflegekammer resultieren, bewirken diese zwangsläufig bestimmte Veränderungen im Berufsstand. Durch die der Kammer vom Gesetzgeber gewährten besonderen Vollmachten übt diese berufsregulierende Funktionen aus, die zur Selbstständigkeit des Berufes beitragen. Durch das einer Kammer vom Gesetzgeber übertragene Hoheitsrecht wird die berufliche Selbstverwaltung und dadurch die berufsfachliche Kontrolle der Berufsangehörigen durch eine berufslegitime Instanz durchgeführt. Die Kammer würde ein den Vorgaben internationaler Pflegeorganisationen entsprechendes Berufsbild in ihre Satzung aufnehmen sowie Inhalte und Aktionsspektrum der Pflege definieren. Die Berufspraktiker(innen) könnten sich in problematischen Situationen am Arbeitsplatz auf bestehende Orientierungsrichtlinien der Kammer berufen und ihren Standpunkten dadurch größeres Gewicht verleihen.

Die Kammer würde durch Abhalten des pflegerischen Staatsexamens die Lizenzierung der Berufsangehörigen vornehmen. Dadurch würde die zur Zeit von berufsexternen Behörden (je nach Länderregelung vom Gesundheits- und/oder Kultusministerium) vorgenommene Anerkennung der Ausbildung von einer berufslegitimen Institution durchgeführt. Durch eine mit der Lizenzierung einhergehende Registrierung würde von der

Kammer der Personenkreis erfaßt, der aufgrund seiner beruflichen Qualifizierung befähigt ist, professionelle Krankenpflege auszuüben. Im Hinblick auf das ihr vom Gesetzgeber erteilte Mandat zur Sicherstellung qualitativer Pflegeleistungen wäre die Kammer gehalten, bestimmte Fortbildungsmaßnahmen speziell mit Blick auf aktuelle berufliche Entwicklungen abzuhalten und die Pflichtteilnahme zu fordern. Wenn Berufspraktiker(innen) festgelegte berufliche Mindeststandards nicht einhalten oder den beruflichen Verhaltenskodex mißachten, wäre die Kammer ermächtigt, entsprechende Disziplinarmaßnahmen durchzuführen.

Einheitliche Ausbildung

Was die Berufsausbildung betrifft, läge es im Aufgabenbereich der Kammer, eine einheitliche Ausbildungs- und Prüfungsordnung zu erarbeiten und einzusetzen. Generell unterläge der Betrieb von Krankenpflegeschulen den Bestimmungen der Kammer. Das heißt, es würden Standards für die Eröffnung von Schulen, die Inhalte der Curricula und die Qualifikation der Lehrenden von dieser berufslegitimen Institution festgelegt und überwacht. Gleichmaßen würden einheitliche Standards für praxisbezogene Fortbildungsmaßnahmen von der Kammer erarbeitet und deren Einhaltung durch regelmäßige Überprüfung gewährleistet. Durch diese und ähnliche Funktionen einer Kammer könnte ein höherer Organisationsgrad des Berufsstandes erreicht werden. Gleichzeitig könnte durch eine standeseigene Festlegung und Kontrolle beruflicher Aktivitäten eine erhöhte Autonomie des Berufes herbeigeführt werden.

Durch eine Zusammenarbeit der Kammer mit anderen beruflichen Organisationen könnte möglicherweise das berufspolitische Gewicht der Pflege verstärkt und dadurch der Durchsetzung diesbezüglicher pflegerischer Interessen Nachdruck verliehen werden.

Internationale Erfahrungen

Die berufliche Führungsposition der Krankenpflege in den angelsächsischen Ländern ist aufgrund ihres akademischen Ausbildungs- und Wissenschaftsstandes weltweit unbestritten. Ein Blick dorthin zeigt, daß die dortigen Krankenpflegekammern an dieser Entwicklung aktiv beteiligt sind. Interessant ist auch zu wissen, daß in allen angelsächsischen Ländern Pflegekammern etabliert sind. Die Mehrzahl davon besteht seit Anfang dieses Jahrhunderts (siehe dazu: Kellnhauser, 1993). Während meiner langjährigen beruflichen Tätigkeit in den USA konnte ich feststellen, daß die Aktivitäten einer Pflegekammer neben der Förderung des Berufsstandes zahlreiche positive Auswirkungen auf die Qualität pflegerischer Leistungen in der täglichen Praxis haben.

DIE NEUESTEN KULTURREISEBÜCHER VON ANABAS

Volker Metelmann

PARIS von Aragon bis Zola

Acht literarische Spaziergänge

Die Spaziergänge und Texte dieses literarischen Führers sind so ausgewählt und zusammengestellt, daß Parisreisende einen vertieften Einblick in die Stadt und ihre Geschichte gewinnen und zugleich zur Lektüre der vorgestellten Autoren angeregt werden. Sie können anhand der Literatur ihre Streifzüge selbst organisieren und mit Gewinn gestalten. Durch die brillanten Beschreibungen der Zeitzeugen des 19. und 20. Jahrhunderts lernt jeder(r) Besucher(in) vieles neu zu sehen und zu entdecken. Die vorgeschlagenen Routen sind vom Autor selbst mehrfach erprobt. Ein Ausschnitt des Stadtplans von Paris mit entsprechenden Erläuterungen ist jedem Spaziergang vorangestellt.

Franz. Broschur, 200 S., 66 Abb., DM 28,00
(Ab Oktober im Buchhandel)

Hans Roth

Von Burgund zur Bourgogne

Land und Leute – Essen und Trinken – Wasser und Wein – Geologie und Geschichte – Kultur und Kunst

Ein ungewöhnliches Reisebuch, das den geschichtlichen Zusammenhang der vielen kleinteiligen "terroirs" dieser uralten europäischen Provinz mit ihrer bunten Mischung von Menschen erschließt. Die höchst lebendige Kunst der Kathedralen, aber auch der vielen kleinen romanischen Kirchen ist ein Schlüssel zum Verständnis mittelalterlichen Lebens und der Alltagskultur der Bourgogne. Zu jedem Bereich gibt es eine kleine Übersichtskarte für wichtige Orte und Sehenswürdigkeiten, Vorschläge für Wanderungen, Radtouren und Stadtspaziergänge sowie Hinweise auf die Köstlichkeiten der "kleinen" ländlichen Küche und die großen Weine und wo man/frau beides auch heute noch gut und preiswert findet. P.b., 320 S., über 200 Abb., Karten u. Pläne, DM 38,00

Bitte fordern Sie unseren Prospekt an!

anabas-Verlag, Unterer Hardthof 25,
35398 Giessen, Fon 0641/63455, Fax 67356

Außerdem konnte ich eine intensive Zusammenarbeit zwischen Pflegekammer und Gesundheitsgesetzgebung beobachten. Diese bestand darin, daß die Kammer – basierend auf Rückmeldungen ihrer Berufsangehörigen aus dem Praxisfeld oder ihrer eigenen Inspektionen vor Ort – durch eine differenzierte Fachberatung gestaltend dabei mitwirkte.

Aus Sicht der Krankenpflege geht es bei der Errichtung einer Pflegekammer vorrangig um die Gewährleistung der Sicherheit von Patienten bzw. Klienten bei der Erbringung von Pflege durch die Berufsangehörigen.

Die eigenberufliche Übernahme von Verantwortung für die pflegerischen Leistungen der Berufsangehörigen führt zu erhöhter Autonomie und zur Emanzipierung des Berufsstandes. Eine derartige Entwicklung der Krankenpflege hat, gesehen an den Erfahrungen der angelsächsischen Länder, positive Auswirkungen sowohl auf die davon direkt Betroffenen (Patienten und Berufsangehörige) als auch auf andere Gesundheitsberufe und die Gesundheitsgesetzgebung.

Edith Kellnhäuser,

Dozentin am Fachbereich Pflege,
Katholische Fachhochschule Mainz

Literatur:

Stellungnahme zum Thema Pflegekammer der Landesarbeitsgemeinschaft der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe, Arbeitsgemeinschaft Leitender Krankenpflegepersonen, Rheinland-Pfalz, 1990.

Stellungnahme des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe, Landesverband Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Thüringen, zur Anhörung „Kammer für Pflegeberufe“ des Sozialpolitischen Ausschusses Landtag Rheinland-Pfalz am 26. Januar 1995.

Böhme, H.: Sind Pflegekammern rechtlich zulässig und berufspolitisch zweckmäßig? Die Schwester/Der Pfleger, Nr. 9, 1990, S. 745-749.

Böhme, H.: Die Stellung der Pflege in Recht und Politik. Die Schwester/Der Pfleger, Nr. 8, 1991, S. 728.

Braun, G.: Kammern für Pflegeberufe – Geht das überhaupt? Die Schwester/Der Pfleger, Nr. 9, 1990, S. 741-744.

Gallwas, H. U.: Zur Verfassungsmäßigkeit der Errichtung einer Pflegekammer im Freistaat Bayern. Medizinrecht, Heft 2, 1994, S. 61-66.

Plantholz, M.: Pflegekammer – Gutachten über die rechtlichen Probleme und Möglichkeiten der Errichtung einer Pflegekammer auf Landesebene – erstellt im Auftrag der Fraktion Bündnis 90/Grüne im Abgeordnetenhaus von Berlin, 1994.

Kellnhäuser, E.: Krankenpflegekammern und Professionalisierung der Pflege. Bibliomed, Melsungen 1994, S. 118 ff. und S. 138 f.

CONTRA

In der berufsständischen Diskussion um die Einrichtung von Pflegekammern werden von den Befürwortern im wesentlichen folgende Gründe angeführt: Pflegekammern sind notwendig zur Professionalisierung der Pflegeberufe, sie heben das Ansehen, können zu einer besseren Vergütung beitragen, heben die Zersplitterung in zahlreiche Verbände und Organisationen auf und dienen nicht zuletzt der Selbstbestimmung des Berufsstandes.¹ Auf diese Gründe wird im folgenden kurz eingegangen.

Ganz abgesehen von der Frage, ob Professionalisierung im Sinne des soziologischen Begriffs von „Profession“² ein sinnvolles Ziel sein kann, ist die Verkammerung eines Berufsstandes niemals Mittel zur Erreichung dieses Ziels, sondern sie ist vielmehr das Ergebnis, also Ausdruck einer bereits erreichten Professionalisierung.

Schon das erste und bedeutendste Professionalisierungsmerkmal, die universitäre Ausbildung, wird schwerlich von allen, die Pflege beruflich ausüben, erreicht werden können. Dazu fehlt es nicht nur an den entsprechenden Ausbildungsmöglichkeiten oder den schulischen Voraussetzungen. Diese Gesellschaft wird sich auf absehbare Zeit kaum ausschließlich akademisch qualifizierte Pflegekräfte leisten können und wollen. Wenn aber nur eine kleine Elite dieses Ziel erreichen kann, so dient dies nicht der „Professionalisierung“ des gesamten Berufsstandes. Es kann aber nicht darum gehen, eine kleine akademische Elite heranzubilden, die dann die „Pflege“ vertritt. Es geht darum, das Qualifikationsniveau aller, die Pflege beruflich ausüben, weitmöglichst zu verbessern.

Erheblicher Qualifizierungsbedarf

Professionalisierung im Sinne von Verberuflichung von ehrenamtlicher und laienhaft ausgeübter Pflege mag über das heute schon gegebene Maß hinaus durchaus sinnvoll sein. Das gilt insbesondere dann, wenn Pflege gegen Entgelt, sei es in Institutionen oder im häuslichen Bereich, ausgeübt wird. Vor allem im Bereich der stationären Altenhilfe besteht hier noch erheblicher Qualifizierungsbedarf. Dies zu verbessern, bedarf es des gesellschaftlichen Willens, auch die Kosten dafür zu tragen, der durch eine berufsständische Kammer nicht ersetzt werden kann.

Das gesellschaftliche Ansehen eines Berufs hängt nicht zuletzt von seiner Qualifikation und seiner Vergütung ab sowie von der Bedeutung, die der erbrachten Dienstleistung für die Gesellschaft beigemessen wird.

Beruflich ausgeübte Pflege genießt hier durchaus ein beachtliches Ansehen und wird auch vergleichsweise ordentlich vergütet. Dies gilt sowohl im Vergleich mit anderen Berufen, die auf gleichem Niveau ausgebildet werden, als auch im europäischen Vergleich (EU), wonach deutsche Pflegekräfte umgerechnet in Kaufkraftparität den zweiten Platz hinter Luxemburg einnehmen. Gleichwohl sind hier noch Verbesserungen wünschenswert und realisierbar. In unserem Gesellschaftssystem ist dies jedoch nicht Aufgabe von Kammern, sondern von Gewerkschaften, von deren Organisationsgrad und Kampfstärke es abhängt, wie die Arbeitskraft entlohnt wird. Selbst bei den niedergelassenen Ärzten zählen Vergütungsfragen nicht zu den Aufgaben der Kammern, sondern sie werden von den kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen ausgehandelt. Dabei setzt der Staat die Rahmenbedingungen.

Organisatorische Zersplitterung

Die vorhandene organisatorische Zersplitterung der Pflegeberufe in zahllose Berufs- und Fachverbände, Schwesternschaften und Gewerkschaften hat historische Gründe. Sie läßt sich nicht durch eine Zwangskörperschaft, wie eine Pflegekammer sie darstellen würde, aufheben, sondern sie wird sich vielmehr in der Zusammensetzung der Kammer widerspiegeln. Unterschiedliche Interessen und weltanschauliche Positionen werden nach wie vor existieren und auch dort nur im Wege des Diskurses vereinheitlicht werden können. Als Gewerkschafter könnten wir die Forderung nach Pflegekammern ganz gelassen sehen, denn wir stellen schon seit vielen Jahren die mit Abstand größte Gruppe der organisierten Pflegekräfte, und wir hätten gute Chancen, in diesen Kammern – im Unterschied zu den Kammern der akademischen Berufe und Freiberufler – die Mehrheit der Kammersitze zu erreichen.

Kammern sind historisch gesehen ständische Organisationen von Freiberuflern und Selbständigen, die Ihre Interessen mangels Arbeitnehmereigenschaft nicht in Gewerkschaften vertreten und realisieren können. Trotz des Trends zur Niederlassung von Pflegekräften bis hin zur Gründung kleiner „Pflegeunternehmen“ wird nicht die freiberuflich tätige Pflegekraft das Bild des Marktes prägen. Vielmehr werden neben den bereits bestehenden großen Verbänden weitere privatwirtschaftlich organisierte Unternehmen entstehen, die ihrerseits eine größer werdende Zahl von Pflegekräften im Angestelltenverhältnis beschäftigen. Dies wird wiederum zur Gründung von Arbeitgeberverbänden auf der einen und zur Organisation in Gewerkschaften auf der anderen Seite führen. Eine gemeinsame Interessenvertretung in Kammern kann schon wegen des hierin liegenden Interessengegensatzes keine sinnvolle Lösung sein.

ZEITSCHRIFT IM GESUNDHEITSWESEN

Arbeits-Malrose

Nr. 75

Dezember 1991

16. Jahrgang

D 6424 F

7 DM

75

STASI IM
GESUNDHEITSWESEN
CHARITÉ • RUMANIEN
HUMANGENETISCHE BERATUNG

RUMÄNIENHILFE



Entwicklungshilfe mitten in Europa?

● Cighid wurde Anfang 1990 zu einem Schlagwort in Deutschland: ein rumänisches Kinderheim mit zu Tode vernachlässigten Kindern, die auf Grund des ärztlichen Selektionsurteils „incuperabil“ (= unheilbar) dorthin gebracht wurden. Die Bilder vom *Spiegel TV* und vom *Stern* lösten tiefe Betroffenheit und Erschrecken aus. Erschrecken auch über die offensichtliche „Euthanasie durch die Verhältnisse“, die in unseren Tagen in einem Land vor unserer Haustüre in Europa stattfand. Zudem in einem Land, mit dem sich entweder niemand so richtig beschäftigt hatte oder das von der Linken meist als positiver eigenständiger Weg des Kommunismus gewertet worden war.

Ersten spontanen Hilfsaktionen folgte eine Spendenkampagne der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), Bausanierungen in Cighid und anderen Heimen in anderen Regionen Rumäniens und die Entscheidung, mit einem Teil des Geldes ein pädagogisch-therapeutisches Entwicklungshilfeprogramm für Cighid durchzuführen. Dieses Projekt, das von einer Projektgruppe der DGSP und der Evangelischen Stiftung Alsterdorf/Hamburg getragen wird, läuft jetzt ein Jahr. Ein Anlaß, wieder zu berichten und kritische Fragen zu stellen (vgl. *erster Mabuse-Bericht in Nr. 66, 6/90*).

Von Anfang an stand fest: Cighid ist nur eines von vermutlich insgesamt 40 solcher Kinderheime in jedem der 40 Distrikte von Rumänien. Unsere Hilfe konnte und wollte deshalb nur exemplarisch sein. Sie ist es auch heute noch, auch wenn sich das Projekt längst aus der Beschränkung auf Cighid gelöst hat und versucht, das ganze System der Selektion und Verwahrung im Distrikt zu stoppen. Die praktische Arbeit findet deshalb mittlerweile auch in einem Altenpflegeheim in Ciutelec und in dem Psychiatrischen Langzeitkrankenhaus in Nucet statt, wo bis heute schlimmste Bedingungen herrschen.

Drei hauptamtliche Kräfte vor Ort werden von kurzzeitigen, ehrenamtlichen Mitarbeitern, alle aus Alsterdorf oder vergleichbaren Einrichtungen und mit einschlägigen heilpädagogischen und pflegerischen Berufserfahrungen, unterstützt. Sie arbeiten in den Einrichtungen direkt praxisanleitend mit im Gruppendienst, führen regelmäßige Fortbildungskurse für das (in der Regel unausgebildete) Personal durch und beraten die Leitungen der Einrichtungen und die übergeordneten Administrationen im Distrikt. Darüber hinaus laufen derzeit im Sinne größeren Austauschs für acht rumänische Mitarbeiterinnen aus den drei Einrichtungen mehrmonatige Ausbildungs-Hospitationen in Alsterdorf und anderen Behinderteneinrichtungen in Deutschland.

Unsere Beschränkung auf nur einen Landkreis erklärt sich aus der Beschränktheit unserer Mittel. Von einigen wenigen anderen Distrikten wissen wir, daß westliche Hilfsorganisationen aus den Niederlanden, der Schweiz, Frankreich und Dänemark ähnlich wie wir engagiert sind, allerdings

ihre Hilfe meist nur auf die Cighid vergleichbaren Behindertenkinderheime konzentrieren. In den meisten Distrikten gibt es bisher keinerlei westliche Hilfen im Behinderten- und Psychiatriebereich.

Cighid ist saniert

Die Kinder von Cighid leben heute in trockenen, warmen Räumen, haben jedes ein Bett und einen, wenn auch vorwiegend durch die Mahlzeiten, strukturierten Tagesablauf. Viele von ihnen haben schnell große Fortschritte gemacht. Die meisten von ihnen können laufen, viele haben gelernt, selbständig auf Toilette zu gehen, viele können mit dem Löffel essen. Selbst ein Junge wie Tiberius Vargas, der dem bundesrepublikanischen Publikum bekannt ist, weil er im *Spiegel*-Report jeden Fütterversuch mit apathischem Gesichtsausdruck seinerzeit abgelehnt hat und vom Tode gekennzeichnet schien, kann jetzt selbst laufen und unter Handführung seine Suppe essen. Im letzten Jahr ist keines der Kinder mehr gestorben.

Die eindrucksvollen Entwicklungsschritte bei den meisten Kindern belegen, in welchem Ausmaß diese Kinder durch die Verhältnisse, in denen sie leben mußten, zusätzlich zu ihrer vorhandenen Behinderung behindert gemacht wurden. So positiv die Entwicklung der meisten im körperlichen und lebenspraktischen Bereich ist, so springen heute die psychischen Folgen der durchgemachten Torturen ins Auge: Unruhezustände, massive Aggressionen, auch starke Autoaggressionen, Kontaktstörungen.

Die Schnelligkeit der ersten Erfolge haben die rumänischen Mitarbeiter „verwöhnt“.

Viele machen jetzt auf uns den Eindruck, demotiviert zu sein, weil Entwicklungsschritte jetzt nicht nur langsamer, sondern auch viel mühsamer zu erreichen sind.

Widersprüche I

Im Vergleich zu anderen Heimen im Bezirk Bihor ist Cighid heute eine Nobeleinrichtung mit Vorzeigecharakter, luxuriös ausgestattet mit Gütern, aber auch mit Stellen. Neben vier Pflegerinnen pro Gruppe (8-10 Kinder), gibt es zwei Pädagoginnen, zwei Ärzte und einen Masseur für insgesamt 104 Kinder. Diese Personalausstattung ist nach dem Cighid-Skandal landesweit für Behindertenkinderheime eingeführt worden — allerdings nur für diese! Zudem standen sich in Cighid die deutschen Hilfsorganisationen zeitweise auf den Füßen, während sich ringsum in den Heimen überhaupt nichts änderte und weiter das nackte Elend herrschte.

Wir haben damit dazu beigetragen, neue Widersprüche zu produzieren: die westdeutsche Hilfe und ihr nachfolgend, die wenigen mobilisierbaren rumänischen Ressourcen, sind vorerst in den Behindertenbereich und hier auch nur in den Bereich der behinderten Kinder geflossen. Die Heime, in denen erwachsene Behinderte leben, alte Menschen und Pflegeabhängige, sind ebenso von der Reform „vergessen“ worden wie die psychiatrischen Langzeiteinrichtungen. Die Hierarchisierung der Wertigkeit dieser Bereiche, die ja auch bei uns manchem traditionellen sozialpolitischen Ansatz innewohnt, ist wohl mit der schlimmste westliche Import, den wir uns mit unserem Hilfeinsatz geleistet haben.

Ein weiterer alleiniger Hilfeinsatz in Cighid verbot sich vor diesem Hintergrund. Die Umlenkung unserer Kapazitäten auf die bisher vollkommen vernachlässigten Bereiche lag auf der Hand. Auf der anderen Seite zeigt sich jetzt gerade in Cighid deutlich, daß, wenn in einem Heim die Stufe „warm, satt, sauber, trocken“ erreicht ist, die Arbeit nicht stehenbleiben kann. Die Kinder fordern und erfordern einfach mehr und spezifischere pädagogische Hilfen und natürlich ein Mehr an positiver Grundhaltung des Personals. Ein vollkommener Rückzug aus Cighid verbietet sich somit vorerst auch.

