INFORMATIONSDIENST GESUNDHEITSWESEN

Schwerpunktthema: - Krankenhaus -

Außerdem: Stadtteilarbeit im medizinischen Bereich

2 Offenbach im September 1974
Preis vier Mark

Dieser Info dient der Kommunikation und Kooperation von Genossen, die mit sozialistischem Anspruch im Gesundheitswesen tätig sind.

Herausgeber: Sozialistisches Büro
6o5 Offenbach 4, Postfach 591

Verleger: Verlag 2ooo GmbH Offenbach

Erste Auflage, September 1974, 3ooo Exemplare

Alle Rechte bei den Herausgebern

Vertrieb: Verlag 2ooo GmbH, 6o5 Offenbach 4
Postfach 591, Hohe Str. 28 (Souterrain)
Postscheck Frankfurt Konto Nr. 61041-604

Preis: Einzelexemplar DM 4.--
bei Abnahme von mindestens 1o Exemplaren 2o % Rabatt
Weiterverkäufer (Buchläden, Buchhandel) 4o % Rabatt
jeweils zuzüglich Versandkosten

Verantwortlich: Vorläufiges Redaktionskollektiv Info Gesundheitswesen
Presserechtlich verantwortlich: Klaus Vack Offenbach
Druck: hbo-druck Bensheim

Es ist beabsichtigt, den Informationsdienst Gesundheitswesen vierteljährlich herauszubringen, ab 1975 im Abonnement. Das Heft 3 (für das 1. Quartal 1975) wird voraussichtlich im Januar 1975 erscheinen. Abo-Bestellungen werden bereits jetzt entgegengenommen. Die Abonnementsgebühren für 1975 werden sich auf DM 1o.-- zuzüglich DM 2.8o Portokosten belaufen. Dieser Betrag von DM 12.8o (einschließlich 5,5 % Mehrwertsteuer) wird mit Versendung des ersten Quartalsheftes 1975 angefordert und ist dann für das gesamte Jahr im voraus zu zahlen.

INFORMATIONSDIENST GESUNDHEITSWESEN
Sozialistisches Büro, 6o5 Offenbach 4, Postfach 591
Stuttgart/Offenbach, 3o. September 1974, Ausgabe 2

I N H A L T

Vorbemerkungen zu diesem Info und Bericht über das zweite Treffen des Arbeitsfeldes Gesundheitswesen Seite 3

Beiträge zur Krankenhausreform Seite 7

Zur Kostenexplosion der gesetzlichen Krankenversicherung Seite 7

Informationen zum Krankenhausfinanzierungsgesetz Seite 1o

Das Krankenhaus im Gesamtgesundheitssystem und die gegenwärtigen Reformierungsbewegungen am Krankenhaus Seite 18

Zusammenfassendes Diskussionsergebnis zum Thema Krankenhausreformgesetze (Punkt 2) der Arbeitstagung in Marburg Seite 36

Zur Einführung der 4O-Stundenwoche im Krankenhaus Seite 39

Mitbestimmung im Krankenhaus Seite 43

Stadtteilgruppe Medizin/Berlin-Kreuzberg: Versuch einer Stadtteilarbeit im medizinischen Bereich Seite 49

Fragebogen-Auswertung: Medizinische Versorgung Seite 56

Autonomie im Stadtteil Keine Analyse - keine Perspektive? Seite 63

Materialien zu Chile Seite 67

Hinweise/Kleinanzeigen Seite 71

INFORMATIONSDIENST GESUNDHEITSWESEN

Heft 1

Offenbach
im Mai 1974
Preis DM 3.--

Versuch einer
Bestandsaufnahme

Bericht
über die erste
Arbeitstagung
des Arbeitsfeldes
Gesundheitswesen
im
Sozialistischen
Büro

Berichte
von Gruppen und
Einzelgenossen
aus Marburg,
Frankfurt,
Münster, Mainz,
München,
Erlangen, Essen,
Würzburg,
Papenburg und
Westberlin

64 Seiten, broschiert, DM 3.--
gegen Vorauszahlung (in Briefmarken o.ä.)
Verlag 2ooo GmbH, 6o5 Offenbach 4, Postfach 591

VORBEMERKUNGEN ZU DIESEM INFO UND BERICHT ÜBER DAS ZWEITE TREFFEN DES ARBEITSFELDES GESUNDHEITSWESEN - 22./23. Juni 1974 in Marburg -

Wir legen hiermit eine zweite Ausgabe des Informationsdienstes Gesundheitswesen vor, dessen Herausgabe schon auf dem ersten Treffen des Arbeitsfeldes Gesundheitswesen im Sozialistischen Büro vereinbart wurde. Ein längerfristiges Konzept und die Schwerpunkte des Arbeitsfeldes und des nächsten Infos sollen diesen Herbst von dem auf dem zweiten Arbeitstreffen in Marburg gebildeten Koordinationsausschuß diskutiert und festgelegt werden.

Dieser Info bringt in seinem ersten Teil Materialien und Fragestellungen zu Tendenzen und Alternativen stationärer Versorgung (Krankenhausreform). Dieses Thema stand im Mittelpunkt des zweiten Treffens des Arbeitsfeldes Gesundheitswesen im Juni 1974 in Marburg - Da den gewerkschaftspolitischen Fragen und Zielsetzungen des Arbeitsfeldes (im Rahmen der ÖTV-Organisation) erhebliche Bedeutung zukommt, wird diese Thematik in diesem Info in zwei Beiträgen bzw. Materialien "4o-Stundenwoche" und "Mitbestimmung" behandelt. - Ein weiterer Abschnitt ist der Stadtteilarbeit gewidmet.