Ein weiterer schwerer Gegensatz, den wir mitproduziert haben: Cighid ist heute besser ausgestattet als die meisten Haushalte der in Cighid Beschäftigten. Wie sollen Menschen Respekt vor den Rechten Behinderter erlernen, wenn es denen jetzt plötzlich besser geht als ihnen selbst? Auch die von uns betriebene gezielte Ausgabe von Hilfsgütern an die Beschäftigten (ein Paar Schuhe für ein Cighid-Kind, ein Paar für ein Kind zu Hause) konnte diese Gegensätze nicht auflösen.

Das alte System der Verwahrung besteht weiter

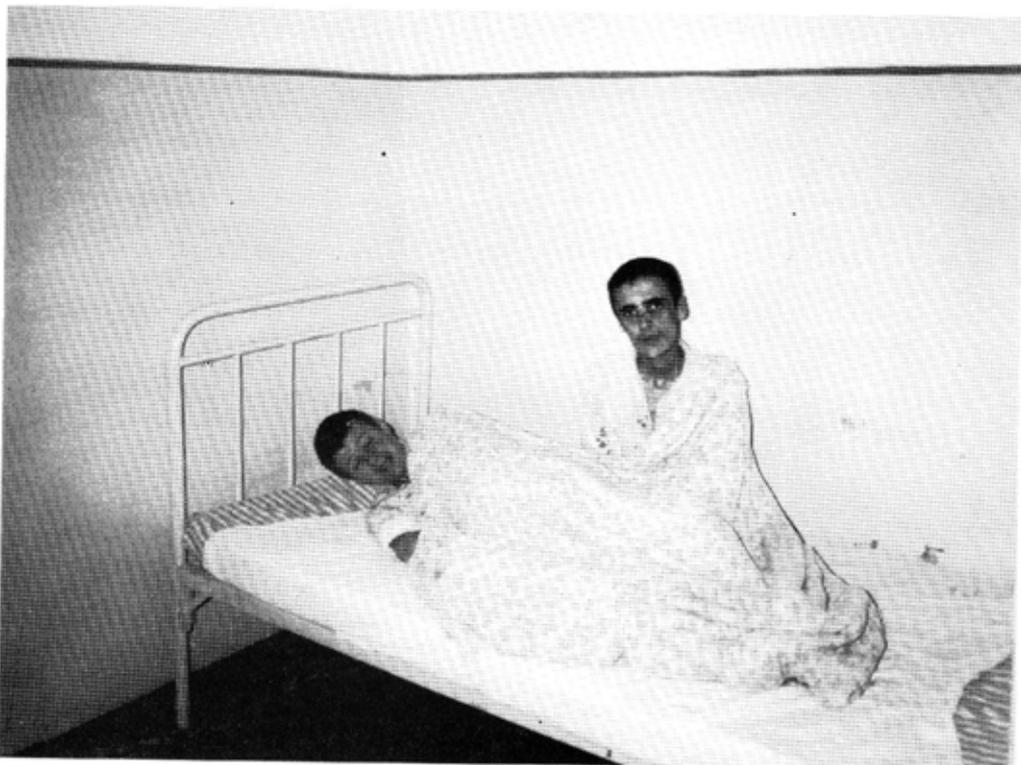
Der Skandal um Cighid hat in Rumänien zunächst eine positive Reform eingeleitet. Landesweit wurden in den Distrikten neue Behinderten-Inspektorate geschaffen, denen die bisher teils der Arbeitsverwaltung, teils der Gesundheitsverwaltung unterstellten Behinderteneinrichtungen zugeordnet wurden. Dies ist als enormer struktureller und inhaltlicher Fortschritt zu werten, weil damit erstmals anerkannt wurde, daß Behinderte weder Kranke noch Arbeitsrehabilitanten sind. Die neuen Behinderten-Inspektorate, wie beispielsweise das in Bihor, sind zudem auch Träger von Reformideen. Sie vertreten Ideen wie die Errichtung ambulanter Hilfen für Familien mit behinderten Kindern, Aufnahmestopp in Heimen wie Cighid, Heimatrecht der Bewohner in den Einrichtungen und Integration in die Dörfer und Städte. Solche Reformschritte scheiterten freilich bisher an der ausbleibenden Finanzierung aus Bukarest.

Aber damit nicht genug: die Schaffung der neuen Behinderteninspektorate hat bis heute keine Auswirkung auf das weiterhin bestehende System der Selektion und Verwahrung behinderter und psychisch kranker Menschen.

Die Waisenheime sind nach wie vor aufgrund der Geburtenpolitik und des Mangels an Verhütungsmitteln mit Kindern zwischen 0 und 3 Jahren hoffnungslos überfüllt. Sie unterstehen im Distrikt Bihor der Gesundheitsverwaltung, die darauf drängt, daß die über dreijährigen Kinder, die behindert sind, von dem Behinderten-Inspektorat in Heime wie Cighid übernommen werden. Da sich das Behinderten-Inspektorat (mit Recht)



Psychiatrie Nucet, außen und innen



weigert, gibt es eine wachsende Zahl von behinderten Kindern, die in sogenannten „Cighid-Zimmern“ im Waisenhaus in Warposition gehalten werden. Der Plan des Behinderten-Inspektorats, direkt bei den Waisenhäusern eigene neue Häuser für behinderte Kinder zu bauen, scheitert bisher am Geld und an der Ämterkonkurrenz. Ideen, die Kinder in Familien zu reintegrieren, scheitern an der gesellschaftlichen Realität.

Für die Behinderten-Kinderheime wie Cighid ist die Altersgrenze 17/18 nach wie vor eine harte Grenze, die früher auf Grund der entsetzlichen Verhältnisse allerdings nur wenige erreicht haben. Jungerwachsene Behinderte werden auch heute an dieser Altersgrenze in die psychiatrischen Langzeitkrankenhäuser überstellt. Im Distrikt Bihor ist dies die oben erwähnte Langzeit-Psychiatrie Nucet. Hierher kommen auch die als „unheilbar“ diagnostizierten erwachsenen chronisch psychisch Kranken aus den Akutpsychiatrien und alle weiteren erwachsenen Behinderten, die zu Hause nicht mehr leben können, und hier unter schlimmsten Bedingungen leben müssen. Zu Nucet, das der Gesundheitsverwaltung untersteht, gibt es bislang keine (institutionelle) Alternative. Dem Behinderten-Inspektorat untersteht in der weiteren „institutionellen Kette“ zwar noch das „letzte Glied“, das oben erwähnte „Altenpflegeheim Ciutelec“, in dem zum Teil auch Behinderte leben. Aber auch hier sind die Bedingungen so unverändert schlecht, daß sich wohl kaum von einer wirklichen Alternative sprechen läßt.

Bei den Altenpflegeheimen und bei den Psychiatrischen Langzeitkrankenhäusern handelt es sich um die harten Kerne des Verwahrungssystems. Ohne an diesen anzusetzen, hat nach unserer jetzigen (leider späten) Einschätzung alle weitere Hilfe keinen Sinn.

Nucet — ein Elendsquartier

Die Verhältnisse in dem „Neuropsychiatrischen Krankenhaus Nucet“ sind unvorstellbar grausam. Die meisten von uns haben, als wir die ersten Male dort waren, entweder Heulkrämpfe bekommen oder kaum zu unterdrückende Wut, die sich dann auf den ersten vermeintlich Verantwortlichen, den wir trafen, abblud.

Nucet ist ein alter russischer Kasernenbau, fern ab der Provinzhauptstadt, am Rande der Karpaten, in unmittelbarer Nähe der Uranmine Baitsa. Die radioaktive Belastung der Region ist strittig, wird jetzt aber, nachdem rumänische Routinemessungen keine Klarheit brachten, mit Genehmigung der rumänischen Behörden von unserer Seite untersucht.

Auf den beiden sogenannten chronischen Stationen leben jeweils rund 110 Männer bzw. Frauen. In den Zimmern und Fluren stehen unüberschaubar viele Betten, in denen die Patienten den ganzen Tag über liegen. Oft liegen zwei und mehr Patienten in einem

Bett. Viele Betten sind durchnäßt und verschmutzt. Viele Patienten sind chronisch unterernährt. Die bittere Wahrheit ist: wer nicht mehr selbst essen kann, entweder weil er zu schwach ist oder weil er mit dem Leben abgeschlossen hat, wird sich selbst überlassen. Viele Patienten sind durchgelegen. Viele Patienten haben unbehandelte Krankheiten. Die Ärzte von Nucet sagen, daß die Ärzte der umliegenden Krankenhäuser die Behandlung der Menschen aus Nucet verweigerten. Die Ärzte sehen auch die Verwahrlosung der Patienten, die chronische Unterernährung und verweisen auf die Tatsache, daß sie nur 2-3 meist ungelernete Kräfte pro Station für je 110 Patienten im Dienst haben.

Die wenigen Ärzte, die hier arbeiten, fühlen sich selbst vernachlässigt, übergangen und vergessen von Bukarest und Oradea, der Provinzhauptstadt. Sie sind es auch bestimmt. Und es ist vollkommen sinnlos, vor Ort die Schuldfrage zu stellen. Keiner von uns weiß, wie er sich selbst in dieser Situation und in dieser Gesellschaft verhalten würde, wenn er Dienst in Nucet tun müßte.

Der Gesundheitsdirektor des Distriktes sagte uns, Nucet sei sein „schwarzes Schaf“ und sein größtes Problem. Er selbst, der auch schon auf unsere Einladung in Deutschland war, sieht durchaus die enormen strukturellen Probleme: Größe und Lage Nucets, Abschiebefunktion, keinerlei Wege zurück in die Städte und Dörfer, Mischung von psychisch Kranken und Behinderten, demotiviertes Personal und — dies ist in Rumänien auch aus unserer Sicht das größte Problem — eine Gesellschaft, die Behinderte und psychisch Kranke als unnützlich und Last für die Allgemeinheit erachtet.

In Nucet wiederholt sich jetzt noch krasser, was wir vor einem Jahr in Cighid erleben konnten. Viele Mitarbeiter in Nucet verstehen nicht, warum wir, die wir aus einem so reichen Land kommen, uns hier in Rumänien ausgerechnet um diese Menschen kümmern, die die Gesellschaft abgeschrieben hat. „Sie sind doch nur ‚zarzavat‘ (= Gemüse)“ sagte uns ein Arzt in Nucet, was die unüberbrückbare Kluft in der Empfindung und Denkweise deutlich macht.

Widersprüche II

Die entwicklungspolitisch entscheidende Frage, ob unser Einsatz von rumänischer Seite gewollt ist und ob er in einer Struktur stattfindet, wo er im Sinne von „Hilfe zur Selbsthilfe“ vorhandene Ressourcen mobilisiert, ist vor diesem Hintergrund skeptisch zu beantworten.

Prinzipiell gilt, daß die deutsche Hilfe anfänglich ja nicht gerufen wurde, sondern quasi „einmarschiert“ ist. Das Beispiel Cighid zeigt aber, daß wir durch kontinuierliche Mitarbeit Ablehnung und Unverständnis bei vielen überwinden konnten. Heute sagen viele Mitarbeiterinnen in Cighid, daß sie auch gelernt hätten, umzudenken, weil sie

die Erfolge bei den Kindern sehen. Kritisch kann man aber sagen, daß wir uns das Gewollt-Werden langsam erarbeitet haben. Im Psychiatrie-Bereich wird dieser Schritt noch schwieriger sein, weil wir hier bisher nur die obersten Spitzen der Administration und der Klinikleitung auf unserer Seite haben. Die Frage ist auch bei uns immer wieder gewesen, ob ein anklagendes Vorgehen wegen Menschenrechtsverletzungen gerechtfertigt wäre, auch ohne, daß wir gerufen oder gewollt werden. Unsere Einschätzung: gerechtfertigt ja, aber praktisch würde sich für die Patienten nichts ändern. Wir sind auf Langsamkeit und auf zäh zu erarbeitende Kooperation angewiesen.

Soforthilfe für Nucet

Medizin und Pädagogik haben keinen Sinn, wenn die Menschen verhungern. Rumänien hat die EG um Lebensmittel und Brennstoffe für den bevorstehenden Winter im Werte von 2 Milliarden gebeten. Damit hat es zum ersten Mal nach Ceausescu Sturz eingestanden, einer gigantischen Versorgungskrise entgegenzugehen. Selbst wenn wir wissen, daß einige gefährliche Unterernährungszustände von Nuceter Patienten durch mangelnde Fürsorge verursacht sind, gilt für Rumänien, daß sich Versorgungskrisen der Bevölkerung in Heimen und Psychiatrien katastrophal auswirken. Die Sterblichkeit in Nucet ist nach Angaben der Ärzte im letzten großen Hungerwinter von 1989/90 auf rund 22 Prozent angestiegen. Diese Zahl erinnert an die Zustände in der Psychiatrie des Deutschen Reiches 1916 bis 1918, wo auch die Hungerkatastrophe für die Zivilbevölkerung zu einer ähnlich hohen Sterblichkeit unter den Anstaltspatienten führte.

Zur Überbrückung der bevorstehenden Wintermonate haben wir deshalb zusammen mit terre des hommes/Niederlande Lebensmitteltransporte als Soforthilfe zugesichert. Natürlich ist die kritische Frage, was eigentlich längerfristig passieren soll. Unterstützen wir durch solche Art der Hilfe die falsche Art des Wirtschaftens in Rumänien? Verhindern wir, daß die Rumänen lernen, durch Umschichtung ihrer Mittel die Not, die bei Versorgungskrisen die Heime und Psychiatrien tödlich trifft, selbst zu lösen?

Ebenso schwierig, aber alternativlos, ist ein weiterer, jetzt mit der Krankenhausleitung und dem Gesundheitsdirektor des Distriktes vereinbarter Schritt: der Besuch einer deutschen Ärztekommision in Nucet, die alle Patienten somatisch basisdiagnostizieren soll. Die Nuceter Ärzte, allesamt Psychiater, fühlen sich damit überfordert. Im Vorfeld haben sich zum Verdruß auch der rumänischen Verantwortlichen Internisten und andere somatische Fachärzte der Umgebung, die zur Hilfe gerufen wurden, geweigert, die Patienten aus Nucet zu untersuchen.

Die Ärztekommision soll durch ihre Arbeit und ihre Präsenz — so die Absicht von Gesundheitsdirektor und der ärztlichen Leitung Nucets — demonstrieren, daß psychiatrische Langzeitpatienten die gleichen Grundrechte wie alle anderen Patienten haben. Auf der anderen Seite wird die systematische Durchuntersuchung der Patienten durch deutsche Ärzte, die vermutliche Aufdeckung vieler unbehandelter Krankheiten und lebensbedrohlicher Unterversorgungszustände etwas Kontrollierendes und Anklagendes an sich haben. Die Hoffnung ist aber, daß durch eine entsprechende Vorbereitung und die Einladung der bisher sich verweigernden Ärzte der Umgebung, neue Kooperation und Verantwortungsübernahme angebahnt werden können.

Ähnlich wie bei dem Lebensmitteltransport wäre die Verweigerung einer Ärztekommision zwar ein Mittel, den Druck auf die rumänischen Verantwortlichen zu verstärken. Dies würde aber auf Kosten der Patienten gehen, denen so schnell wie möglich geholfen werden muß, und verbietet sich deshalb.

Der Soforthilfe sollen längerfristige Hilfen folgen: modellhafte Mitarbeit auf den Stationen, Fortbildung des Personals und — ebenfalls angedacht — eine neue Spendenkampagne, um das Haus zu sanieren. Alle Schritte aber, um in Nucet ein die Menschenwürde bewahrendes Milieu und einen Mindeststandard in der Grundpflege zu schaffen, hängen davon ab, daß drastisch mehr Personal eingestellt wird. Der Gesundheitsdirektor des Kreises hofft hier auf Bukarest. Ob dies in der jetzigen politischen Situation, in der sich zuspitzenden ökonomischen Krise durchsetzbar ist, ist für uns nicht abzusehen.

Das Normalisierungsprinzip — eine Überforderung für Rumänien?

Der Gedanke, daß für Menschen mit geistigen oder psychischen Behinderungen die Lebensbedingungen, ihre Recht als Bürger und der Umgang mit ihnen so normal wie eben möglich gestaltet werden soll, wurde von unseren Gesprächspartnern in Rumänien meist begeistert aufgenommen. Auf einem auf unseren Vorschlag im August dieses Jahres organisierten internationalen Symposium zur Behindertenhilfe in Bihor — dem ersten in Rumänien — stellten wir mit Erstaunen fest, daß dieses heute international anerkannte Prinzip der Hilfe für Behinderte und psychisch Kranke in Rumänien tatsächlich neu ist.

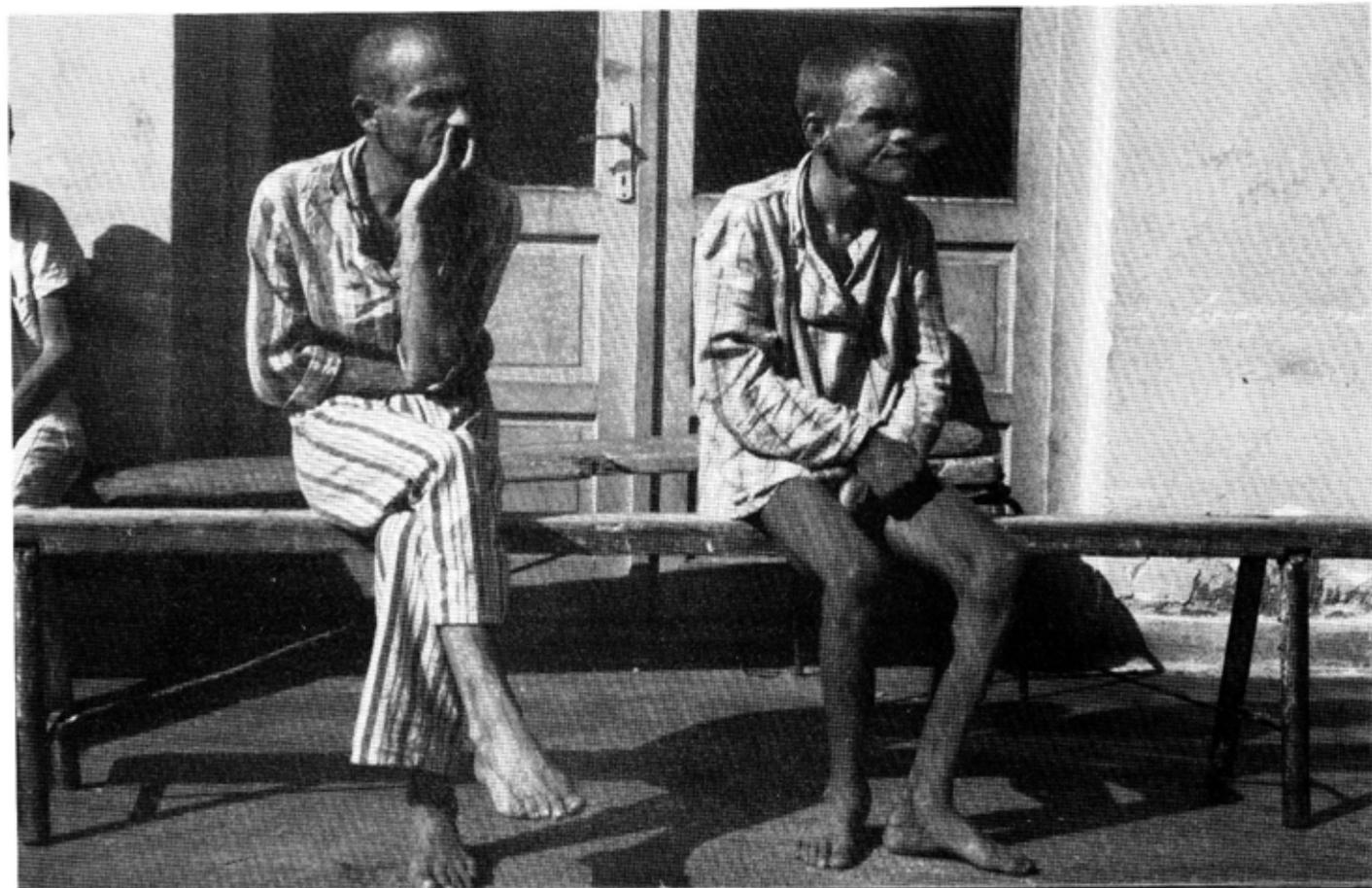
Die bange Frage ist, ob das Normalisierungsprinzip in der stark hierarchisch ausgerichteten rumänischen Gesellschaft, in der behinderte, alte und kranke Menschen einer starken Abwertung unterliegen, die Reformkraft entwickeln kann, die es vor 15-20 Jahren bei uns hatte. Der Stalinismus hat ein Menschenbild produziert, das heute tief in die Psyche der Menschen in Rumänien eingegraben ist. Der Mensch ist Arbeit und wenn er nicht arbeiten kann, ist er nicht mehr Mensch. Der Umgang mit ihm lohnt nicht mehr. Er ist nichts mehr für die Gesellschaft wert. Dieses Menschenbild ist natürlich empfänglich für medizinische Heilerwartungen, für therapeutische Versprechungen und muß die Forderungen des Normalisierungsprinzips als fremd empfinden.

Und der Kommunismus (nicht nur in Rumänien) hat noch etwas produziert: eine ganze Gesellschaft, die materiell so unterbefriedigt ist, daß sie alle Konsumgüter des We-

stens als höchste Errungenschaften und erstrebenswerteste Werte ansieht. Nicht Demokratie und Humanität sind die Forderungen der Reformkräfte in Rumänien, sondern Konsumgüter und Reisen. Können wir in einer so armen und unterentwickelt gehaltenen Gesellschaft Gleichbehandlung der Behinderten fordern? Ist es nicht ein Zeichen totalen Unverständnisses unsererseits, wenn wir uns aufregen, weil westliche Spendengüter in den Heimen kollektiv von den Mitarbeitern „abgezockt“ werden? Kommen wir nicht zu früh mit unseren Forderungen nach Humanität und Integration?

Rumänien ist politisch, wirtschaftlich und gesellschaftlich mindestens eine Generation zurück. Politisch droht derzeit die Errichtung einer harten Grenze zwischen dem zukünftigen Europa, das Polen, die Tschechoslowakei und Ungarn noch gerade eingemeindet, aber Rumänien und die aus der Sowjetunion hervorgehenden Staaten der Dritten Welt zuschlägt. Ein Projekt, wie das unsere, kann als der sehr kleine, längerfristig vielleicht wirkungslose oder fast verzweifelte Versuch verstanden werden, die Geschwindigkeit der Entwicklung in einem Teilbereich der rumänischen Gesellschaft zu beschleunigen. Wir sind dabei aber nur wie ein Spritzusatz. Die Rumänen sitzen selbst im Auto, um die enorme Strecke zurückzulegen. Sie lenken das Auto und sie entscheiden, ob sie den Spritzusatz ausnutzen, um der Gefahr entgegenzuwirken, daß Rumänien von Europa abgehängt wird. ●

Michael Wunder



ZEITSCHRIFT IM GESUNDHEITSWESEN

Preis: DM 3.50

Sfr. 4.00
ÖS 30.00

Dr. med. Maluse

aus: BAD HERSFELD · BERLIN · BOCHUM · BREMEN · FRANKFURT
HEIDELBERG · KÖLN · LÜBECK · MAINZ · MARBURG · MÜNSTER

FREIBURG · GIESSEN · GÖTTINGEN · HAMBURG · HANNOVER
RAVENSBURG · TÜBINGEN · 4. Quartal 1984, Nr. 34

G
E
S
U
N
D
H
E
I
T
S

B
E
W
E
G
U
N
G

u.a.:
Pflegeversicherung
Medizinische Versorgung
von Asylbewerbern



PROBLEME MIT DER GESUNDHEITSBEWEGUNG

Viele Fragen und einige Antworten

„Woran arbeiten Sie?“ wurde Herr K. gefragt. Herr K. antwortete: „Ich habe viel Mühe, ich bereite meinen nächsten Irrtum vor.“

Brecht

Mit dem dritten Gesundheitstag steht zur Diskussion, wohin es mit der Gesundheitsbewegung gehen soll. Das Bedürfnis nach einer Standortbestimmung ist eigentlich seit dem Hamburger Treffen überall in der Bewegung zu spüren. Hat die Gesundheitsbewegung Chancen, als politische Bewegung, als gesellschaftsverändernde Kraft zu bestehen? Oder bleibt es beim „Jahrmarkt“ mit dem Geschmack der Beliebigkeit und Ziellosigkeit, den seit Hamburg viele empfanden?

Bewegung und Bewegungen

Gesundheitsbewegung und Gesundheitsladenbewegung, Selbsthilfebewegung und Selbsthilfegruppenbewegung, Patientenbewegung und Ärztebewegung – die Schwelle an politischer, organisatorischer und kultureller Bedeutung, die ein gesellschaftliches „Etwas“ überwunden haben muß, um sich das Etikett „Bewegung“ anzuhängen, ist nicht besonders hoch. Manche reden von einem inflationären Gebrauch des Begriffs (1).

Das ist eine relativ neue Erscheinung. Verfolgt man die Geschichte des Begriffs „Soziale Bewegung“, dann fällt auf, daß er eigentlich erst in den letzten zehn Jahren gängigerweise im Plural gebraucht wird. Lange Zeit galt eine andere Vorstellung: die bürgerliche Gesellschaft bringt die soziale Bewegung hervor. Hegel, Marx, Bismarck, die Kathedersozialisten, Sozialdemokratie und Reaktion in der Weimarer Republik; bei wem man auch nachsieht: egal ob sie nun für die Bewegung waren oder sie für eine Gefahr hielten, ihnen allen galt soziale Bewegung als etwas, das durch einen feststehenden politisch-gesellschaftlichen Bezugspunkt konstituiert war: die „soziale Frage“, d.h. den in der Eigentumsstruktur der bürgerlichen Gesellschaft objektiv angelegten Gegensatz von Lohnarbeit und Kapital, von Reichtum und materiell-kultureller Verelendung, der notwendigerweise in soziale Kämpfe einmündet, deren Subjekt, deren realhistorischer Träger die soziale Bewegung ist (2). Am deutlichsten bringt das Marx auf den Begriff, wenn er doppeldeutig beides mit demselben Wort bezeichnet: die „Bewegungsgesetze des

Kapitals“ und die „vom Volke selbst gemachte soziale Bewegung“ (3). Beide bilden in der gesellschaftlichen Totalität eine dialektische Einheit. Auch Rechten, selbst Faschisten war dieses Verständnis sozialer Bewegung zu eigen (4).

Dieses Charakteristikum des Bewegungsbegriffs, sein Bezug auf den Widerspruch des Kapitalismus, auf gesellschaftliche Totalität, blieb lange Zeit Konsens in der politischen Diskussion, auch dort, wo die Gleichsetzung sozialer Bewegung mit Arbeiterbewegung, die „Arbeiterexklusivitätsthese“ (5), verworfen wurde. Neu entwickelte Entwürfe – von der Marcuseschen Randgruppentheorie bis hin zur Solidarität mit dem antiimperialistischen Kampf in Vietnam – behielten die Zielrichtung bei: den Zugriff aufs Ganze, auf das Machtzentrum bürgerlicher Gesellschaft (6).

Wenn auch der Begriff „Gesundheitsbewegung“ in diesem Sinne neu ist, so gab es doch schon lange soziale Bewegung im Gesundheitswesen. Seit der Entstehung von Gesundheits- und Sozialpolitik in der bürgerlichen Gesellschaft gab es Versuche „von links“, deren Funktionen und Institutionen emanzipatorisch zu verändern. Es ist allerdings kein Zufall und kein rein semantisches Problem, daß die Vorläufer der Politik, die wir heute im Gesundheitswesen zu betreiben versuchen, sich selbst nicht als Gesundheitsbewegung bezeichneten. Vielmehr werden hier tiefgreifende Differenzen des politischen Selbstverständnisses deutlich. Einige Beispiele:

Die Arbeiter-Selbsthilfekassen im 19. Jahrhundert waren sozusagen die ersten Klassenorganisationen im Reproduktionsbereich; sie verbürgten – wengleich man



ihre Bedeutung nicht überschätzen darf – ökonomische Selbständigkeit und Klassenidentität. Ihr Widerstandspotential wurde letztlich erst durch staatliche Zwangsmaßnahmen (die berühmte Bismarcksche Sozialgesetzgebung) gebrochen (7).

Ebenfalls in der sozialistischen Bewegung verwurzelt waren die von Virchow inspirierten Krankenkassenpolitiker der Jahrhundertwende und der Weimarer Republik, die einen primär gesellschaftlich begründeten Gesundheitsbegriff zum Ausgangspunkt ihrer sozialhygienischen Bemühungen, z.B. im Wohnungsbau und in der Seuchenbekämpfung machten (8).

Die § 218-Bewegung, die sexualmedizinische Bewegung (Hirschfeld u.a.) und die Sexpol-Bewegung (Reich u.a.) verstanden sich selbst als Versuche, die Medizin als Normenkontrollinstanz, als „Gesundheitspolizei“ zu bekämpfen im Namen von körperlicher und sexueller Selbstbestimmung.



Unmittelbar im Bereich der klinischen und ambulanten Patientenversorgung entwickelte sich die von sozialistischen Ärzten getragene Ambulatorienbewegung als politische Antwort auf die damals entstehende rabiat konservative Standespolitik der Ärztemehrheit (9). Dieser wurde, wie den meisten „frühen Gesundheitsbewegungen“ erst durch den Nationalsozialismus der Garaus gemacht; das dann allerdings endgültig.

All dies waren „Gesundheitsbewegungen“; aber – und das soll mit diesem kurzen historischen Rückblick (der keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt) deutlich gemacht werden – der Bezugspunkt sowohl ihres politischen Selbstverständnisses als auch ihrer Strategie war nicht nur das Gesundheitswesen, sondern die bürgerliche Gesellschaft in ihrer Gesamtheit. Und der sozialen Bewegung als praktischer Antwort darauf. Hätte es einen „Gesundheitstag“ in der Weimarer Republik gegeben – die Vorstellung ist ganz anregend – dann wäre dies die programmatische Klammer gewesen: das gemeinsame Interesse an der „sozialen Frage“, an der Abschaffung des kapitalistischen Ausbeutungsverhältnisses samt seiner Zementierung durch die – mit Althusser gesprochen – „repressiven und ideologischen Staatsapparate“ – auch den des Gesundheitswesens.

Nicht nach Köpfen, sondern nach Interessen organisieren!

Um Mißverständnissen vorzubeugen: hier soll nicht in Nostalgie gemacht werden. Verherrlichung der „alten“ sozialen Bewegung, Herummäkeln am Kleinklein, an der politischen Borniertheit der „neuen“ sozialen Bewegungen, wie es v.a. in der Sozialdemokratie, aber auch unter DKP-Anhängern immer noch gerne betrieben wird. Das geht völlig am Problem vorbei, bringt zu seiner Erklärung nichts und ist meist ein recht vordergründiger Versuch, die eigene traditionelle (partei)politische Organisationsform zu rechtfertigen.

Aber wie kommt es, daß heute eigentlich niemand mehr von der „sozialen Bewegung“ spricht, daß diese – so scheint es – viele kleine Kinder gekriegt hat, die alle ihrer eigenen Wege gehen?

Mit der physischen Vernichtung der sozialistischen Bewegung im Nationalsozialismus, mit der sozialstaatlichen Befriedung und Verrechtlichung des proletarischen Klassenkampfes in der „formierten Gesellschaft“ der BRD hat dieser seine ursprüngliche Bedeutung als Integrations- und Organisationszentrum politischer Erfahrung in allen Lebensbereichen verloren. Die Arbeiterklasse wird im kapitalistischen Produktions- und Destruktionsprozeß zunehmend desintegriert; gleichzeitig erzwingt die zunehmende Durchstaatlichung aller Lebensbereiche eine Fragmentierung der Art und Weise, wie Gesellschaft und Herrschaft erfahren werden können (10). Ist unter diesen Bedin-

gungen Soziale Bewegung als Gravitationszentrum für Erfahrungen in unterschiedlichen Lebensbereichen, als konsensbildendes Prinzip politischer Öffentlichkeit überhaupt noch denkbar oder wird sie „objektiv unmöglich“?



Einen der letzten und meiner Auffassung nach fundiertesten Versuche, auf dem Hintergrund dieser Erfahrungen soziale Bewegung als gesamtgesellschaftliches Projekt zu retten, ist der Arbeitsfeldansatz des sozialistischen Büro dar. Oskar Negt hatte die Parole ausgegeben: „Nicht nach Köpfen, sondern nach Interessen organisieren!“ (11) Das Festhalten am traditionell organisierten Klassenkampf schien nur noch als intellektueller Gewaltakt möglich, nämlich indem vom Kopf her die richtige Linie abgeleitet und der Realität übergestülpt wurde. Dies wurde richtigerweise als Weg ins politische Sektierertum erkannt. Stattdessen sollte jetzt von den realen – und das heißt eben fragmentierten und atomisierten – Konflikten und den sich darin artikulierenden Interessen der Individuen ausgegangen werden:

„Verbindlichkeit kann heute nur noch in inhaltlicher Arbeit bestehen, in der Durchführung von Projekten, die dem einzelnen am Ort seiner Berufstätigkeit bereits in dieser Gesellschaft die Perspektiven der neuen sichtbar machen. Revolutionäre Politik kann heute nicht mehr an den politischen Machtzentren ausgerichtet werden.“ (12)

Der gesellschaftliche Ort dieser Erfahrungsbildung sollte das Arbeitsfeld sein. Und diese Erfahrungen sollten dann wiederum zu einer aufs Ganze gehenden Sicht von Gesellschaft und Strategie zu ihrer Veränderung synthetisiert und im SB koordiniert werden. Das wurde dann z.B. mit dem Pfingstkongreß 1975, dem Großen Ratschlag oder auch den Arbeitsfeld-Infos versucht. Die jeweilige Betroffenheit im Arbeitsfeld sollte die Initialzündung liefern für eine sozialistische Politik, die über diesen Weg der Verein-

heitlichung doch wieder auf das „schlechte Ganze“ der Gesellschaft abzielt, also die Fragmentierung politischer Erfahrung und Praxis überwindet.

Das Scheitern des Arbeitsfeldansatzes ist im SB viel diskutiert worden. Letztlich war die Frage, wie und warum sich die Synthese politischer und beruflicher Erfahrungen in einzelnen Lebensbereichen eigentlich zur Sozialen Bewegung im umfassenderen Sinne vollziehen sollte, ungeklärt. Die praktischen Erfahrungen im SB mußten zeigen, daß dies „von selbst“ nicht geht. Wie dann? Doch wieder mit der klassischen Partei-Avantgarde, die sagt, wo's lang geht? Die wohlbegründete Ablehnung des leninistischen Parteityps war ja einerseits gerade ein Grund für den Arbeitsfeldansatz gewesen. Auf der anderen Seite konnte dieser die Fragen, die nach der Kritik an jenem offenblieben, nicht beantworten.

Einen weiteren Grund für das Scheitern des Ansatzes verantwortlich war, nennt Heft Nr. 1 der Zeitschrift „Widersprüche“, das sozusagen publizistisch den „Abschied vom Arbeitsfeld“ markiert:

„Trotz gegenteiliger Anstrengungen hat sich unsere Politik zu einem Berufsansatz, zurecht „Berufsborniertheit“ genannt, verdünnt. Oft genug reduzierte sich Arbeitsfeldpolitik darauf, eigene professionelle Interessen an einer modernisiert-kritischen Berufsidealität zu verfolgen, die recht gut im Hauptstrom des (damaligen) Hauptstroms des reformerischen Aufschwungs mitgeschwamm.“ (13)

Die Berufsrolle, in der die Fragmentierung der Erfahrung von Gesellschaft besonders wirksam war, wurde also im Arbeitsfeldansatz letztlich nicht überwunden. Der in ihr angelegte sozialtechnologische Zugriff, die „Agententätigkeit“ für die Erhaltung bestehender Strukturen – und das heißt im Reproduktionsbereich *A n p a s s u n g s a r b e i t* – behielt die Oberhand gegenüber den emanzipatorischen Versuchen, das Gesundheitswesen am Interesse an einer *a n d e r e n* Gesellschaft auszurichten. Diese Versuche kamen allerdings auch der Münchhausenschen Anstrengung gleich, sich eigenhändig am Schopf aus dem Sumpf zu ziehen. Ohne die Abstützung durch eine mächtige sozialistische Opposition sollten ausgerechnet im Reproduktionsbereich – einem sowohl seiner Funktionsbestimmung als auch seiner Stellung zu den Machtzentren nach abgeleiteten gesellschaftlichen Sektor – sozialistische Strategien aus dem Boden gestampft und dann zur Transformation der Gesamtgesellschaft zusammengefaßt werden; all das auch noch „selbstorganisiert“, d.h. ohne die Anleitung durch zentralistische Kader. Das Scheitern des Ansatzes war z.T. in ihm selbst angelegt. Und hinzu kam das Ende der „reformerischen Aufbruchbestimmung“. Vor allem im Bildungs- und Gesundheitsbereich waren damit die „Arbeitsfelder“ für sozialistische Berufsar-



beit überhaupt erst hergestellt. Nun wurde dieser Arbeit von außen der Boden unter den Füßen weggezogen. Der Arbeitsfeldansatz entpuppte sich am Ende als „Schönwetterpolitik“ und degenerierte zu einer reinen professionellen Defensivstrategie.

Laßt tausend Blumen blühen!

Parallel zum Scheitern des Arbeitsfeldansatzes entwickelte sich in den siebziger Jahren eine Vielzahl ökologischer und alternativer Projekte: Ökologie- und Alternativbewegung wurden zu wichtigen politischen Faktoren. Und das ist ein ganz entscheidender Punkt für das Verständnis auch der Gesundheitsbewegung: Viele gaben ihren ursprünglichen Anspruch der Vereinheitlichung verstreuter Ansätze auf. Zugunsten einer neuen Zauberformel: „Laßt tausend Blumen blühen!“ Sie steht für die Hoffnung einer lebendigen Vielfalt ganz unterschiedlicher Projekte, Gruppen- und Initiativen, die überall wie Löwenzahn aus dem Asphalt sprießen und sich, genährt durch die Kreativität und Aktivität der in ihnen tätigen Individuen, zur großen Wiese einer emanzipatorisch geänderten Gesellschaft vereinigen sollten. Auf wunderbare Art und Weise, muß man wohl sagen, denn es blieb ungeklärt, wie und warum die ja oft sehr disparaten Projekte und Initiativen jetzt auf einmal die Fragmentierung politischer Öffentlichkeit, welche zur Krise der „sozialen Bewegung“ geführt hatte, überwinden sollten. Vertrauen darauf enthält implizit die Vorstellung von einer quasi biologischen „Wachstumsgesetzmäßigkeit“. Sie drückt sich aus im Naturalismus der Parole:

„Laßt tausend Blumen blühen!“

Diese Pluralisierung des Bewegungsbegriffs, der Verzicht auf bewußte strategische und auch theoretische Vereinheitlichung der verschiedenen Ansätze war durchaus eine sinnvolle Reaktion auf herrschende gesellschaftliche Tendenzen. Dennoch blieben in der Vorstellung von der „Fruchtbarkeit der Vielfalt“ einige zentrale Fragen offen. — Hier sind wir auch an einem Schlüsselproblem zum Verständnis der Gesundheitsbewegung.

Mit dem Verlust der den verschiedenen „Bewegungsfractionen“ gemeinsamen Erfahrung grundlegender gesellschaftlicher Konflikte sowie, mit der Krise des traditionell-zentralistischen Organisationstyps mußten zwei Grundfragen sozialer Bewegung neu gestellt und beantwortet werden. Erstens: vorausgesetzt, soziale Bewegung wird nicht durch objektive Strukturprobleme, sondern durch subjektive Konflikterfahrungen ausgelöst, wo sind dann jetzt diese Erfahrungsprozesse lokalisiert — und wie sind sie beschaffen? Zweitens: wie formiert sich aus diesen Erfahrungen eine politisch-gesellschaftliche Kraft, wie entsteht Bewegung?

Betroffenheit und Selbstorganisation

Die Sponti-Bewegung an den Hochschulen, (in der viele von uns, d.h. von denen, die sich jetzt als Teile der Gesundheitsbewegung betrachten, politisch großgeworden sind), hatte zur Lösung dieser Probleme zwei Schlüsselbegriffe bereit: **Betroffenheit** und **Selbstorganisation**. Letztere bezeichnete v.a. die Abgrenzung zur „Stellvertreterpolitik“ traditioneller linker Organisationen.

Organisation sollte nicht mehr von oben in autoritärer Weise aufgesetzt, sondern durch die Individuen selbst bestimmt werden. Welche Individuen? Na: eben die „Betroffenen“, was wiederum aus dem Gegensatz zu „Stellvertretern“, zu Polit-Profis, die sich der Probleme an der er annehmen, verständlich wird.

„Betroffenheit“ und „Selbstorganisation“ waren eine ganze Zeit lang — und sind es im Grunde immer noch — Kristallisationspunkte einer bestimmten sprachlichen und politischen Kultur. Was in ihnen, in ihrem Geschmack von Authentizität, von Echtheit der politischen Artikulation des „Selbst“ mitschwingt, ist das Bedürfnis nach einer neuen Wahrheitsinstanz, an der sich undogmatisch-linke Politik orientieren kann; die Suche nach Kriterien, vor denen das eigene Handeln bestehen kann, nachdem der große gesellschaftliche Entwurf nicht mehr so recht zur Verfügung steht.

Allein: können diese neuen Schlüsselbegriffe das Defizit, das durch den Niedergang „großer Linien“, durch die befriedigende Kritik an kaderpolitischen „Orientierungen“ zweifellos aufgetreten ist, auf befriedigende Weise füllen? Problematisch an den Kriterien „Betroffenheit“ und „Selbstorganisation“ ist ja, daß sie aus sich selbst heraus keine Differenzierung zwischen — kurz gesagt — reaktionären und emanzipatorischen Projekten möglich machen: „betroffen“ kann man sich auch von der Überfremdung des deutschen Volkes durch die Türken fühlen und „selbstorganisiert“ sind auch Klu-klux-klan und Bürgerwehr im Ostertorviertel — oder doch nicht? Es ist natürlich richtig: hier sind verblendete und vernagelte, entfremdete und z.T. psychisch verstümmelte „Subjekte“ am Werk





(14), die an ihren wahren gesellschaftlichen Interessen vorbei handeln. Aber *dies* ist eine politische Wertung, die sich aus den Kriterien der „Betroffenheit“ und „Selbstorganisation“ allein nicht ergibt. Ihre Evidenz ist vordergründig, in Wirklichkeit sind sie rein formaler Art. Der linke Intellektuelle, der zunächst erleichtert auf seine Orientierungsarbeit verzichten zu können glaubte, ist nun — und das war für viele in der Spontibewegung ein wichtiger Lernprozeß — doch unversehens wieder gefordert. Er muß erneut selektieren: zwischen wahrer und falscher Betroffenheit, authentischer und entfremdeter Selbstorganisation. Zumindest für sich selbst muß er dies tun. Werden diese Differenzierungen allerdings nicht deutlich als solche kenntlich gemacht, dann muß er sich den Vorwurf gefallen lassen, einen *Mythos* aufzubauen: den Mythos eines unmittelbar Wahren, das uns mit betörender Klarheit entgegentritt und das nicht mehr der „Anstrengung des Begriffes“ bedarf (15).

heit, die nun endlich auf die miesepetrigere Herumanalyse der alles zerredenden Intellektuellen pfeift; jetzt wird in die Hände gespuhkt!

... die vielfältigen Selbsthilfegruppen haben mit dieser Arbeit begonnen, ohne daß sie die Anleitung durch bewußte Gesellschaftsveränderer gebraucht hätten, sie ließen sich schlicht etwas einfallen und handelten“ (17)

Die Bewegung erwacht befreit aus einem jahrelangen Alptraum: dem des politischen Umherirrens, auf der Suche nach Orientierungen, nach einem zuverlässigen Sinnhorizont für die eigene Sehnsucht nach einer besseren Gesellschaft. Diese Sehnsucht kann jetzt konkret werden. Sie findet ihr Objekt in den „tausend Blumen“, den vielen, ganz unterschiedlichen, aber schließlich doch zur Transformation der Gesellschaft hinführenden Projekten. Hier liegt ein Haken. Die Transformation der Gesellschaft ist, wie Ilona Kickbusch wohl weiß, im Selbstverständnis der Selbsthilfegruppen, auf die sie setzt, nur in Ausnahmen als bewußte



Selbsthilfe und Selbsthelfer

Eines der Schwerpunktthemen des Hamburger Gesundheitstages war „Selbsthilfe“. Im Vorwort zum Selbsthilfegruppen-Reader „Gemeinsam sind wir stärker“ schreibt Ilona Kickbusch:

„Es ist sicher ein Weg (von mehreren notwendigen Wegen), die Transformation der Gesellschaft dadurch zu bewirken, daß viele, ganz unterschiedliche Menschen sich für ihre ureigenen Interessen einsetzen“ (16)

In dieser vielleicht für den zweiten Gesundheitstag beispielhaften und programmatischen Aussage schwingt Erleichterung mit. „Ureigene Interessen“: der Begriff vermittelt einen Eindruck von Echtheit und ebendieser unvermittelten Wahr-

Orientierung enthalten. Sie sind ja „konkret“ ausgerichtet auf ihre jeweiligen „ureigenen Interessen“. Hieraus ergibt sich eine unübersehbare Heterogenität, aber: „Mögen einzelne Gruppen völlig unterschiedliche Interessen vertreten, von lockerer Gegenseitigkeit bis hin zu starren Verhaltensregeln und strengen Hierarchien (wie z.B. bei Synanongruppen), mögen sie sich selbst als explizit politisch sehen oder nicht, ihre Gesamtheit macht den Unterschied zur bisherigen expertenorientierten Versorgung aus“ (18)

(Hervorhebung im Original)
Die Gesamtheit ist also mehr als die bloße Summe. In einem qualitativen Sprung stellt sich etwas gänzlich Neues her: ein strategisch-politischer Horizont

— die „Transformation der Gesellschaft“ —, der im konkreten Bewußtsein der Handelnden (noch) nicht hervortritt. Ist dies nicht ein neuer Versuch der *Synthese*, der Vereinheitlichung verschiedener Handlungsansätze zu der sozialen Bewegung? Im Grunde verrichtet Ilona Kickbusch, die hier nur stellvertretend für eine die Gesundheitsbewegung kennzeichnende Ideologie angeführt wird, die traditionelle Arbeit linker Intellektueller: sie differenziert zwischen Wahr und Falsch, zwischen Entfremdung und Emanzipation; sie bringt gesellschaftliche Prozesse auf ihren Begriff und transzendiert damit notwendigerweise das Maß an bewußter Selbstreflexion, das im Dickicht der Praxis vorhanden ist. Aber sie tut dies auf höchst problematische Art und Weise, nämlich indem sie — und an diesem Punkt ist sie wiederum sehr beispielhaft — ihre „theoretische Praxis“ überhaupt nicht als solche kenntlich macht. Scheinbar ist ja auch alles so einfach, schlicht und ergreifend: die Leute handeln, jeder auf seine Weise, dieses Handeln bildet eine Gesamtheit, welche zu einer anderen Gesellschaft drängt. Ob das inhaltlich richtig ist oder nicht, sei zunächst dahingestellt. Fest steht allerdings erstens, daß dies eine *Hypothese* ist, die Ilona Kickbusch und andere Intellektuelle an die Wirklichkeit herantragen; und fest steht zweitens, daß *dies* nicht deutlich gemacht wird. Auf diese Weise produziert man/frau Mythen: Geschichte sozialer Bewegung wird zur „heiligen Geschichte“ (19), der Intellektuelle zu ihrem Verkünder. Wohlgemerkt: problematisch ist nicht, daß hier eine soziale Bewegung konstruiert wird; solche programmatische Konstruktion ist ein notwendiger Bestandteil der Entstehung und Weiterentwicklung jeder sozialen Bewegung. „Es gab niemals einen Gedanken, dessen Vater kein Wunsch war“ (20) Problematisch ist vielmehr die Aufgabe der kritischen Distanz gegenüber dem, was geschieht und die kritiklose Erhebung von Selbsthilfe und Selbstorganisation zum an sich Guten. So produziert man letzten Endes politische Frustrationen.

Nebenbei bemerkt: der Affront gegen „bewußte Gesellschaftsveränderer“ zeigt bedenkliche parallelen zu neukonservativen Kreuzzügen gegen „linke Systemveränderer“, gegen „Emanzipationspädagogik“ etc.; beiden gemeinsam ist die Auffassung, daß es mit der Realität, so, wie sie ist, schon seine Richtigkeit hat, und daß man daran jetzt endlich nicht länger herumrörgeln soll — wenn auch natürlich höchst unterschiedliche Realitäten gemeint sind.

Auch eine andere eigentümliche Parallele drängt sich auf. Die Vorstellung einer Vielzahl von Einzelinteressen, die in ihrer Gesamtheit etwas höheres, einen positiven gesellschaftlichen Zusammenhang bilden, ähnelt sie nicht der uralten bürgerlichen Ideologie, daß das egoistische Han-



dern der Wirtschaftssubjekte im Kapitalismus die Grundlage öffentlichen Wohles bildet?

Die verschämte Selbstverleugnung der Professionellen im Schreiben und Reden über die Bewegung wird dort zum offenkundigen Widerspruch, wo sie, die ja als professionelle „Experten“ eigentlich per definitionem die Gegner der Selbsthilfebewegung sind (auf die sie setzen) ihren Platz in dieser zu bestimmen versuchen. Die Selbsthilfebewegung wird vielfach in einen klaren Gegensatz zur „expertenorientierten Versorgung“ gestellt. Andererseits sind es aber allerorten Professionelle, die mit viel Engagement und Hoffnung die Bewegung praktisch voranzubringen versuchen. Um dieses Problem zu umgehen wird wiederum die eigene gesellschaftliche Rolle und Funktion verleugnet: Der zunächst postulierte Gegensatz wird eingegeben, indem die Professionellen sich kurzerhand selbst zu Lei-

denden und der Selbsthilfe Bedürftigen erklären:

„Die Tatsache muß verwundern: Der zum Heilen berufene Arzt gehört mit zur kränksten Berufsgruppe seiner Gesellschaft“.

Flugs wird gefolgert: die Selbsthilfegruppe für Professionelle muß her! Es gibt ihn also, wenn man sich mal richtig an die eigene Nase faßt, gar nicht, den Gegensatz zwischen Patienten und Experten, im Selbsthilfegedanken sind alle vereint.

Aber es ist doch verhext, schon wieder fallen einem Gemeinplätze bürgerlicher Ideologie ein: Wir sitzen alle in einem Boot, alle müssen den Gürtel enger schnallen! Und: Meint ihr denn, die Unternehmer sind glücklich bei dem, was sie tun? Auch der Kapitalist grämt sich über die Entfremdung seiner Tätigkeit und wird davon krank!

Bei aller Wut und allem berechtigten und unbestrittenen Leiden am Elend des

„Normalvollzugs“, an dem wir tagtäglich beteiligt sind: es grenzt doch an Zynismus, wenn Professionelle – zumal Ärzte – die nach Einkommen, Sozialprestige, Bildung usw., ganz klar auf der Goldküste der Gesellschaft sitzen, sich die Wunden lecken und unter den Erniedrigten und Beleidigten Platz nehmen. Natürlich gibt es jenes Leiden, das sich in der „Selbsthilfebewegung der Gesundheitsarbeiter“ ausdrückt. Aber hier zeigt sich doch nun in aller Klarheit, daß die Zusammenfassung solcher heterogenen Ansätze unter den *f o r m a l e n* Kriterien der „Selbsthilfe“, „Selbstorganisation“ und „Betroffenheit“, wie sie z.B. von Ellis Huber betrieben wird, bestehende Interessengegensätze einfach unterschlägt. Denn die Tatsache, daß sich Experten des Gesundheitswesens

„zusammenschließen, um die gemeinsamen Probleme mit ihrer Arbeit und mit sich selbst solidarisch zu bewältigen“, (22)

stiftet ja noch keine Gemeinsamkeit mit denen, die mit Selbsthilfe die professionelle Versorgung oder ihr Alkoholproblem bekämpfen wollen. Das Grundproblem und sonstigen Professionellen im Gesundheitswesen, nämlich ihre Funktion als Normalisierungs- und Anpassungsarbeit, als „Befriedigungsverbrechen“, wird durch die Beschäftigung Professioneller mit ihrem persönlichen Leidensdruck überhaupt nicht tangiert. Hierbei entstehen zunächst nur „aufgeklärte Befriedigungsverbrecher“. Daran ändert man auch dadurch nichts, daß man sich selbst im modischen Understatement dauernd als „Gesundheitsarbeiter“ bezeichnet.

Berlin und Hamburg – und dann?

Das Motto „Laßt tausend Blumen blühen!“ bestimmte Konzeption und Durchführung der beiden ersten Gesundheitstage. Gleichwohl bestehen zwischen beiden einige wichtige Unterschiede. Bezeichnen sie eine Tendenz, die die Gesundheitsbewegung insgesamt betrifft?

Der Berliner Gesundheitstag war von der Wahl seines Zeitpunkts und Ortes her ganz gezielt als Gegenveranstaltung zum gleichzeitig in Berlin stattfindenden Ärztetag geplant:

„Die Herren vom 83. Deutschen Ärztetag werden an ihren Reden gemessen, ihre Aussagen an der Realität. Der Gesundheitstag 1980 stellt sich bewußt dem Vergleich“. (23)

Er war eine Veranstaltung der Gegenöffentlichkeit. Man sah sich in Konfrontation mit den Herrschenden, in diesem Fall repräsentiert durch den Ärztetag als traditionellen Hort des berufs- und allgemeinpolitischen Konservatismus. Dieses Selbstverständnis zeigte sich unmißverständlich im Veranstaltungsprogramm; Thema der Auftaktveranstaltung und des ersten Schwerpunktthemas war „Medizin und Nationalsozialismus“. Leitender Gesichtspunkt des Ganzen war also die Auseinandersetzung mit der Funktion der



Medizin als Herrschaftsinstrument, als „Büttel der Macht“ in der Vergangenheit und — in bewußter Konfrontation mit dem Ärztetag — in der Gegenwart. Auch durch die anderen Schwerpunktthemen (mit Ausnahme von „Alternative Heilmethoden“) zog sich der rote Faden dieser explizit politischen Zuspitzung, die sich auch deutlich in der Berichterstattung der sympathisierenden, aber auch der übrigen Presse spiegelte. Der Berliner Gesundheitstag wurde aufgefaßt als das Manifest einer politischen Opposition gegen die herrschende Standes- und Gesundheitspolitik.

Trotz der Freude über den großen Erfolg des Kongresses war den meisten Beteiligten schon am Ende des Berliner Gesundheitstages klar, daß diese Orientierung, so ort- und zeitgebunden, wie sie war, nicht ohne weiteres in die Zukunft verlängert werden konnte. Man war ratlos: Woher sollte diese Gesundheitsbewegung, die sich in Berlin so wirkungsvoll in Szene gesetzt hatte, in Zukunft ihre

Identität beziehen? Ein Leitthema für den zweiten Gesundheitstag wurde denn auch nicht mehr gefunden. Stattdessen gab es einen Veranstaltungskalender, der dreimal so umfassend war wie der Berliner und der ohne programmatische Leitlinie und politische Orientierung auszukommen versuchte. Die Veranstalter machten jetzt aus der Not, als die dies während der Vorbereitungszeit empfunden worden war, eine Tugend:

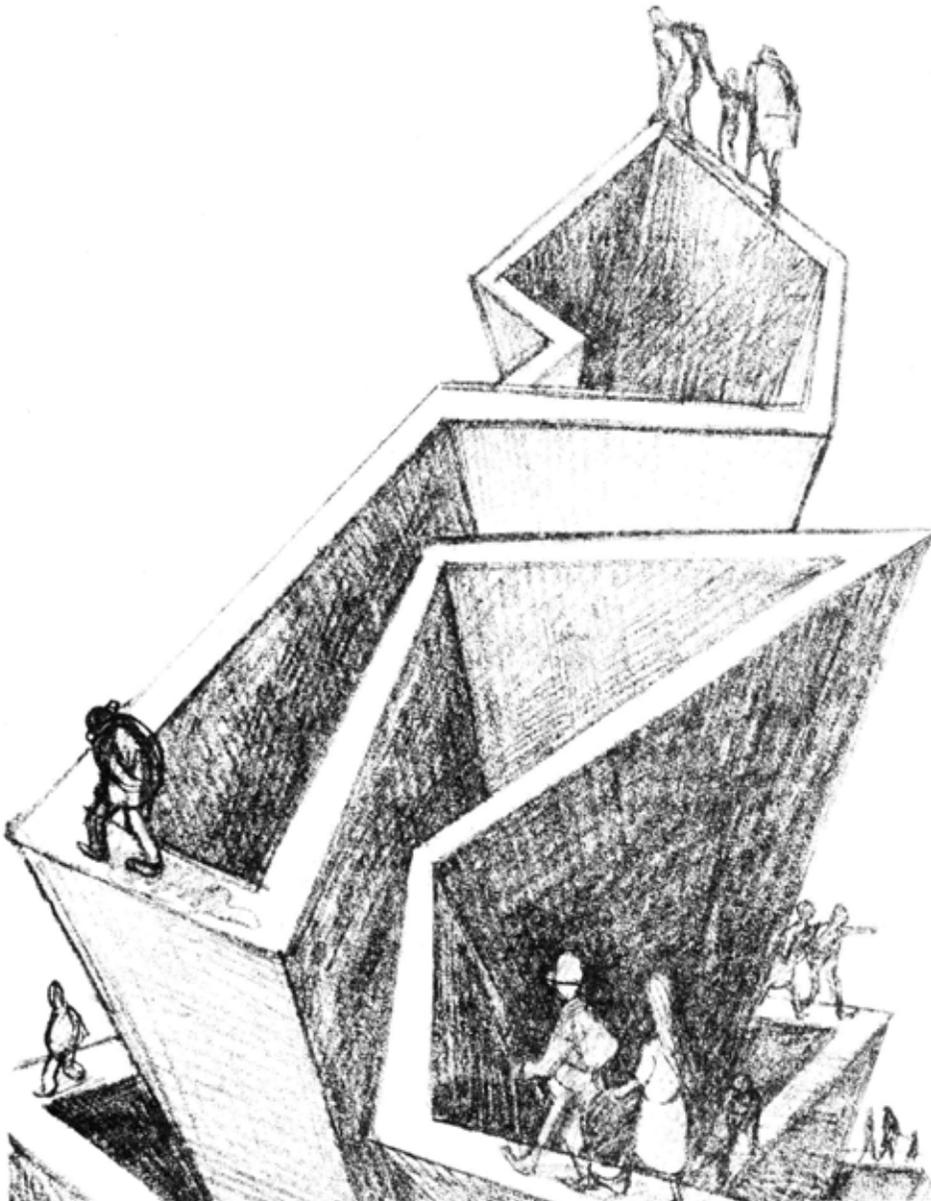
„Wir unterscheiden uns in den Beweggründen, das Bestehende zu verändern und in den Alternativen, die wir dem Bestehenden entgegensetzen. Diese Unterschiede müssen bleiben, damit jeder von uns seine persönliche und politische Identität behält. . . Wir schließen uns zusammen, unsere Vielfalt ist unsere Stärke! . . . Wir weigern uns, Gesundheit als Ziel zu setzen, das von uns stellvertretend für andere definiert wird. Es gibt viele Formen von Gesundheit, wie Formen von Schönheit oder Glück; genauso gibt es viele Wege zur

Gesundheit und verschiedene Formen des Widerstandes gegen deren Bedrohung“. (24)

Die Einheit der Bewegung, die als einigende Idee, als Orientierung an einem alle betreffenden Problem nicht deutlich gemacht werden konnte, wurde in der Vielfalt gesucht. In den Worten der Veranstalter schwang die Hoffnung mit, daß sich aus der schillernden Vielfalt schon auf irgendeine Weise etwas fügen, zumindest aber ein gemeinschaftlich-solidarisches Gefühl entstehen werde. Diese Hoffnung wurde nicht erfüllt. Der Hamburger Gesundheitstag blieb ein Jahrmarkt der Möglichkeiten, auf dem Kleinhändler ihre Waren feilboten. Sie suchten zumeist nicht das gemeinsame Gespräch, sondern handelten nach ihrem „ureigenen Interesse“, indem sie i h r e n b e s o n d e r e n A n s a t z verkauften. Sie begriffen sich nur sehr partiell als Gegner zur herrschenden Medizin; wichtiger als die Kritik daran war die Präsentation des jeweils eigenen Ansatzes als etwas positivem und für sich selbst gutem.

Entsprechend war die Haltung der zumeist studentischen Besucher: man ging hierhin und dorthin, konsumierte dies und jenes. Es war letztlich eine reine Geschmacksfrage, wofür man sich interessierte. Diskussionen zu „großen Fragen“ der Gesundheitspolitik und Versuche einiger Unermüdlicher, Standort und Perspektiven der Gesundheitsbewegung zu bestimmen, wurden vielfach als eher nervig und langweilig empfunden. Ein großer Teil der Gesundheitstag-Besucher fühlte sich hier von ganz offensichtlich nicht betroffen. Dementsprechend waren gegenüber den politischen Veranstaltungen die Selbstdarstellungen alternativer Heilkonzepte schon rein zahlenmäßig in einer erdrückenden Übermacht. Jeder konnte sein Steckenpferd reiten und sich am Ende mit dem warmen Gefühl im Bauch, auch zu dieser großen Gesundheitsbewegung zu gehören, aus dem Staub machen, ohne sich aus der Rolle der konsumierenden P r i v a t p e r s o n herausgeben zu haben.

Der zweite Gesundheitstag hat „wiedergespiegelt“ wie die Veranstalter im Vorwort zum Programm als Erwartung geäußert haben, — hat er auch etwas bewegt? Irgendjemand hat ihn damals mit einem großen Metallblock verglichen, in dem Myriaden von Atomen — jedes für sich — dauernd in Bewegung sind, ohne daß der Block als Ganzes seine Form verändert oder sich von der Stelle rührt. (25) Ideen und Projekte „widerspiegeln“ — die Wortwahl drückt leise Resignation aus, die sich nach dem Hamburger Gesundheitstag zu Ratlosigkeit und Trauer verstärkte — zumindest bei denen, die tatsächlich den Aufbau einer Gesundheitsbewegung zu ihrem Anliegen gemacht hatten. Die erhoffte Formierung dieser Bewegung, das Herausreten der vielen Einzelinitiativen aus der Privatheit, die öffentliche Diskussion über Ziel





und Weg, Freund und Feind – all das hat es auf dem zweiten Gesundheitstag nicht gegeben. Die Gewißheit, daß die nächste derartige Veranstaltung mit größter Wahrscheinlichkeit wieder riesigen Zulauf haben würde, löste bezüglich der Frage der Gesundheitsbewegung und ihrer Perspektiven eher Skepsis als Euphorie aus. War das etwa schon das Ende?

Die Entwicklung vom ersten zum zweiten Gesundheitstag und die nachfolgenden Diskussionen haben zumindest eines klargemacht. Das, was da alles kreucht und fleucht an politischen und alternativ-medizinischen Projekten, an professionellen und antiprofessionellen Initiativen, läßt sich nur dann zu einer Bewegung zusammenfassen, wenn – sei es aus Wunschdenken, sei es aus politischer Berechnung – tiefgreifende und politisch höchst wirksame Differenzen zugekleistert werden. Dem entspricht eine Organisationsform, deren Prinzip das Nebeneinander und Aneinandervorbei ist, gewissermaßen Liberalismus und Pluralismus. Das können ja wohl unsere Tugenden nicht sein.

Bewegung braucht Öffentlichkeit, braucht Diskussionen, in denen es natürlich nicht ohne Reibungen und Zusammenstöße abgeht. Wenn es eine Gesundheitsbewegung geben soll, dann müssen wir hiermit anfangen. Ob sie eine Perspektive hat, wird sich in diesen Klärungsprozessen zeigen müssen.

Alfred Cassebaum, Hamburg

Anmerkungen:

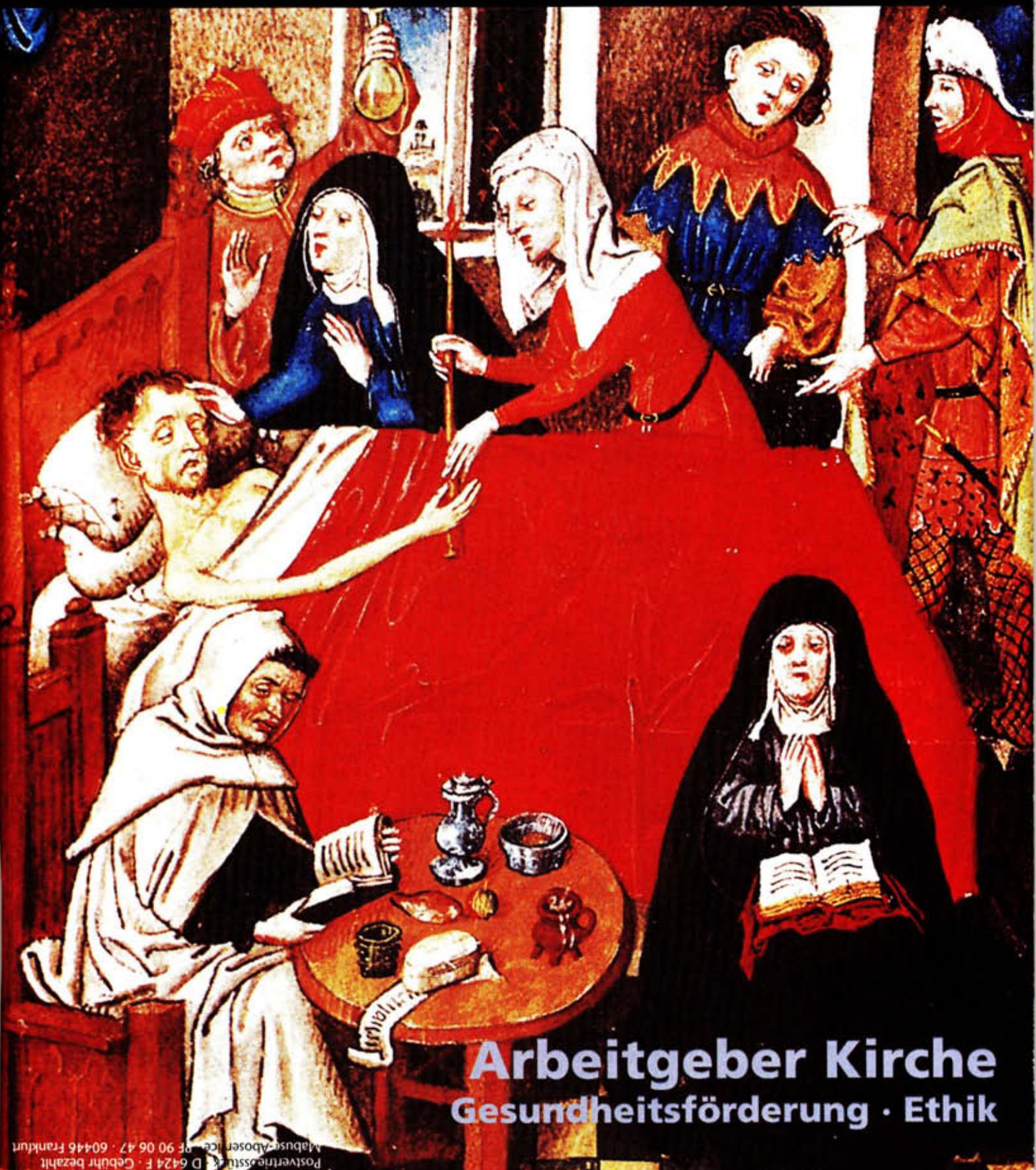
- 1) Matthias Borchert, 1983a: mündliche Mitteilung
- 2) Vgl. hierzu und zum folgenden Werner Hofmann, *Ideengeschichte der sozialen Bewegung*, Berlin/New York 1974; Otthein Rammstedt, *Soziale Bewegung*, Frankfurt/Main 1978
- 3) Vgl. Alexa Mohl, „Wissenschaftlicher Sozialismus“, was ist das? In: *PROKLA* 36, 1979, S. 77-110
- 4) Beispielsweise Hans Freyer, *Revolution von rechts*, Jena 1931
- 5) Alexa Mohl, a.a.O., S. 81
- 6) Vgl. z.B. die Beiträge von Stokeley Carmichael, John Gerassi und Herbert Marcuse in: David Cooper (Hg.), *Dialektik der Befreiung*, Reinbek 1969
- 7) Marianne Rodenstein, *Arbeitserbsthilfe, Arbeitserbstverwaltung und staatliche Krankenversicherungspolitik in Deutschland*, in: *Starnberger Studien* Bd. 2, Frankfurt/Main 1978, S. 113-180.
- 8) Vgl. Florian Tennstedt, *Sozialgeschichte der Sozialversicherung*. In: Maria Blohmke u.a. (Hg.), *Handbuch der Sozialmedizin*, Bd. 3, Stuttgart 1976, S. 385-492.
- 9) Vgl. die Beiträge von S. Parlow/J. Winter, *Der Kampf der ärztlichen Standesorganisationen gegen die Krankenkassen in der Weimarer Republik*, und W. Thiele, *Zum Verhältnis von Ärzteschaft und Krankenkassen 1883-1913*, beide in: *Argument* Sonderband 4, 1974
- 10) Vgl. Claus Offe, *Politische Herrschaft und Klassenstrukturen*. In: Gisela Kress/Dieter Senghaas (Hg.), *Politikwissenschaft*, Frankfurt/Main 1969, S. 155-189; Joachim Hirsch, *Sozialstaatskrise und das sozialde-*

mokratische Dilemma. In: *Widersprüche*, Heft 2, 1982, S. 51-68.

- 11) Oskar Negt, *Nicht nach Köpfen, sondern nach Interessen organisieren!* In: Ders., *Keine Demokratie ohne Sozialismus*, Frankfurt/Main 1976, S. 300-312
- 12) Oskar Negt, a.a.O., S. 311
- 13) *Abschied vom Arbeitsfeld?* In: *Widersprüche*, Heft 1, 1981, S. 9
- 14) „Bei vielen Menschen ist es bereits eine Unverschämtheit, wenn sie Ich sagen“. Theodor W. Adorno, *Minima Moralia, Reflexionen aus einem beschädigten Leben*, Frankfurt/Main 1980, S. 55
- 15) Vgl. Giovanni Jervis/Franco Rella, *Der Mythos der Antipsychiatrie*, Berlin 1974
- 16) Ilona Kickbusch, *Von der Zerbrechlichkeit der Sonne, Einige Gedanken zu Selbsthilfegruppen*, S. 24, In: Ilona Kickbusch/Alf Trojan (Hg.), *Gemeinsam sind wir stärker, Selbsthilfegruppen und Gesundheit*, Frankfurt/Main 1981, S. 11-24
- 17) Ilona Kickbusch, a.a.O., S. 18
- 18) Ilona Kickbusch, a.a.O., S. 15
- 19) Giovanni Jervis/Franco Rella, a.a.O., Seite 102
- 20) Bertolt Brecht, *Die Vaterschaft des Gedankens, Gesammelte Werke*, Bd. 12, Frankfurt/Main 1977, S. 391
- 21) Ellis Huber, *Selbsthilfe – eine Chance für die professionellen Helfer?* S. 207, In: Ilona Kickbusch/Alf Trojan (Hg.), a.a.O., S. 205-213
- 22) Ellis Huber, a.a.O., S. 211
- 23) *Gesundheitstag Berlin 1980, Anmerkungen zum Programm*, S. 4
- 24) *Gesundheitstag Hamburg 1981, Programm*, S. 15
- 25) Matthias Borchert, 1983b: mündliche Mitteilung

Dr. med. Malbuse

Zeitschrift im Gesundheitswesen



Arbeitgeber Kirche
Gesundheitsförderung · Ethik

Halleluja reicht nicht

Die Kirche als besonderer Arbeitgeber

von Erhard Schleitzer

Die Arbeitsbedingungen und die äußeren Rahmenbedingungen zur Finanzierung in den konfessionellen Krankenhäusern, Altenheimen, Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Behindertenhilfe unterscheiden sich kaum von denen im öffentlichen Bereich. Trotzdem weigern sich die Kirchen, bis auf wenige Ausnahmen, für ihre Einrichtungen Tarifverträge abzuschließen und bestehen auf ihrem arbeitsrechtlichen Sonderweg, dem sogenannten Dritten Weg. Im folgenden gehe ich im besonderen auf die Entwicklung in der Diakonie der Evangelischen Kirche ein.

Nach aktuellen Schätzungen arbeiten heute 1,1 Millionen MitarbeiterInnen bei der Evangelischen und Katholischen Kirche sowie der ihnen angeschlossenen Diakonie und Caritas, darunter viele Teilzeitkräfte. Prägten in den zwanziger Jahren vor allem die Ordensschwestern die Mitarbeiterschaft in den konfessionellen Einrichtungen, so sind heute nur noch sehr wenige Ordensschwestern im aktiven Dienst. Die Masse der MitarbeiterInnen in der Diakonie und Caritas sehen in ihrem „kirchlichen Dienstgeber“ einen Arbeitgeber wie jeden anderen auch, und bei ihnen herrscht eine Erwerbsorientierung vor. Besonders in Großstädten sind viele Beschäftigte in den Krankenhäusern konfessionslos. In vielen Einrichtungen in Ostdeutschland, die die Kirchen vom Staat übernommen haben, beträgt der Anteil der Kirchenmitglieder unter 20 Prozent.

Die Kirchenautonomie nach Artikel 140 Grundgesetz

Die Kirchenautonomie bzw. das kirchliche Selbstbestimmungsrecht ergeben sich aus dem Artikel 140 Grundgesetz. Danach ordnet und verwaltet jede Religionsgesellschaft ihre Angelegenheiten selbständig „innerhalb der Schranken des für alle geltenden Gesetzes“. Das Grundgesetz bringt damit einerseits die Trennung von Staat und Kirche zum Ausdruck, betont aber auch, daß Staat



und Kirche keine zwei von einander unabhängigen Bereiche sind.

Die Schranken des kirchlichen Selbstbestimmungsrechts werden im Rahmen einer Güter- und Interessensabwägung ermittelt. In den jeweiligen Einzelfällen stehen die Rechte und Grundrechte der Arbeitnehmer dem Interesse der Kirche nach möglichst weitgehender Auslegung ihres Selbstbestimmungsrechts gegenüber. In diesem Spannungsverhältnis bleibt es Aufgabe der Gerichte und in grundsätzlichen Fragen letztlich des Bundesverfassungsgerichtes, die Abwägung im jeweiligen Einzelfall vorzunehmen. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes erstreckt sich der Begriff der Religionsgemeinschaft auch auf Einrichtungen der Diakonie und der Caritas.

Im sogenannten Tendenzschutzparagraph § 118 Betriebsverfassungsgesetz sind die Religionsgemeinschaften und ihre karitativen Einrichtungen ausdrücklich aus dem Geltungsbereich dieses Gesetzes herausgenommen.

Die Koalitionsfreiheit nach Artikel 9 (3) Grundgesetz sichert das Grundrecht der ArbeitnehmerInnen auf freie gewerkschaftliche Betätigung. Dieses Grundrecht ist ein für „alle geltendes Gesetz“ und muß von den kirchlichen Arbeitgebern akzeptiert werden. Umstritten ist das sogenannte Zugangsrecht

der Gewerkschaften in kirchliche Einrichtungen. Das Zugangsrecht externer Gewerkschaftsfunktionäre wurde vom Bundesverfassungsgericht 1981 zwar verneint (sogenanntes Vollmarsteiner Urteil), es hat aber dagegen ausdrücklich das Recht auf gewerkschaftliche Betätigung der im Betrieb beschäftigten kirchlichen ArbeitnehmerInnen hervorgehoben. Die neue Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes, die auch die Mitgliederwerbung der Gewerkschaften den grundgesetzlich geschützten Rechten zuordnet, rückt deutlich von dem im Vollmarsteiner Urteil vertretenen Rechtspositionen ab.

Das besondere Kirchliche Arbeitsrecht – der Dritte Weg

Der sogenannte Erste Weg ist die einseitige Festlegung des Arbeitsrechts durch den kirchlichen Arbeitgeber. In diesem ältesten Weg, der noch in den siebziger Jahren praktiziert wurde, beschließt allein die Synode über das für die kirchlichen MitarbeiterInnen geltende Arbeitsrecht.

Der Zweite Weg ist das Modell des Tarifvertrags. Zwischen zwei autonomen und voneinander unabhängigen Tarifparteien wird ein Tarifvertrag abgeschlossen, der unmittelbar und zwingend für den verein-

barten Geltungsbereich anzuwenden ist. Hauptstreitpunkt beim Zweiten Weg ist das Streikrecht. Die Gewerkschaften können aus ihrem Selbstverständnis heraus nicht darauf verzichten. Umgekehrt tut sich die Kirche aus ihrem Verständnis heraus genauso schwer mit der Anerkennung des Rechtes auf Arbeitskampf für ihren Bereich. Kompromisse wie bei dem Tarifvertrag in der Nordelbischen Kirche sind aber möglich.

Der Dritte Weg ist die Arbeitsrechtssetzung durch Kommissionen, die paritätisch besetzt sind, deren rechtliche Grundlage einseitig durch die Synode bzw. die entsprechenden Gremien der Diakonischen Werke festgelegt werden. Im Falle einer Nichteinigung ist das Streikrecht ausgeschlossen, die Parteien haben sich einem Schlichtungsspruch zu unterwerfen (zur Kritik des Dritten Wegs siehe auch S. 34ff. in dieser Ausgabe).

Kirchengemäße Tarifverträge

Tarifverträge sind auch im kirchlichen Bereich möglich, wenn auch bisher in einer besonderen Form. Die Nordelbische Kirche (sie umfaßt den Bereich Hamburg und Schleswig-Holstein) vereinbarte bereits 1971 mit den Gewerkschaften einen Tarifvertrag. Die Regelungen umfassen einen Grundlagenvertrag, eine Schlichtungsvereinbarung und eine Vereinbarung über Regelungen in finanziellen Notlagen. In dieser Notlagenvereinbarung verpflichten sich die Gewerkschaften, über Einsparungsmaßnahmen bei finanziellen Notlagen zu verhandeln. Auch ein eigenes Schlichtungsverfahren wurde entwickelt.

Der kirchengemäße Tarifvertrag in Nordelbien forderte auch auf Seiten der Gewerkschaften erhebliche Kompromißfähigkeit. Sie erkannten die absolute Friedenspflicht nach dem Grundlagentarifvertrag an. Sie ist unbefristet angelegt, kann jedoch nach jeweils fünf Jahren gekündigt werden. Da im Schlichtungsverfahren die paritätisch besetzte Schlichtungsstelle mit Zweidrittelmehrheit entscheidet, kann die Arbeitnehmerseite nicht überstimmt werden, und die Gefahr einer dem gewerkschaftlichen Selbstverständnis unzumutbaren Zwangsschlichtung war damit gebannt. Zur Zeit

Behinderung der Gewerkschaften in kirchlichen Einrichtungen

Statt Tarifverträgen gibt es im kirchlichen Bereich Arbeitsrechtliche Kommissionen. Diese innerkirchlichen Gremien sind zwar paritätisch besetzt, doch bei allen Modellen existiert die absolute Friedenspflicht und die Institution der Zwangsschlichtung.

Bei einigen Modellen von Arbeitsrechtlichen Kommissionen (ARK) entsenden die Gesamt-Mitarbeitervertretungen und werden dafür sachlich und personell auch entsprechend ausgestattet. Indem die Mitarbeitervertretungen über das materielle Arbeitsrecht verhandeln, bekommen sie die Rolle einer Ersatzgewerkschaft zugewiesen, sie sind dabei finanziell und organisatorisch voll abhängig von den kirchlichen Arbeitgebern.

Andere Modelle der Arbeitsrechtlichen Kommission (wie die zentrale ARK des DW der EKD) sind auf innerkirchliche Mini-Mitarbeiterverbände zugeschnitten wie den Verband Kirchlicher Mitarbeiter (VKM), die nicht unter die sich aus dem Tarifvertragsgesetz ergebende Definition von Gewerkschaften fallen; die Nicht-Mitarbeit der ÖTV ist von vornherein einkalkuliert.

Durch die materielle Ausstattung der Gesamt-Mitarbeitervertretungen, ergänzt durch entsprechende Ordnungen auf Landeskirchenebene, wird

von diesen die (oft sehr gute) Bildungsarbeit für die Mitarbeiter-Vertretungen (MAVen) geleistet; die Gewerkschaften bleiben bei den meisten Landeskirchen mit ihrer eigenen Bildungsarbeit außen vor.

In den Mitarbeitervertretungsgesetzen werden die Gewerkschaften ausnahmslos als solche nicht erwähnt, geschweige denn, daß ihnen entsprechende Rechte wie im Betriebsverfassungsgesetz zuerkannt werden.

Für die Wahlen zur MAV können die Gewerkschaften keine Wahlvorschläge einreichen bzw. eigene Listen bilden; negative Folge der reinen Persönlichkeitswahl ist die Depolitisierung der MAV-Wahlen.

Das Zugangsrecht externer Gewerkschaftsvertreter (GewerkschaftssekretärInnen) zu den kirchlichen Einrichtungen haben die kirchlichen Arbeitgeber durch einen Gang zum Bundesverfassungsgericht verwehrt.

Es ist ein eklatanter Widerspruch, den kirchlichen ArbeitnehmerInnen die uneingeschränkten Koalitionsrechte aus Gründen der Dienstgemeinschaft zu verweigern, aber sich gleichzeitig als Arbeitgeber in eigenen Arbeitgeberverbänden zu organisieren.

E.S.

laufen für diakonische Einrichtungen in Nordelbien sehr schwierige Verhandlungen über eine grundlegende Neufassung des Vergütungsteiles des BAT. Die Verhandlungen zur Überarbeitung des Manteltarifteiles des BAT sind im wesentlichen abgeschlossen.

Auch die Evangelische Kirche in Berlin-Brandenburg entschied sich 1979 für den Abschluß von Tarifverträgen. Im Folgejahr schloß dann die Kirchenleitung aber nur mit der DAG und dem VKM (Verband kirchlicher Mitarbeiter) Verträge über eine Notlagenregelung und ein Schlichtungsverfahren ab. Für die ÖTV waren diese Vereinbarungen zunächst unakzeptabel, da sie, anders als in Nordelbien, eine Zwangsschlichtung (Entscheidung mit einfacher Mehrheit) und eine absolute Friedenspflicht enthielten. Seit 1995 arbeitet die ÖTV mit, da sie keine weitere Alternative sah. Inzwischen ist die Schlichtungsvereinbarung gekündigt.

Die Gewerkschaft ÖTV wertete die Ergebnisse des Nordelbischen Weges positiv. Bei einem Spitzengespräch im Mai 1996 zwischen der ÖTV und den Vertretern des Diakonischen Werkes und der EKD wurden die Grundlagenverträge aus Nordelbien als Ausgangspunkt für eine gemeinsame Vereinbarung genommen. Die Verhandlungsergebnisse waren beinahe unterschriftsreif, doch nachdem zwei Gliedkirchen mit Austritt aus der EKD drohten, lehnte die Kirchenkonferenz den Abschluß kirchengemäßer Tarifverträge mit knapper Mehrheit ab.

Der Bundesangestelltentarifvertrag

Im sozialen Bereich ist der Bundesangestelltentarifvertrag (BAT) der bekannteste und am meisten verbreitete Tarifvertrag. Er ist der größte Flächentarifvertrag in Deutschland und gilt direkt und indirekt (z.B. für die Diakonie oder das Rote Kreuz, die sich auf ihn beziehen) für fünf Millionen Arbeitnehmer. Der BAT wird unterzeichnet einerseits von ÖTV und DAG, andererseits vom Bundesminister des Innern, der Tarifgemeinschaft Deutscher Länder (TDL) und dem Verband Kommunaler Arbeitgeber (VKA). Er gilt damit für die Bereiche Bund, Länder und Gemeinden. Der BAT ist ein umfangreicher Manteltarifvertrag

mit einem verbundenen Gehaltstarifvertrag. Über Zusatztarifverträge sind z.B. das Urlaubsgeld oder die vermögenswirksamen Leistungen geregelt. Die verschiedenen Zusatztarifverträge und auch einzelne Abschnitte des BAT haben unterschiedlich vereinbarte Laufzeiten. Die Löhne und Gehälter werden in der Regel jährlich, die anderen manteltariflichen Bestimmungen in jeweils unterschiedlichen Zeitabständen verhandelt.

Per Arbeitsvertrag verpflichten sich die öffentlichen Arbeitgeber gegenüber allen Arbeitnehmern, unabhängig von ihrer Gewerkschaftszugehörigkeit, den BAT anzuwenden.

In der letzten Zeit verstärken die Arbeitgeber auch im Öffentlichen Dienst ihre Angriffe auf den Flächentarifvertrag. Ende 1998 verlangten die Krankenhaus-Arbeitgeber erstmals öffentlich eine niedrigere Bezahlung nur des Krankenhauspersonals u. a. in Form von drastischen Kürzungen des Weihnachtsgeldes und einer verschlechterten Regelung der Lebensalterstufen. Für die Schichtdienstleistenden wurden weitere gravierende Absenkungen bei den Arbeitszeitregelungen gefordert. Alles in allem hätten die Forderungen eine Gehaltsabsenkung im Krankenhausbereich um circa 20 Prozent bedeutet. Durch massive Proteste der Krankenhausbeschäftigten und einheitliches Auftreten der Gewerkschaften konnte dieser erste

Angriff der Arbeitgeber abgewehrt werden. Viele Beschäftigte im sozialen Bereich erkannten in dieser Auseinandersetzung den Wert des BAT als Flächentarifvertrag, der kollektiv für alle Beschäftigten im Öffentlichen Dienst Mindeststandards bei den Arbeitsbedingungen regelt. Ein separater, nur von und für die Krankenhausbeschäftigten ausgehandelter Tarifvertrag hätte deutliche Verschlechterungen nach sich gezogen. Damit wäre auch eine Entwicklung eingeleitet worden, die das Tarifniveau für viele Bereiche der sozialen Arbeit im Öffentlichen Dienst nach unten abgesenkt hätte.

Lohndumping in der Diakonie

Während die Caritas der Katholischen Kirche die Ergebnisse der Tarifverhandlungen im Öffentlichen Dienst bisher im wesentlichen übernommen haben, nutzen die diakonischen Arbeitgeber die verfassungsrechtliche Sonderstellung der Kirchen in Deutschland schamlos aus, um über die Arbeitsrechtlichen Kommissionen Lohndumping zu betreiben. Mit der Absenkung der Vergütung im Hauswirtschaftsbereich bis zu 30 Prozent, schlechteren Regelungen für die Urlaubsvergütung, der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und die Berechnung des Weihnachtsgeldes insbesondere für die Schichtdienstleistenden, der

„Solidarpakt“ – zugunsten von Fußballclubs?

Es ging durch den Spiegel und die überregionale Presse: Der Geschäftsführer Hans-Joachim Doerfert der Caritas Trägergesellschaft Trier (CTT), einem kleinen Imperium mit 33 Krankenhäusern, Kliniken und Pflegeeinrichtungen mit über 8000 Beschäftigten, sitzt wegen Betrugsverdachts in Haft. Die Parteienlandschaft soll von Doerfert umfangreich mit Spenden „gepflegt“ worden sein, und Fußballclubs erhielten bis 600 000 DM.

Was nicht so bekannt ist, sind die „Solidarpakts“ mit seinen Beschäftigten, quasi ein Teil der Finanzierungsgrundlage für obige Machenschaften. Das kirchliche Arbeitsrecht macht's möglich:

März 97: In einem Rundbrief erklärt Doerfert, für das laufende Jahr seien Verluste von 15 Millionen Mark zu erwarten. Angeblich seien 500 Stellen gefährdet. Die Mitarbeiter werden aufgefordert, auf die Auszahlung der für 1997 beschlossenen Tarifsteigerung um 1,3 Prozent, des Urlaubsgeldes und die Hälfte des Weihnachtsgeldes zu verzichten und die Beträge statt dessen in Freizeit umzuwandeln. Natürlich wird die Gewerkschaft samt Tarifsystem umgangen. Es gelten die Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) der Caritas, und die Mitarbeiter können somit

einzeln gedrängt werden, diese Regelung zu unterschreiben. „Wer nicht unterschreibt, steht auf der Schwarzen Liste“, so die ÖTV Trier.

Juli 99: Doerfert gewinnt seine Gesamtmitarbeitervertretung für einen neuen Solidaritätspakt: das Urlaubsgeld wird im laufenden wie auch in den kommenden fünf Jahren um 500 DM gekürzt. Auch sollen die künftig in den AVR vereinbarten Gehaltserhöhungen nicht auf die CTT-Mitarbeiter angewandt werden. Dafür verzichte er auf betriebsbedingte Kündigungen.

August 99: In einer Abstimmung am Herz-Jesu-Krankenhaus in Trier stimmen nur zehn von 300 Beschäftigten dem „Solidaritätspakt“ zu. Die Mitarbeitervertretung tritt daraufhin zurück. Die ÖTV erklärt: „Die Mitarbeiter dürfen nicht für das unprofessionelle Management der CTT-Spitze verantwortlich gemacht werden“.

19. August 99: Nachdem die Berichte in den Medien sich überschlagen, beurlaubt der Trierer Bischof Spital den Geschäftsführer Doerfert. Dieser sitzt bald daraufhin ein wegen des Verdachts auf Untreue.

E.S.

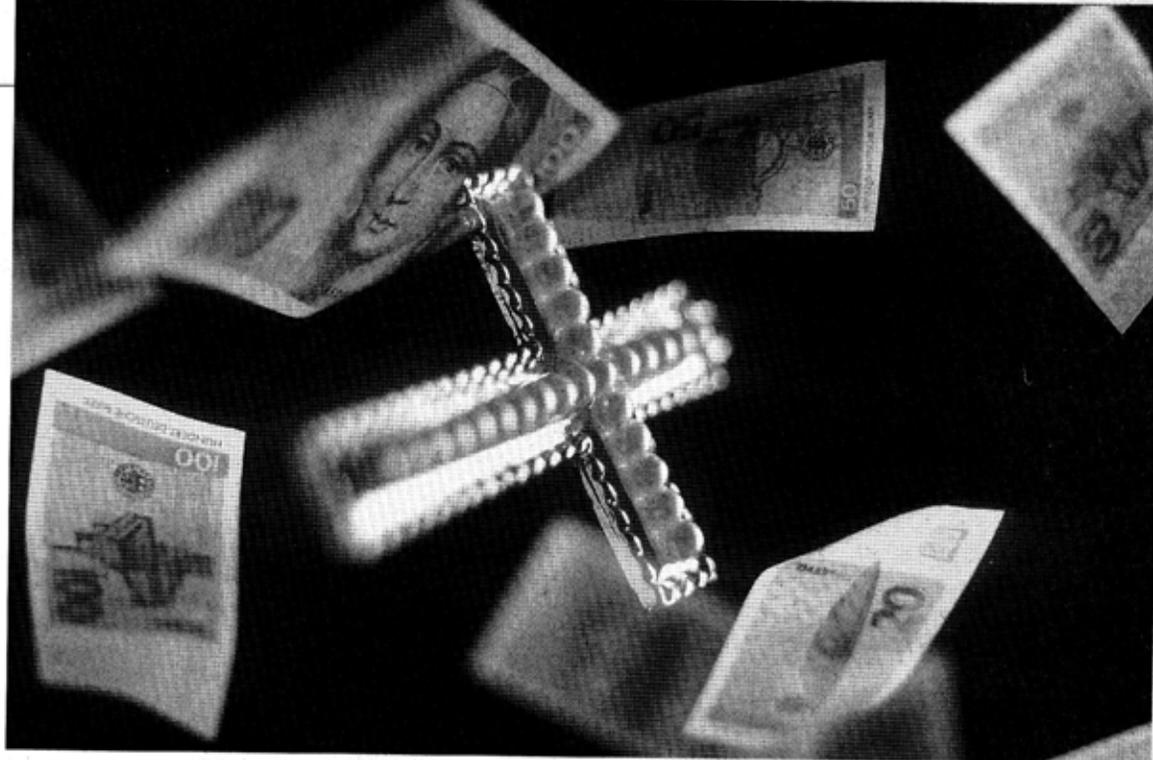


Foto: Marcus Gloger, Joker / Bonn.

einprozentigen Beteiligung an der Zusatzversorgungskasse vom Brutto-lohn, der Flexibilisierung der Arbeitszeitregelungen fast ausschließlich im Interesse der Arbeitgeber und weiteren Verschlechterungen verschaffen sich die diakonischen Einrichtungen gegenüber den öffentlichen Arbeitgebern einseitig Konkurrenzvorteile (siehe auch S. 34ff.). Im diakonischen Bereich wird damit eine zweite Tarifebene unterhalb des BAT eingezogen.

Im Fachjargon wird dies als „Schmutzkonkurrenz“ bezeichnet. Der für viele diakonische Einrichtungsleitungen einfache Weg der direkten Lohnkürzung bei ihren Beschäftigten entlastet sie erstmal von dem Druck, die Konkurrenzfähigkeit zu anderen vergleichbaren Einrichtungen über eine Modernisierung ihrer Einrichtung und optimierte organisatorische Strukturen zu erreichen. Sie verschaffen sich aber nur kurzfristig Konkurrenzvorteile, denn sie zwingen die anderen Arbeitgeber wie auch im Öffentlichen Dienst, bei der Absenkung des Tarifniveaus nachzuziehen und setzen damit eine Abwärtsspirale für den gesamten Gesundheits- und Sozialbereich in Gang. Die Entwicklung in der Diakonie hat fatale Auswirkungen auf alle Beschäftigten im sozialen Bereich. Bei den oben erwähnten Tarifverhandlungen für den Krankenhausbereich begründeten die öffentlichen Arbeitgeber ihre Absichten zur Verschlechterung der Arbeitszeitregelungen auch mit dem Verweis auf die bereits bestehenden abgesenkten Regelungen in der Diakonie.

Im übrigen treffen diese Verschlechterungen in der Diakonie im überproportionalen Maße Frauen, nämlich die fast ausschließlich Arbeiterinnen im Hauswirtschaftsbereich und die überwiegend weiblichen Beschäftigten im Schichtdienst in der Pflege. Die innerkirchliche Schlichtungsstelle in Bremen sah die Einführung der neuen Leichtlohngruppen für den Hauswirtschaftsbereich als unbillig an, da er gegen den arbeitsrechtlichen Gleichbehandlungsgrundsatz verstoße (Beschluss vom 17. Januar 2000). Das kirchliche Verwaltungsgericht der EKD (Evangelische

Kirche in Deutschland) hob zwar am 4. Mai 2000 diesen Beschluß wieder auf, doch die ÖTV will die Einführung dieser neuen Niedriglohngruppen fast ausschließlich für Frauen vom Europäischen Gerichtshof überprüfen lassen.

Ist das kirchliche Arbeitsrecht europagemäß?

Die rechtliche Sonderstellung der Kirchen in Deutschland ist innerhalb Europas einmalig. Aber diese Bastion beginnt erheblich zu wackeln. Der Maastrichter Vertrag hat die maßgeblichen Grundlagen für ein umfassendes europäisches Arbeits- und Sozialrecht, auch für den kirchlichen Bereich, gelegt. Die Geltung der EU-Richtlinien ist in der Arbeitsrechtsliteratur auch für den kirchlichen Bereich weitgehend unbestritten.

In den auf den Maastrichter Vertrag folgenden Verhandlungen haben die deutschen Kirchen versucht, ihre in Deutschland im Grundgesetz verankerte verfassungsrechtliche Sonderstellung auch im EU-Vertrag festzuschreiben. Dieser Versuch scheiterte endgültig mit dem Vertrag von Amsterdam vom 2. Oktober 1997. Statt einer Aufnahme in das europäische Vertragswerk erreichten die Kirchen trotz massiver Lobbyarbeit in Brüssel nur in einer Erklärung zur Schlußakte, daß die EU den Status der Kirchen oder religiösen Vereinigungen oder Gemeinschaften nach den Vorschriften der Mitgliedsstaaten achtet. Dieser Erklärung fehlt die rechtliche Verbindlichkeit z.B. der

Richtlinien und hat im Konfliktfall hinter diese zurückzutreten.

Eine andere grundlegende Frage ist, ob sich die kirchlichen Einrichtungen in der BRD – insbesondere bei Caritas und Diakonie – durch ihre arbeitsrechtliche Sonderstellung nicht einen Wettbewerbsvorteil sichern, der grundsätzlich gegen die EU-Verträge verstößt. Diakonie und Caritas erbringen Dienstleistungen und stehen damit in Konkurrenz zu anderen Unternehmen in Deutschland und der EU. Sie dürfen mittels kirchlicher Arbeitsrechtssetzung kein Sozialdumping betreiben und sich einseitig Vorteile innerhalb der Wettbewerbsordnung sichern.

In der Europäischen Sozialcharta sind allgemeine Grundsätze festgelegt, die dem kirchlichem Recht in der BRD teilweise widersprechen. Auch die in der Europäischen Menschenrechtskonvention festgehaltenen Grundsätze sind nicht unbedingt vereinbar mit der Praxis in kirchlichen Einrichtungen.

Grundsätzlich stellt sich die Frage nach der aktuellen Auslegung des § 140 Grundgesetz, der die Kirchenautonomie regelt, und wieweit die nationale Sonderstellung der Kirchen in Deutschland mit dem EU-Recht vereinbar ist.

Erhard Schleiter,
Mitarbeitervertreter im
Diakonischen Werk Hessen-Nassau



Gut gemeint ist noch nicht gut gemacht – Führungsqualität in Pflegeeinrichtungen. **Mein Bauch gehört mir?** – Die GEK-Kaiserschnittstudie. **Diagnose: „Politische Monomanie“** – Politischer Missbrauch der Psychiatrie in China.

Gesundheitspolitik

- Ärztestreiks
- Ökonomisierung
- Arzneimittel
- Ärztinnen und Karriere
- Chronisch kranke und behinderte Menschen
- 10 Jahre Pflegeversicherung

Diagnose: „Politische Monomanie“

Die Gefangenen in den psychiatrischen Anhang-Kliniken in China

Helmut Forster-Latsch

In China werden manche Menschen, die Beschwerden einreichen oder die Korruption anprangern, von der Polizei in so genannte Anhang-Kliniken eingeliefert. Das sind psychiatrische

Krankenhäuser, in denen Straftäter, Drogensüchtige und „Andersdenkende“ eingesperrt sind. Die Insassen werden ohne Prozess und ohne unabhängige ärztliche Gutachten festgehalten – unter unwürdigen Bedingungen. Nun hat ein ehemaliger Gefangener erstmals aus dem Inneren dieser Kliniken berichtet.

Als „jingshenbing – geisteskrank“ wurde der heute 56 Jahre alte Wang Wanxing hinter den Mauern einer von der Polizei betriebenen psychiatrischen „Anhang-Klinik“ 13 Jahre gefangen gehalten. Im August 2005 wurde er dank der Bemühungen der Bundesregierung, der damaligen UN-Menschenrechts-Kommissarin Louise Harbour und einiger Menschenrechtsgruppen freigelassen. Heute lebt er mit Frau und Tochter in Frankfurt am Main.

Es erging Wang wie den meisten der in solchen „Kliniken“ Inhaftierten: Er wurde ohne Gerichtsverfahren festgehalten. Die Anhang-Krankenhäuser unterstehen der Polizei, diese kann Menschen direkt dort einliefern. Die Gefangenen haben kein Recht auf Zugang zu einem Anwalt oder zu gerichtlichen Anhörungen; sie können auch keinen

Einspruch einlegen. Die Haftdauer wird ausschließlich von Polizeipsychiatern und Funktionären festgelegt.

Wang Wanxing hatte sich beschwert

Wang Wanxing wurde das erste Mal für kurze Zeit ins Gefängnis gesperrt, nachdem er sich 1976 und 1977 für den damals entmachteten Deng Xiaoping in Briefen an das ZK eingesetzt hatte. Er unterstützte die Demokratiebewegungen in China 1979 und 1989. Am dritten Jahrestag der Niederschlagung der Bewegung vom 4. Juni 1989 entrollte er auf dem Platz des Himmlischen Friedens in Peking ein Plakat, in dem er die Regierung zur Neubewertung und Aufarbeitung der Studentenbewegung von 1989 aufforderte, und er schrieb einen langen Brief an Deng Xiaoping. Am 6. Juni 1992 fand er sich in der Pekinger



Foto: IGFM

Wang Wanxing

Anhang-Klinik wieder. Diese Einweisung war von den chinesischen Behörden unter anderem mit einer „paranoiden Psychose“ beziehungsweise einer „politischen Monomanie“ begründet worden. Letztgenannte Diagnose findet sich natürlich auf keiner einzigen international anerkannten Liste psychiatrischer Erkrankungen. In dem von der Leitung der Anhang-Klinik bei seiner Ausreise der deutschen Regierung übergebenen medizinischen Bericht wurde diese „Diagnose“ wiederholt: Zwar sei Wang ansonsten ziemlich normal, stellt der Bericht fest, fährt jedoch fort: „Wenn politische Themen angesprochen werden, zeigt Wang Beeinträchtigungen seines logischen Denkvermögens. Seine systematischen Wahnvorstellungen haben sich seit seiner Aufnahme in die Klinik nicht merklich vermindert, und seine mentalen Aktivitäten sind immer noch von Größenwahn, Streitsucht und einem offensichtlich pathologisch übersteigerten Willen geprägt. Wir empfehlen eine Fortführung der medikamentösen Behandlung und der strengen Überwachung des Patienten.“

Die Bezeichnung „Streitsucht“ wird häufig von chinesischen Polizeipsychiatern für Bürger verwendet, die wieder-

holt bei den Behörden Petitionen oder Beschwerden einbringen.

Unabhängige Psychiater: Wang ist nicht psychisch krank

Zu einem ganz anderen Schluss kamen niederländische Psychiater, die Wang Wanxing mit dessen Einwilligung untersuchten. In ihrem Bericht, der am 17. März 2006 von Human Rights Watch und der Global Initiative on Psychiatry der Öffentlichkeit präsentiert wurde, heißt es: „Wir konnten keinerlei psychische Störungen feststellen, die eine Einlieferung gerechtfertigt hätten.“ An anderer Stelle heißt es: „Es gab keine Anzeichen von Depression, Psychose oder organischen Störungen.“

Robert van Voren, Generalsekretär der Global Initiative on Psychiatry (GIP), die aktiv am Reformprozess des Gesundheitswesens in Staaten Zentral- und Osteuropas sowie der früheren Sowjetunion beteiligt ist, kommentierte das Ergebnis der Untersuchung. „Wangs Fall unterstreicht die dringende Notwendigkeit einer unabhängigen, auswärtigen Untersuchung des chinesischen Anhang-Netzwerks polizeilich geführter psychiatrischer Anstalten – und zwar so bald wie möglich.“

Kliniken für Störer und Straftäter

„Anhang – Frieden und Gesundheit“ – diesen Namen erhielten 1987 die bis dato von der chinesischen Polizei betriebenen psychiatrischen Untergrundeinrichtungen. Viele größere Städte verfügen bereits über solche den Sicherheitsbehörden unterstehenden Anhang-Krankenhäuser; etwa 25 gibt es in ganz China, geplant sind insgesamt rund 70. Ihren Web-Seiten kann man entnehmen, dass als eine Einrichtung der lokalen Regierungen ihr Hauptzweck in der Behandlung psychisch Kranker besteht, die eine Gefährdung beziehungsweise Störung der öffentlichen Sicherheit, Ruhe und Ordnung darstellen. Sie bieten ambulante Dienste an, und heute gehört nach ihrer Selbstdarstellung die Wiedereingliederung psychisch Kranker ins gesellschaftliche Leben ebenso zu ihren Aufgaben wie die Behandlung von Drogensüchtigen.

Was Wang Wanxing Human Rights Watch berichtete, hörte sich aber ganz anders an: Während der letzten fünf Jahre war er auf einer gesonderten Station mit etwa 50 bis 70 schwer psychotisch gestörten Insassen untergebracht, von denen die meisten Morde begangen hatten. Wang zufolge war das Ausmaß der Gewalt unter den Patienten auf der Station erschreckend. Er habe sich häufig dazu zwingen müssen, nachts wach zu bleiben, um sich vor Angriffen von Insassen zu schützen. Um sich seine allgemeine und seine geistige Gesundheit zu erhalten, habe er dies mit häufigen Kurzschlafphasen über den Tag verteilt ausgeglichen und circa einmal pro Woche mehrere Chlorpromazin-Tabletten geschluckt. Diese hatte er aufgespart, um wenigstens vereinzelt erholsam schlafen zu können. Während seiner Zeit in der Anstalt wurde Wang gezwungen, dreimal täglich Chlorpromazin, ein starkes antipsychotisches Medikament, einzunehmen. Da ihm die schwer wiegenden psychischen und physischen Nebenwirkungen stark zusetzten, versteckte er die Pillen im Mund, hob einige auf und entsorgte den Rest heimlich.

Sadistische Ärzte und Mitinsassen

Obwohl Wang freundliche Worte über einige der Ärzte und Schwestern fand, beschrieb er andere als „grundsätzlich von sadistischer Natur“. Das

Was die linke „Psychologie und Gesellschaft“ 1977 zur Psychiatrie in China schrieb:

„...Von zentraler Bedeutung für die heutigen chinesischen Auffassungen über psychische Krankheiten, ihren besonderen Charakter, ihre Entstehung und Behandlung sind sicher die Mao-Tsetung-Ideen. (...)

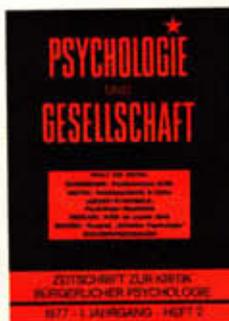
Die Psychiatrie in China hat heute sehr viele Forderungen unserer Sozialpsychiatrie und auch der Anti-Psychiatrie verwirklicht. (...) Eine Psychiatrie, in der die durchschnittliche Aufenthaltsdauer circa 10-12 Wochen beträgt, gilt hier als Drehtür-Psychiatrie.

Während aber bei uns die verkürzte Aufenthaltsdauer zusammenfällt mit einer sehr hohen Rückfallquote, die bei Alkohol- und Drogenkranken bei 100 Prozent

liegt, ist die Rückfallquote in China bei fast allen Krankheiten sehr minimal.

Alkoholiker und Drogensüchtige gibt es in VR China nicht mehr. (...)

Die Analyse der Psychiatrie in China ist eine Analyse ihrer Restbestände, und dies, weil zum einen die psychische Krankheit in unserem herkömmlichen Sinne im Absterben ist, weil ihr der Mutterboden entzogen wird, ihre Ursachen und Entstehungsbedingungen erkannt und bekämpft werden, zum anderen deswegen, weil die psychiatrische Versorgung ein integraler Bestandteil einer umfassenden Gesundheitsversorgung ist, dessen oberstes Prinzip die Prävention im Dienste des Volkes darstellt.“ ■



Personal bestrafe „schwierige“ Patienten manchmal mehrmals pro Woche, indem es sie an die Betten fessele und ihnen schmerzhaft hohe Dosen elektrischer Akupunkturbehandlung oder auch elektrische Stromstöße verabreiche. Ein Mann sei durch einen solchen Elektroschock an einem Herzinfarkt gestorben.

Wangs Erzählungen zufolge wurde ein Insasse in die Anhang-Anstalt eingeliefert, weil er wiederholt Bittschriften eingereicht hatte. Als er in Hungerstreik trat, sei er an sein Bett gefesselt und auf direkte Anordnung des Pflegepersonals von Mitinsassen zwangsernährt worden. Die Insassen hätten einfach flüssige Nahrung in den Mund des Mannes gegossen. Er sei daraufhin in seinem Bett erstickt, so Wang. Zu diesem Todesfall gab es keine unabhängige Untersuchung. Stattdessen verfassten laut Wang Ärzte und Schwestern der Anhang-Anstalt – alles Beamte des Ministeriums für Öffentliche Sicherheit – einen Bericht, in dem sie angaben, der Mann sei plötzlich an einem Herzinfarkt gestorben.

Andere Fälle wurden bekannt. Etwa der des Aktivisten für Bauernrechte, Qiu Jinyou, der während seiner 280 Tage im Anhang-Hospital von Hangzhou, Provinz Zhejiang, physisch und psychisch gefoltert worden war, damit er Namen seiner Mitstreiter bei einer Kampagne gegen die örtliche korrupte Dorfleitung preisgeben sollte. Oder der Fall von Meng Xiaoxia, Arbeiterin in einer Schuhfabrik, die zehn Jahre in der Stadt Xi'an in einem Anhang-Hospital saß, weil sie sich beschwert hatte, dass ihr Arbeitgeber einen Mitarbeiter nicht bestraft hatte, von dem sie bewusstlos geschlagen worden war.

Es gibt kaum Informationen

Die einzige ausführlichere Studie, die zu dieser Problematik existiert, ist ein Bericht des Sinologen und Menschenrechts-Aktivisten Robin Munro mit dem Titel „Gefährliche Gedanken: Politische Psychiatrie in China heute und ihre Ursprünge in der Mao-Ära“, der im August 2002 von Human Rights Watch und der Geneva Initiative on Psychiatry (heute Global Initiative on Psychiatry) veröffentlicht worden ist. Darin werden detaillierte Beweise vorgelegt, dass chinesische Polizeipsychiater Andersdenkende mit der Fehldiagnose „gefährliche Geistesranke“ in Hochsicherheitsan-

stalten für psychisch Kranke eingewiesen haben. Die beiden Menschenrechtsgruppen schätzen, dass seit den frühen Achtzigern in China mindestens 3.000 politische Dissidenten, religiös Andersdenkende, unabhängige Gewerkschaftler sowie Personen, die Petitionen und Beschwerden einbrachten oder Korruption anprangerten, einer derartigen „Behandlung“ unterzogen worden sind. Heute scheinen es nicht mehr die klassischen Dissidenten zu sein – es gab Psychiater in China, die sie wirklich für

*„Unliebsame Kritiker von
Korruption und Machtmissbrauch
sollen zum Schweigen gebracht
werden.“*

geistesgestört hielten –, die in Anhang-Institutionen eingeliefert werden, sondern unliebsame Kritiker von Korruption und Machtmissbrauch, die dort zum Schweigen gebracht werden sollen. Ob dies angesichts der wachsenden sozialen Widersprüche und der sich vermehrenden Protestaktionen in China von Erfolg gekrönt sein wird, ist mehr als fraglich.

Dem Bericht zufolge geht die Praxis, Andersdenkende in psychiatrische Sonderkliniken einzuliefern, in China auf die 50er Jahre des letzten Jahrhunderts zurück und ist während der maoistischen Kulturrevolution zwischen 1966 und 1976 weiter verbreitet gewesen als in anderen Ländern der Welt, auch mehr als in der damaligen Sowjetunion. In den neunziger Jahren habe dies nachgelassen, aber seit dem Verbot der Falungong-Sekte im Jahr 1999 hätten die Einweisungen in die Anhang-Anstalten wieder zugenommen. Die Falungong-Sekte berichtet seit Jahren, dass Hunderte ihrer Mitglieder dort schwer misshandelt worden seien.

Viele der Berichte über die Misshandlungen in diesen Psychoknäten scheinen jedenfalls plausibel zu sein. Wang Wanxing ist sozusagen der erste „Zeuge“ der Praxis in diesen Institutionen. Bisher hat die chinesische Regierung es aber abgelehnt, unabhängige Untersuchungskommissionen die Vorfälle in den Anhang-Institutionen untersuchen zu lassen.

Vor seiner Ausreise nach Deutschland wurde Wang Wanxing nach eigenen Aussagen gedroht: „Sollten Sie jemals über Ihre Erfahrungen in unserer Klinik sprechen, werden wir kommen und Sie wieder hierher zurückbringen.“ Dass er von einem unabhängigen Expertenteam als geistig gesund eingestuft wurde, ist für ihn eine große Genugtuung. „Endlich Gerechtigkeit – ein großer Erfolg.“ Auf den viele andere noch warten. ■

Quellen

Robin Munro: „Dangerous Minds: Political Psychiatry in China Today and its Origins in the Mao Era“, <http://hrw.org/reports/2002/china02>.

China: Regimekritiker 13 Jahre zu Unrecht in Polizeipsychiatrie, <http://hrw.org/german/docs/2006/03/17/china13027.htm>

China: Politischer Gefangener deckt Brutalität in chinesischer Polizeipsychiatrie auf. Augenzeugenbericht über berüchtigte Anhang-Anstalt; <http://www.hrw.org/german/docs/2005/11/01/china11964.htm>

Elektroschocks gegen das Virus Freiheit, DIE ZEIT 03.11.2005 Nr.45

Helmut Forster-Latsch

geb. 1950, Sinologe und Übersetzer, lebt in Frankfurt am Main.

Anzeige

Homöopathie-Stiftung
des Deutschen Zentralvereins
homöopathischer Ärzte (DZVH)



Wissenschaft und Forschung in der Homöopathie

Die Förderung der Forschung gehört zu den zentralen Aufgaben der Homöopathie-Stiftung in Köthen: Grundlagen, Arzneimittelprüfungen, Falldokumentationen, Lehre und Fortbildung.

Durch Ihren finanziellen Beitrag können Sie diese Arbeit wirkungsvoll unterstützen!

Homöopathie-Stiftung
Springstraße 28, D-06366 Köthen (Anhalt)
info@homeostift.de
www.homeopathie-stiftung.de

Spendenkonto: Kreissparkasse Köthen
Konto-Nr. 34 00 12 11, BLZ 800 536 22

ZEITSCHRIFT IM GESUNDHEITSWESEN

Dr. med. Malbuse

Nr. 99 Januar/Februar 1996

21. Jahrgang

D 6424 F

9,80 DM

Qualität
in der Medizin
Pflegekammern
Medizinische
Ethik
Pflegeversicherung
und Heime



Neue medizinische Kultur

Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff

von David Klemperer

Qualität in der Medizin muß sich stärker als bisher an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientieren. Dafür ist zum einen eine wissenschaftliche Überprüfung von medizinischen Maßnahmen auf ihren tatsächlichen Nutzen notwendig. Zum anderen sollten Ärzte und Ärztinnen ihre Patienten und Patientinnen stärker in die Entscheidungen einbeziehen. Dies erfordert ein grundlegendes Umdenken auf beiden Seiten.

Will ein Patient die Qualität seiner medizinischen Versorgung beurteilen und zu ihrer Verbesserung beitragen, steht er vor drei Problemen: Als erstes fehlen ihm zuverlässige Kriterien für die Einschätzung der Qualität. Zweitens ist es schwierig, Qualität überhaupt zu definieren. Zum dritten wird er im Gesundheitssystem nicht als gleichberechtigter Partner anerkannt.

Will ein Arzt die Qualität der von ihm erbrachten medizinischen Versorgung beurteilen, ergeht es ihm nicht viel besser. Zwar ist er in der Beziehung zum Patienten der Stärkere, aber auch ihm fehlen zuverlässige Kriterien und eine verbindliche Definition des Begriffes „Qualität“.

Ein Patient erwartet von der Behandlung eine Verbesserung der Lebensqualität bzw. der Lebenserwartung. Er erwartet, daß er optimal versorgt und durch die Behandlung so wenig wie möglich belastet bzw. gefährdet wird. Dies dürfte einer Definition von Qualität aus Sicht des Patienten entsprechen.

Vom Institute of Medicine der National Academy of Sciences der USA wurde 1990 folgende Definition entwickelt: „Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge“ (Lohr und Schroeder 1990). Die sinngemäße Übersetzung lautet: Qualität der Behandlung ist das Maß, in dem die gesundheitliche Versorgung von Individuen oder

Gruppen die Wahrscheinlichkeit erhöht, daß vom Patienten erwünschte, auf die Gesundheit bezogene Ergebnisse erzielt werden, und zwar in Übereinstimmung mit dem aktuellen Wissen des Berufsstandes.

Bei dieser „patientenzentrierten“ Definition steht nicht das Ergebnis medizinischen Handelns alleine im Mittelpunkt, sondern gerade das vom Patienten erwünschte Ergebnis, dieses jedoch gemessen an dem Erkenntnisstand der Medizin. Daraus folgt, daß Qualität nur in enger Zusammenarbeit von Arzt und Patient erzielt werden kann. Die Beteiligung des Patienten an der Planung der Behandlung und seine bewußte Entscheidung dafür oder dagegen aufgrund von umfassender Information durch den Arzt ist somit unabdingbare Voraussetzung für Qualität.

Qualitätsmängel allerorten

Für Qualitätsprobleme gibt es bereits seit langem deutliche Hinweise. Am bekanntesten und am besten erforscht sind die regional sehr unterschiedlichen Raten für Untersuchungen, Therapie und Operationen („geographical variations“) (Übersicht bei Klemperer 1990). Als Schlaglichter seien hier einige Beispiele genannt:

- In den USA wurde 1976 2,3mal häufiger operiert als in England (McPherson et al. 1981).
- Im Vergleich verschiedener Regionen hatte ein Mitglied der US-amerikanischen Krankenversicherung für alte Menschen (Medi-

caid) in der Region mit der höchsten Durchführungsrate eine 26mal höhere Wahrscheinlichkeit, eine Verödung seiner Hämorrhoiden zu erhalten, als derjenige in der Region mit der niedrigsten Durchführungsrate. Die Mehrzahl der untersuchten medizinischen Maßnahmen unterschied sich in den jeweiligen Regionen mindestens um den Faktor drei (Chassin et al. 1986).

- In Deutschland gab es 1967 dreimal so viele Blinddarmentfernungen als in den meisten anderen Ländern der Welt (Lichtner und Pflanz 1972). Dazu hatte ein Hannoveraner Angestellter im Jahre 1967 im Vergleich zu einem Hannoveraner Arbeiter eine dreifach höhere Chance, den Blinddarm herausgenommen zu bekommen.

- Die Indikationsstellung zur Entfernung der Gebärmutter gilt schon lange als problematisch. Viele Frauen werden operiert, obwohl keine oder nur eine fragwürdige Indikation besteht (Bernstein et al. 1993, Carlson et al. 1993, Domenighetti et al. 1988, Coulter et al. 1988, Dyck et al. 1977, Lembecke 1956, Doyle 1953, Miller 1946).

- Die sogenannte Dortmund-Studie (Friebel et al. 1987 I, II, 1988 I, II) wies gravierende Qualitätsmängel bei der Medikamentenverschreibung durch die niedergelassenen Ärzte nach.

Eine einfache Begründung für die beschriebenen Unterschiede gibt es nicht. Die Gleichung hohe Raten gleich „overuse“ (nicht indizierte, aber durchgeführte Maßnahmen), niedrige Raten gleich „underuse“

(indizierte, aber nicht durchgeführte Maßnahmen) trifft nicht zu (Leape et al. 1990, Chassin et al. 1987, Wennberg 1984). Unverkennbar ist jedoch, daß nicht etwa unterschiedliche Erkrankungsraten die Ursache sind, sondern daß die Indikationsstellung vielmehr von Faktoren beeinflusst wird, die mit medizinischer Rationalität nichts zu tun haben.

Dies ist nachgewiesen für:

- Vergütungssystem (Escarce 1993 bzw. Ginsburg und Hogan 1993, Greenfield et al. 1992, Scovern 1988, Bock 1988, Epstein et al. 1986, Manning et al. 1984, Abholz und Dreykluft 1983),
- finanzielle Verwicklungen bzw. wirtschaftliche Teilhaberschaft, Selbstüberweisung (Swedlow et al. 1992, Mitchell und Sunshine 1992),
- medizinische Infrastruktur (Welch 1993, Redelmeier 1993, Rouleau et al. 1993, Greenfield et al. 1992, Leape et al. 1989, Roos 1983, Bunker 1970, Lewis 1969),
- soziale Schichtzugehörigkeit der Patienten (Gould et al. 1989, Lichtner und Pflanz 1972),
- Geschlecht des Patienten bzw. der Patientin (Every et al. 1993, Udvarhelyi et al. 1992, Hontschik 1987),
- Geschlecht des Arztes bzw. der Ärztin (Lurie et al. 1993),
- Zugehörigkeit zu einer ethnischen Gruppe (Every et al. 1993, Whittle et al. 1993, Ayanian et al. 1993, Todd et al. 1993, Udvarhelyi et al. 1992, Gould et al. 1989),
- Psychodynamik der Arzt-Patient-Beziehung (Hontschik 1987),
- Befürchtung von Schadenersatzforderungen (Localio et al. 1993).

In diesem Zusammenhang sind einige Anmerkungen zur deutschen Ärzteschaft erforderlich. Die zahlreichen internationalen und wenigen nationalen Arbeiten zur Qualität werden von der deutschen Ärzteschaft und insbesondere von den Organen der Selbstverwaltung kaum zur Kenntnis genommen. So äußerte der Vorsitzende eines großen deutschen Ärzteverbandes öffentlich, die deutsche Medizin sei die beste der Welt, und daran könne es gar keinen Zweifel geben (Thomas 1990). Dies bestätigt die Feststellung von de Ridder und Dißmann (1991), einem Internisten und einem Chefarzt der Inneren Medizin aus Berlin, daß die Bereitschaft und Fähigkeit gerade deutscher Mediziner, die Angemessenheit, Effizienz und Konsequenzen ihres Handelns kritisch zu hinterfragen – zu Virchows Zeiten einst hoch entwickelt – sich heute auf einem Tiefpunkt befinde. Auch für die Zeit der Weimarer Republik gibt es Belege, daß Qualitätsfragen auch von Meinungsführern der deutschen Ärzteschaft offen thematisiert wurden (zum Beispiel Klemperer 1920).

Seit 1933 führt das Thema Qualität in der deutschen Medizin nur ein Schattendasein, während in den USA, in England und Skandinavien dazu eine lange Tradition in Forschung und Diskussion besteht.

Auf ihrem 96. Ärztetag im Mai 1993 in Dresden hat die deutsche Ärzteschaft die Meinungsführerschaft für die Qualitätssicherung eingefordert. Bis heute gibt es keine Anzeichen dafür, daß sich hier unter dem Druck der Gesetzgebung tatsächlich etwas Grundlegendes ändert. Die Mitgliedschaft von Patientenvertretern ist in den zwischenzeitlich entstandenen Gremien jedenfalls nicht vorgesehen.

Informationsflut bewältigen

Der Arzt, der seine Entscheidungen auf aktueller medizinisch-wissenschaftlicher Grundlage treffen möchte, kann sich vor Informationen kaum retten. Bernier (1979, nach Haynes et al., I 1986) schätzte die Anzahl der 1979 in bio-medizinischen Fachzeitschriften erschienenen Artikel auf zwei Millionen, also 5 500 pro Tag bei geometrischer Wachstumsrate. Bei Lektüre von zwei Artikeln pro Tag befände sich der Arzt nach einem Jahr 55 Jahrhunderte im Rückstand.

Die Bewältigung dieser Informationsflut ist für den einzelnen Arzt sicherlich nur möglich, wenn er sich bestimmte Techniken aneignet, und zwar

- zur Beurteilung der Qualität medizinischer Publikationen,
- zur Selektion der für ihn wesentlichen Literatur (Wyatt 1991, Haynes et al., II, III 1986, Williamson et al. 1986),
- zur Verfügbarmachung der Informationen (Haynes et al., VI 1986),
- zum Lösen klinischer Probleme (Haynes et al., IV 1986),
- zur Nutzung von PC und medizinischen Datenbanken (Haynes et al., V 1986).

Solche Techniken werden jedoch in der Aus- und Fortbildung der Ärzte bislang nur ansatzweise berücksichtigt. So kann es nicht verwundern, daß neue Erkenntnisse häufig nur langsam und unsystematisch in die medizinische Praxis vordringen. Einerseits halten Ärzte an Methoden fest, deren Nutzlosigkeit längst erwiesen ist (Grimes 1993, Greer 1988), andererseits werden neue Methoden mit evaluiertem und unbestrittenem Nutzen nur von einem Teil der Ärzte angewendet (Ketley und Woods 1993, Lamas et al. 1992, Classen et al. 1992). Es überrascht auch nicht, daß der Kenntnisstand von Mediziner (hier: Internisten) kontinuierlich sinkt, je länger der Studienabschluß zurückliegt (Ramsey 1991).

An dieser Stelle ist anzumerken, daß insbesondere die Hersteller von Arzneimittel den Ärzten Informationen von fragwürdiger Qualität zur Verfügung stellen (O'Mahony 1993). Dies erfolgt nicht nur durch die über 10 000 Pharmavertreter in Deutschland. Die finanzielle Abhängigkeit auch namhafter medizinischer Fachzeitschriften von ihren Anzeigenkunden bleibt nicht ohne Auswirkungen auf ihren redaktionellen Teil. Dies ist zumindest für englischsprachige Fachzeitschriften erwiesen,

und dies sogar für solche, die einer „peer-review“ (Beurteilung der zur Veröffentlichung eingereichten Arbeiten durch Experten) unterliegen. Bero et al. (1992) haben hier einen deutlichen qualitätsmindernden Einfluß auf Berichte über Veranstaltungen nachgewiesen, die von Herstellern pharmazeutischer Produkte gesponsert wurden.

Als Reaktion darauf ist sicherlich die vom International Committee of Medical Journal Editors (1993) verabschiedete Stellungnahme zu Anzeigen in medizinischen Zeitschriften zu sehen.

Sicher ist das Problem der Informationsflut nicht allein durch den einzelnen Arzt lösbar. Angesprochen sind auch die medizinischen Fachzeitschriften und Verlage. Neue Formen der Zusammenfassung vorhandenen Wissens und neue Formen der Präsentation sind erforderlich und gewinnen zumindest im angloamerikanischen Raum zunehmend an Bedeutung, wie zum Beispiel Metaanalyse der Literatur, informativere Abstracts, Zeitschriften, die Studienergebnisse aus zahlreichen Fachzeitschriften in kurzer und prägnanter Form wiedergeben, Übersichtsartikel (review articles) mit definierten Qualitätsanforderungen usw.

Mehr und besser evaluieren

Seit Anfang der 70er Jahre hat sich vorwiegend in den USA und in England eine Forschungsrichtung entwickelt, die sich mit der klinischen Entscheidungsfindung beschäftigt. Ziel ist die Erarbeitung der medizinisch-wissenschaftlichen Grundlagen, welche die praktisch tätigen Ärzte zur Verbesserung ihrer Entscheidungen und Vorgehensweisen benötigen. (Kassirer et al. 1987, Tröhler 1991).

Die meisten anerkannten Theorien zur Behandlung häufiger Krankheiten sind nicht angemessen evaluiert, das heißt nicht systematisch und auf wissenschaftlicher Grundlage auf ihre Gültigkeit und ihren Wert in der Praxis untersucht worden.

Eine amerikanische Arbeitsgruppe (Evidenced-Based Medicine Working Group 1992) kommt zu dem Ergebnis, daß die wesentlichen Probleme bei der medizinischen Entscheidung weniger mit schlechter Qualität als vielmehr mit unzureichend evaluierter Theorie zu tun haben. Die wissenschaftliche Basis der Medizin müsse demnach verbessert werden.

Anerkannte Grundlage medizinischen Handelns und medizinischer Kompetenz seien bisher unsystematische Beobachtungen, ein Verständnis der Pathophysiologie (Mechanismen von Krankheit), klinische Erfahrung und daraus folgender klinischer Instinkt bzw. Intuition gewesen. Diese Grundlagen seien zwar notwendig, aber unzureichend und müßten, wenn immer möglich, systematisch überprüft werden.

Tatsächlich hat die Evaluation einiger gängiger und plausibel erscheinender Behand-



Foto: Irmi Long, Frankfurt/M.

lungsweisen zu überraschenden Ergebnissen geführt und erkennen lassen, daß – wie in den nachfolgenden Beispielen – mehr Schaden als Nutzen angerichtet wurde.

So stellte sich heraus, daß

- die Behandlung von Herzrhythmusstörungen nach einem Herzinfarkt mit einem damals weit verbreiteten Medikament (Tambocor®) das Sterberisiko erhöht (CAST 1989),
- die Beseitigung von Verengungen in den Halsschlagadern durch Ausschälung (Carotis-Endarteriektomie) – in den USA 1985 allein 107 000 Mal durchgeführt – nur bei eng umschriebenen Untergruppen und auch da nur bei Operateuren mit geringer Komplikationsrate zur Senkung des Risikos für einen Schlaganfall führt (North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators 1991),
- bei Brustkrebs die 1894 erstmals beschriebene und bis Ende der 70er Jahre als Standard geltende Operationstechnik der Entfernung der weiblichen Brustdrüse einschließlich zweier Brustmuskeln und der Lymphknoten der Achselhöhle (Halstedt 1894) zumindest im Frühstadium (Stadium I und II) bezüglich der Lebenserwartung zu

keinem besseren Ergebnis führt als die Entfernung des Tumors unter Belassung der Brust mit anschließender Bestrahlung (Übersicht in: Harris et al. 1992),

- die Langzeit-Behandlung des Asthma bronchiale mit bestimmten Medikamenten aus der Substanzgruppe der beta-Mimetika – bis dahin ein Behandlungsstandard – mit erhöhter Sterblichkeit einhergeht (Spitzer et al. 1992).

Alle diese Beispiele stammen aus neuerer Zeit. Sie bestätigen die Aktualität der Aussage von Shafer (1982): „If the study of the history of medicine teaches us anything, it is that clinical judgement without the check of scientific controls, is a highly fallible compass.“ Die Beispiele zeigen, warum die Ärzte lernen müssen, ihr Vorgehen an „harten Endpunkten“ zu messen.

Diese entsprechen den Kriterien der oben genannten Definition von Qualität: der erreichbare Vorteil für den Patienten, der Wunsch des Patienten und die Wahrscheinlichkeit, diesen Vorteil zu erzielen.

Auch wird hier deutlich, daß die Einführung neuer Methoden in der Medizin überdacht werden muß. Bisher waren Hypothesen über den Nutzen ausreichend, um neue

Vorgehensweisen flächendeckend zu verbreiten. Sinnvoll erscheint dagegen, wie von Grimes (1993) und Jennett (1992) gefordert, die vorherige Evaluation, das heißt eine Einführung unter kontrollierten Bedingungen, zum Beispiel im Rahmen von kontrollierten Studien. Dies hätte zum Ergebnis, daß relativ schnell Klarheit darüber geschaffen würde, ob sich die einer neuen Methode zugrunde liegende Hypothese in der Wirklichkeit bestätigt oder nicht.

Bemerkenswert ist, daß auch in diesem Sinne evaluierte und unbestritten nutzbringende Therapieverfahren unzureichend umgesetzt werden. Als Beispiel sei hier die Thrombolyse (medikamentöse Auflösung des Blutgerinnsels, welches eine Herzkranzarterie verschließt) bei akutem Herzinfarkt genannt (Ketley und Woods 1993, Lamas et al. 1992).

Grundsätzliches Umdenken

Die Vorstellungen der Evidence-Based Medicine Working Group, dem medizinischen Alltag eine verbesserte wissenschaftliche Grundlage zu geben, laufen auf ein grundlegendes Umdenken in der Medizin hinaus.

auf einen Paradigmenwechsel. Diese Vorstellungen treffen bei Praktikern jedoch aus mehreren – ernst zu nehmenden – Gründen auf Vorbehalte:

- Die Spielregeln des Wissenschaftsbetriebes bedingen, daß unter häufig scharfen Konkurrenzbedingungen die berufliche Existenz und Fortschritte in der Karriere in erster Linie von der Quantität der wissenschaftlichen Publikationen abhängen („publish or perish“). Publikationen minderer Qualität bis hin zu Fällen von Betrug sind die Folge.
 - Die „akademisch-industriellen Beziehungen“ mit daraus folgenden finanziellen Abhängigkeiten und Interessen der Wissenschaftler können die Objektivität von Forschungsarbeit beeinträchtigen (Kassirer und Angell 1993, Thompson 1993, Blumenthal 1992, Relman 1989).
 - Wissenschaftliche Untersuchungen, welche die Alltagsbedingungen berücksichtigen, sind eher rar. Wirksamkeitsnachweise unter Studienbedingungen und Anwendbarkeit in der Praxis sind durchaus nicht gleichzusetzen, wissenschaftliche Erkenntnisse somit nicht automatisch auf die Patientenbetreuung übertragbar.
 - Randomisierte Studien bevorzugen als Untersuchungsobjekte weiße Männer im mittleren Lebensalter und schließen Frauen und Minderheiten aus bzw. lassen sie unterrepräsentiert; die Übertragung der Ergebnisse auf andere Gruppen darf dennoch nicht unkritisch erfolgen (Wenger et al. 1993, Bennett 1993, Merkatz et al., Angell 1993, Cotton 1990 I und II).
 - Wissenschaftliche Studien mit statistisch signifikanten Ergebnissen werden mit größerer Wahrscheinlichkeit publiziert als solche ohne („publication bias“) (Easterbrook et al. 1991).
 - Wissenschaftliche Daten werden bisweilen solange „gequält“, bis sie das aussagen, was der Untersucher wünscht („data torturing“) (Mills JL 1993).
 - Die Ergebnisse unterschiedlicher wissenschaftlicher Studien zu einem Problem sind häufig widersprüchlich.
 - Die Erfahrungen des Praktikers stehen bisweilen im Widerspruch zur wissenschaftlichen Erkenntnis.
 - Im medizinischen Alltag – insbesondere in der Allgemeinmedizin – dominieren die Befindlichkeitsstörungen. Klar definierte Krankheitsbilder sind eher selten.
 - Bei einigen Praktikern besteht ein allgemeines Mißtrauen gegenüber statistischen Methoden.
- Konsequenz des Praktikers sollte hier nicht die Ablehnung von Wissenschaftlichkeit sein. Vielmehr ist von der Wissenschaft zu fordern, sich vermehrt der medizinischen Alltagsprobleme anzunehmen und gerade auch die Medizin, so wie sie tagtäglich ausgeübt wird, wissenschaftlich zu erforschen und zu durchdringen. Beispielhaft erscheint hier die Studie von Sawicki et al. (1993) über

die Verbesserung der Ergebnisse der Bluthochdruck-Behandlung in Arztpraxen.

Eine Verbesserung der Glaubwürdigkeit der Wissenschaftler könnte auch durch einen offenen Umgang mit Interessenkonflikten erreicht werden. Beispielhaft erscheinen die Anforderungen des New England Journal of Medicine an seine Autoren, etwaige mit dem Forschungsgegenstand verbundene finanzielle Interessen offenzulegen (Relman 1990).

Bezüglich der Verbesserung des wissenschaftlichen Niveaus im medizinischen Alltag bleibt es Aufgabe auch der niedergelassenen Ärzte, Techniken zu entwickeln, die Informationsflut zu kanalisieren und Publikationen auf ihre Qualität zu beurteilen sowie Kriterien zu entwickeln für die Abänderung von Vorgehensweisen.

Richtlinien und Standards

Medizinische Richtlinien bzw. Standards gibt es seit vielen Jahren, in letzter Zeit erhalten sie jedoch vermehrt Aufmerksamkeit. Während sie in Deutschland bisher eine untergeordnete Rolle spielen und vorwiegend skeptisch betrachtet werden, sind sie insbesondere für die Entwicklung des Gesundheitswesens in den USA, aber auch in England, bereits von großer Bedeutung. Gerade in den USA sind reichhaltige Erfahrungen gesammelt worden (Farmer 1993). Allein das Institute of Health hat im Rahmen seines Konsensus-Entwicklungs-Programmes von 1977 bis 1990 zu etwa 100 Themen Konsensus-Konferenzen durchgeführt (Skrabaneck 1990). Haines und Feder (1992) sprechen gar von einer „guideline writing industry“.

Von unterschiedlichen Gruppen werden Richtlinien mit unterschiedlichen Zielen und Absichten erarbeitet, wie zum Beispiel Verbesserung der Qualität, Minderung nicht gerechtfertigter geographischer Variationen, Steigerung von Effektivität und Effizienz, Kostensenkung. In jedem Fall geht es darum, das Verhalten von Ärzten zu verändern. Eine verbindliche Definition des Begriffes liegt nicht vor.

Nach der Definition von Audet et al. (1990) sind Richtlinien (practice guidelines) „systematisch entwickelte Stellungnahmen, um den praktisch tätigen Arzt und den Patienten bei Entscheidungen über die angemessene gesundheitliche Versorgung in spezifischen klinischen Situationen zu unterstützen“ (Übers. d. Verf.). Sie wenden sich also an den Praktiker vor Ort.

Untersuchungen über die Wirksamkeit von Richtlinien sind noch nicht sehr zahlreich (einige Beispiele: Emslie et al. 1993, Dodwell et al. 1993, Royal College of Radiologists Working Party 1993, Avorn et al. 1992, Lomas et al. 1989, Audet et al. 1990, Brook 1989). Sie haben die teils überhöhten Erwartungen auf ein realistisches Maß gebracht. Sie zeigen, daß nur ein Teil der Richtlinien die medizinische Praxis beeinflußt

hat. Die Veröffentlichung als einzige Maßnahme („single shot“) führte bisher kaum zu Verhaltensänderungen bei den Ärzten, auch nicht bei nachgewiesener Kenntnis des Inhaltes. Bei systematischer Implementierung, welche die unterschiedlichen Einflüsse auf das Verhalten der Ärzte und gegebenenfalls auch der anderen beteiligten Berufsgruppen berücksichtigt, sind Qualitätsverbesserungen möglich. Als ein Beispiel dafür sei der erfolgreiche Versuch genannt, die Verschreibung von psychoaktiven Substanzen an Bewohner von Pflegeheimen zu reduzieren (Avorn et al. 1992).

Delamothe (1993) vertritt den Standpunkt, daß die Pläne zur Implementierung von Richtlinien ein größeres Maß an Überlegung und Bemühung erfordern als deren Erstellung.

Phelps (1993) hat die methodischen Probleme und Unzulänglichkeiten bei bisherigen Untersuchungen der Angemessenheit (appropriateness) von medizinischen Maßnahmen analysiert. Kassirer (1993) äußert sich skeptisch und hält die generelle und verbindliche Einführung von Standards und Richtlinien für verfrüht. Farmer (1993) weist darauf hin, daß sich in den USA die Regierung ausdrücklich eine (politische) Rolle bei der Erstellung von Richtlinien für die staatlichen Versorgungssysteme (Medicaid, Medicare) vorbehält. Farmer warnt in diesem Zusammenhang auch vor dem Druck, Qualitätsstandards bei finanziellem Zwang nach unten anzupassen („downward pressure on standards from financial constraints“). Charlton (1993) warnt vor Tendenzen der Einflußnahme der Management-Ebene des englischen National Health Service auf die klinische Praxis mit Hilfe von Richtlinien. Sheldon und Smith (1993) schließlich weisen auf Beispiele hin, wo sich hinter Veranstaltungen, die als Konsensus-Konferenz bezeichnet werden, Werbeveranstaltungen der pharmazeutischen Industrie verbergen.

Alles in allem geben die bisherigen Erfahrungen mit Standards und Richtlinien keinen Anlaß zu Euphorie. Vor überhöhten Erwartungen bezüglich Qualitätsverbesserungen ist also zu warnen. Das Ziel von Richtlinien und Standards muß sein, die medizinische und gesundheitliche Versorgung zu verbessern. Politische und finanzielle Erwägungen sind dabei nachrangig. Deshalb muß sowohl die Erarbeitung als auch die Richtlinie selbst bestimmten Qualitätsanforderungen genügen.

Eddy (1990, I, II) beschreibt in diesem Sinne „Standards für Standards“, worin sowohl die Methoden der Erarbeitung als auch Form und Inhalt des Standards bzw. der Richtlinie definiert werden. Im Ergebnis sollte ein Standard zutreffend („accurate“), nachvollziehbar („accountable“), in den Folgen vorhersehbar („predictable“), vertretbar („defensible“) und praktisch umsetzbar („usable“) sein.

Wesentlich für nachvollziehbare und vertretbare Standards ist es laut Eddy, die zugrundeliegenden Originalarbeiten zu nennen, die Konfliktbereiche herauszuarbeiten, die zur Lösung dieser Konflikte erforderlichen Informationen zu geben, aber auch die Bereiche und Grade der Unsicherheit zu benennen. Es darf kein Konsens vorgespiegelt werden. Richtlinien sollten vielmehr die vorhandenen Kontroversen in aller Deutlichkeit wiedergeben. Eddy (1990, III) fordert weiterhin die flexible Handhabung von Richtlinien. Wenn die Ergebnisse einer Behandlung oder aber die Wünsche der Patienten für diese Ergebnisse unsicher oder variabel sind, muß der Arzt Spielraum haben, die Richtlinien auf den Einzelfall anzuwenden.

Je nach Grad der (Un-)Sicherheit schlägt Eddy die Unterteilung der Richtlinien in Standards („standards“), Leitlinien („guidelines“) und Optionen („options“) vor. Standards sind demnach für praktisch alle Fälle anzuwenden, Leitlinien sollten in den meisten Fällen befolgt werden, und Optionen nennen eine Maßnahme als Möglichkeit, ohne ihre Anwendung oder Bevorzugung zu empfehlen.

Bezogen auf die Wünsche der Patienten (nach vollständiger Information über die Ziele und die Wahrscheinlichkeit, sie zu erreichen) sind Standards die Maßnahmen, für die sich mindestens 95 Prozent der Patienten entscheiden, Leitlinien 60 bis 95 Prozent und Optionen 40 bis 60 Prozent. Ein praktisches Beispiel für die Anwendung dieses auf dem Grad der Übereinstimmung („agreement-level“) beruhenden Konzeptes stellen die Richtlinien zu sexuell übertragbaren Erkrankungen der US-amerikanischen Centers for Disease Control dar (U.S. Department of Health and Human Services 1991).

Patient im Mittelpunkt

Arzt-Patient-Beziehung

Der medizinische Fortschritt im 19. Jahrhundert hatte auch eine veränderte Betrachtungsweise des Patienten zur Folge. Der Patient als Individuum mit seinen subjektiven Äußerungen und Bedürfnissen wick nach und nach aus dem Blickfeld der Medizin. Ein wissenschaftliches, technisches und objektives Verständnis von Krankheit wurde zur Maxime. Dies führte zu der passiven Rolle, die der Patient bis heute im Medizinbetrieb einnimmt.

Kassirer (1983) beschreibt die schwache Position, in der sich die Patienten im Gesundheitssystem befinden. Sie sind von den Ärzten mit ihrem Expertenwissen – um das es, wie oben ausgeführt, nicht immer sehr gut bestellt ist – abhängig. Diese geben ihnen kaum die Möglichkeit, die zumeist von ihnen allein getroffenen Entscheidungen nachzuvollziehen. Die Patienten sind zudem häufig infolge ihrer Erkrankung in einer Ausnahmesituation, haben Angst und fühlen sich schwach und verletzbar.

Kassirer führt dazu weiter aus, daß Ärzte den Patienten die Entscheidung auch deshalb gerne abnehmen, weil sie

- ihnen eine gute Entscheidung nicht zutrauen,
- den hohen Zeitaufwand für detaillierte Informationen zu allen bedeutsamen Aspekten scheuen oder sich nicht leisten können,
- es nicht gewohnt sind, lange detaillierte Diskussionen über medizinische Sachverhalte mit Patienten zu führen,
- nicht über die Daten verfügen, die ein Patient erfragt, und weil es
- ihnen Schwierigkeiten bereitet, medizinische Sachverhalte in einer dem Laien verständlichen Form darzustellen.

Die so entstandenen Entscheidungen sind mit dem patientenzentrierten Qualitätsbegriff nicht vereinbar.

Wollen die Ärzte die Entscheidung im Dialog mit dem Patienten finden, müssen sie bestimmte Kompetenzen und Fähigkeiten entwickeln, in erster Linie im kommunikativen Bereich. Das Training dieser Fertigkeiten ist bis jetzt in den Lehrplänen der medizinischen Fakultäten nicht ausreichend verankert (McManus 1993).

Der Patient steht dagegen vor der schwierigen Aufgabe, diesen Dialog einzufordern und dem Arzt seine Erwartungen und Fragen mitzuteilen. Dazu muß er lernen, die Fragen, die für ihn die Qualität einer Maßnahme ausmachen, an den Arzt zu stellen:

- Welchen Nutzen verspricht die Maßnahme?
- Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, daß ich den Nutzen erlange (ausgedrückt in einer Zahl)?
- Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, daß ich einen Nachteil erleide (ausgedrückt in einer Zahl)?
- Will ich, nachdem mir die Antworten auf die vorangehenden Fragen vorliegen, überhaupt den Nutzen erlangen, und will ich die damit verbundenen Risiken in Kauf nehmen, oder verzichte ich auf die Maßnahme und nehme die damit eventuell verbundenen Risiken in Kauf?

Diese Fragen sind für alle Bereiche der Medizin anwendbar: Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation.

Ein Beispiel dafür, wie ein in diesem Sinne geführtes Gespräch verlaufen kann, liefert Lee (1993) am Beispiel der Mammographie als Screening-Untersuchung auf Brustkrebs für eine 40jährige Frau.

Werden die Ärzte nur häufig genug mit Fragen nach Nutzen und Risiken konfrontiert, werden auch sie vermehrt nach Antworten darauf suchen müssen. Dabei werden sie feststellen, daß Antworten häufig genug nicht vorliegen (Brook 1989). Dadurch sollte ein – hochgradig wünschenswerter – Druck auf die Erforschung der Ergebnisse medizinischen Handelns („outcome research“) entstehen als Teil einer neuen medizinischen Kultur.

Im Mittelpunkt dieser neuen Kultur steht das Wiedererscheinen des Patienten mit sei-

nen individuellen, seinen sozialen, ethischen und religiösen Werten (Reiser 1993), denn von der Bedeutung dieser Werte, so Reiser, versteht niemand mehr als der Patient selbst. Der Patient als Experte für die Werte-Seite – im Gegensatz zu den Medizinern und Wissenschaftlern für die technische Seite – sollte beteiligt werden an

- der Ausbildung der Ärzte,
- der Planung von wissenschaftlichen Studien,
- der Erarbeitung von medizinischen Standards und Leitlinien.

In der angloamerikanischen Literatur wird übrigens auf die Notwendigkeit der Beteiligung der Patienten insbesondere bei der Erstellung von Standards und Richtlinien immer wieder hingewiesen (Lancet 1992, Haines und Feder 1992, Clinton 1991, Brook 1989).

Mit der Verwirklichung dieser Forderungen rückt der Patient dahin, wo er hingehört: in das Zentrum der Bemühungen um Qualität in der Medizin, und zwar nicht als passives Subjekt, sondern als Experte.

Patientenstellen

Patientenstellen sind in den 80er Jahren in mehreren Städten der damaligen BRD in der Folge von Qualitätsmängeln entstanden.

So wurden die beiden Hamburger Patientenstellen anlässlich der sogenannten Bernbeck-Affäre gegründet (Kranich 1993), dem größten bekanntgewordenen medizinischen Qualitäts-Desaster in der Geschichte der Bundesrepublik.

Bisher bieten sie in erster Linie Einzelberatung. Eine Stärkung und Professionalisierung zur Mitarbeit an grundsätzlichen Fragen der Qualität auch auf der politischen Ebene könnte ein Weg sein, Patienteninteressen stärker zur Geltung zu bringen. Nach Eindruck des Verfassers herrscht in Patientenstellen jedoch eher eine grundsätzlich skeptische bis ablehnende Haltung gegenüber wissenschaftlichen Methoden zum Nachweis der Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen.

Gesundheitskonferenzen

Gesundheitsberichterstattung hat die Aufgabe, die Situation des Gesundheitswesens darzustellen und darauf aufbauend gesundheitspolitische Ziele zu formulieren. Dies geschieht in erster Linie, indem vorhandene Daten problemorientiert zusammengeführt, ausgewertet und interpretiert werden und erst in zweiter durch Erhebung neuer Daten.

Die Aufgabe von lokalen Gesundheitskonferenzen besteht darin, auf einer guten Datenbasis zu planen und damit zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung beizutragen. Als Teilnehmer einer solchen Konferenz kommen alle mit gesundheitlichen Belangen befaßte Einrichtungen einer Kommune in Frage. Der Wert dieser Einrichtung ist noch nicht hinreichend evaluiert und erscheint insbesondere bei zu ho-

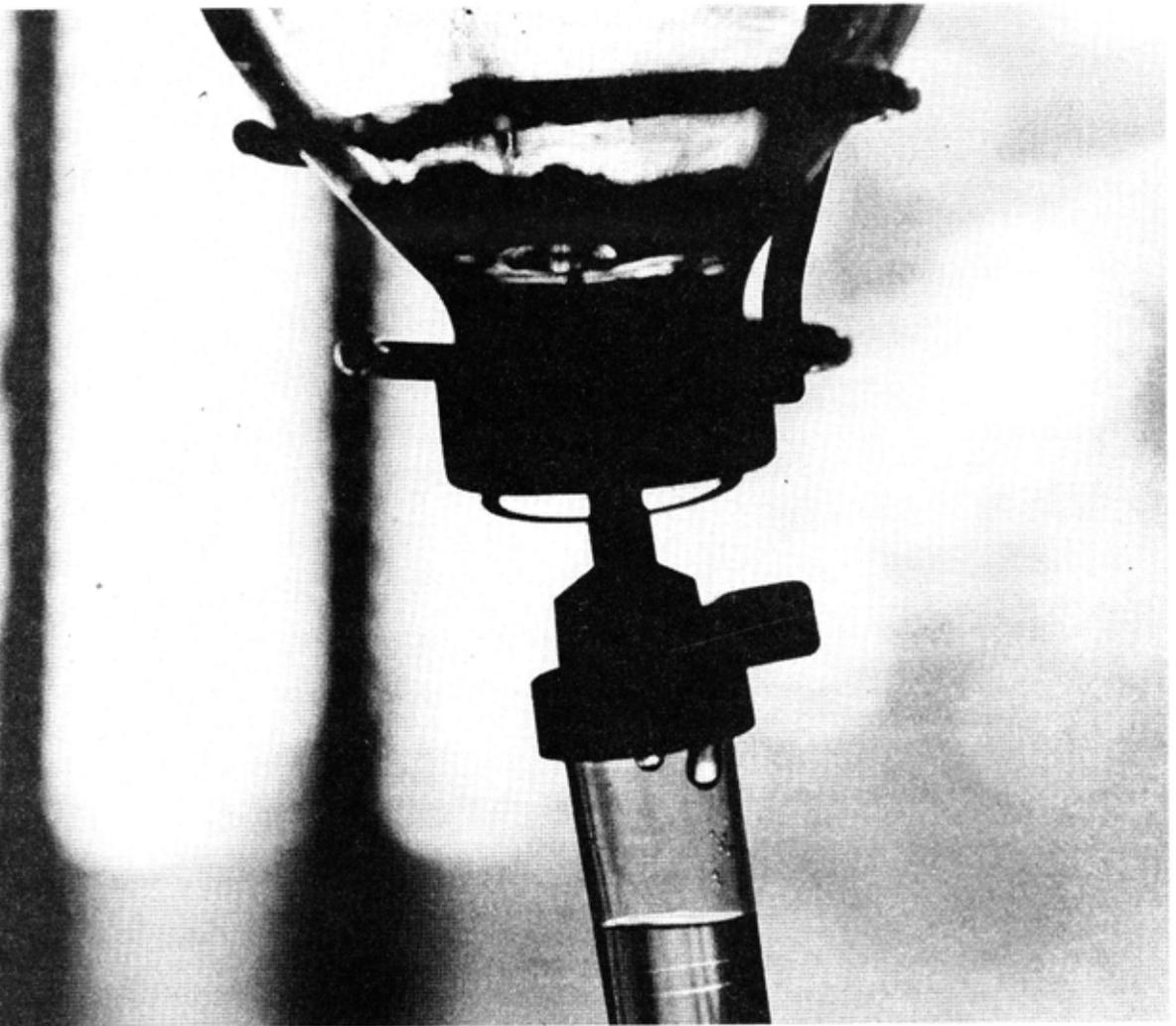


Foto: Irmi Long, Frankfurt/M.

her Heterogenität der Teilnehmer und bei nicht ausreichend hohem Konkretionsgrad der Aufgabenstellung durchaus fragwürdig.

Aussichtsreich erscheint jedoch der Versuch, umschriebene Bereiche mit bekannten Qualitätsmängeln zu thematisieren. Hier kann eine Gesundheitskonferenz gezielt mit motivierten Vertretern zusammengesetzt werden. Ein interessanter Aspekt besteht darin, bei passenden Fragestellungen die Interessen von Patienten einzubringen und auf diese Weise eine Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung zu erreichen.

Fazit

Dem Begriff Qualität in der Medizin ist eine patientenzentrierte Definition zugrunde zu legen, das heißt eine Definition, welche den Wert aller medizinischen Maßnahmen an dem objektiven und insbesondere auch an dem subjektiven Gewinn für den Patienten bemißt. Die Ermittlung dieser Zielgrößen hat auf wissenschaftlicher Grundlage zu erfolgen. Bisher hat die Medizin diesbezüglich nur wenige Ergebnisse vorzuweisen.

Meßbarkeit ist eine Voraussetzung zur Beurteilung der Qualität medizinischer Maß-

nahmen. Hierfür können Standards bzw. Leitlinien ein taugliches Mittel sein, wenn sie selbst konkreten Qualitätskriterien genügen.

Für die Ärzte bedeutet der patientenzentrierte Qualitätsbegriff erhöhte Anforderungen unter anderem an ihre kommunikative Kompetenz. Der Dialog mit dem Patienten gerät in den Mittelpunkt der Verbesserung der Qualität. Wissenschaft und Lehre haben den Patienten noch zu entdecken als den Experten für die Fragen nach Werten und Ethik in der Medizin, auf den nicht verzichtet werden darf.

Auch an die Patienten werden neue Anforderungen gestellt. Sie sollten lernen, in einer für sie schwierigen Situation die für sie wesentlichen Fragen an die Ärzte zu stellen, und sich mit Antworten und Informationen minderer Qualität nicht zufrieden geben.

Der Medizin als Wissenschaft fehlen in den meisten Bereichen ausreichende Daten zur Umsetzung dieses Qualitätsbegriffes. Eine erhöhte Nachfrage aus dem medizinischen Alltag bezüglich der Ergebnisse medizinischer Maßnahmen könnte der Erforschung der Ergebnisse („outcome research“) dringend notwendige Impulse geben.

Ob sich die deutsche Ärzteschaft auf den patientenzentrierten Qualitätsbegriff und die damit verbundenen Herausforderungen einstellen kann, ist noch ungewiß.

Über die Möglichkeiten der Patienten, die Qualität in der Medizin zu verbessern, gibt es nur wenig Erfahrungen. Eine Beteiligung in den jetzt entstehenden Gremien, die sich mit Qualität in der Medizin auseinandersetzen, ist wünschenswert. Die Möglichkeiten von Patientenstellen und Gesundheitskonferenzen sollten erprobt werden.

David Klemperer, Arzt,
Gesundheitsamt Bremen Nord

Der Artikel ist eine gekürzte, überarbeitete Fassung eines Beitrags aus dem Buch: „Patienten im Gesundheitswesen – Patientenunterstützung und -beratung“, herausgegeben von W. Damskowsky, S. Görres und K. Luckey (Maro-Verlag, 1995).

Eine ausführliche Literaturliste ist bei der Mabuse-Redaktion erhältlich.