Ein Arbeitsfeld Gesundheitswesen im Sozialistischen Büro leitet sich wohl hauptsächlich von dem Bedürfnis nach Kommunikation und Kooperation ab, vor allem auch außerhalb der Uni-Städte. Bei zentralen Arbeitstagungen sollen die jeweilige Praxis und Strategie diskutiert, Ansatzpunkte für organisierte sozialistische Arbeit gemeinsam entwickelt und nächste zentrale Projekte bestimmt werden. Die Folge einer solchen Arbeit wäre sicher auch ein organisierendes Moment auf lokaler Ebene und die Stärkung der zum Teil isolierten eigenen Position. Auf der anderen Seite muß vermieden werden, daß die Zusammenarbeit nur auf den eigenen spezifischen Interessenbereich beschränkt bleibt und dabei sozusagen "syndikalistisch" verkommt, sondern sie muß verbunden werden mit den Erfahrungen, die in anderen Bereichen sozialistischer Arbeit und Aktion gewonnen worden sind. Eine wesentliche Rolle wird daher dem Sozialistischen Büro zufallen, die gemeinsame Aufarbeitung der Erfahrung verschiedener Arbeitsfelder und die Verallgemeinerung zu Elementen einer einheitlichen sozialistischen Strategie zu leisten. Diese Arbeit muß sich verstehen:

1. als Basisarbeit am Arbeits- und Ausbildungsplatz aus der Kritik an Institutionen, ihrer Funktion, Aufbau, an Arbeitsbedingungen usw. heraus;
2. als Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung, deren vitales Interesse ja gerade die Erhaltung ihrer Gesundheit ist (Arbeitsbedingungen, Umwelt, Wohnen usw.).

Eine ausgreifende Begründung für das Arbeitsfeld Gesundheitswesen und erste Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung des Arbeitsfeldes haben wir in den Vorbemerkungen zu Heft 1 des Info abgedruckt. Soweit

Kollegen und Genossen diesen Info 1 noch nicht besitzen, sollten sie diesen gegen Voreinsendung von DM 3.-- bei Verlag 2ooo GmbH, 6o5 Offenbach 4, Postfach 591 bestellen. Dieser erste (noch vorläufige) Info sollte einer (gewiss noch unvollständigen) Bestandsaufnahme der bisherigen theoretischen und praktischen Aktivitäten dienen.

Zweites Treffen des Arbeitsfeldes

Am zweiten Treffen des Arbeitsfeldes Gesundheitswesen im Sozialistischen Büro (22./23. Juni 1974) in Marburg beteiligten sich ca. 8o Genoss(inn)en, von denen ca. ein Drittel neu ins Arbeitsfeld gekommen waren. Diskutiert wurden 1) Probleme des Arbeitsplatzes Krankenhaus, 2) Die staatlichen Krankenhausreformversuche, 3) Die weitere Organisation des Arbeitsfeldes.

Zu 1): Für die Diskussion über Voraussetzungen und Hemmfaktoren für die Konkretisierung progressiver Ansätze im stationären Versorgungsbereich (vorindustrielle Arbeitsweise und Personalstruktur, Konkurrenz zwischen den Funktionsträgern, Kapazitätsmängel, Folgen der technizistischen Effektivitätssteigerung, Politisierung und Solidarisierung der im Krankenhaus Arbeitenden bzw. der zu versorgenden Patienten, betriebsbezogene Gewerkschaftsarbeit) fehlten uns hinreichende Analysen und Handlungsanweisungen, so daß die theoretische Aufarbeitung nicht wesentlich vorangetrieben werden konnte. Stattdessen wurden weitere Erfahrungsgerichte aus Hamburg, Frankfurt, Westberlin, Stuttgart und Mainz vorgetragen, aus denen sich ergab, daß die Politisierung im stationären Bereich auf die dort Arbeitenden beschränkt sein wird, d.h. vorerst Betriebsgruppenarbeit zu leisten ist (Mobilisierung über Probleme der Pflegekräfte und des technischen Personals, die Wohnsituation, erhöhte Arbeitsbelastung, Bezahlung).

Zu 2): Die Diskussion wurde auf das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KFG) beschränkt. Dieser Problematik ist der gesamte erste Teil dieses Info gewidmet.

Zu 3): Der Konflikt zwischen dem Anspruch einerseits auf informellen Erfahrungsaustausch bzw. praktische Handlungsanweisungen und andererseits auf analytische Zielbestimmung sozialistischer Arbeitsperspektiven im Gesundheitswesen konnte noch nicht befriedigend gelöst werden. Auf der Basis der jetzt geschaffenen Möglichkeiten zur Kooperation im Arbeitsfeld Gesundheitswesen sollen künftig die verschiedenen Erfahrungen, Bedingungen und Bedürfnisse der im Arbeitsfeld aktiven Genoss(inn)en genauer erfaßt, einander zugeordnet und bewertet werden, um die Vermittlung der Ansätze und Strukturierung der gemeinsamen Arbeit zu verbessern. In diesem Zusammenhang wurde die Einbeziehung von Genoss(inn)en aus dem nicht-medizinischen Bereich (technischer Dienst, "express"-Kollegen, Sozialarbeiter u.ä. angeregt.
Schließlich wurde ein Koordinierungsausschuß bestimmt, der insbesondere eine bessere Vorbereitung des nächsten Treffens garantieren soll und außerdem für die Herausgabe weiterer Infos verantwortlich ist. Da das Interesse von Gruppen und vieler einzelner Genoss(inn)en am Arbeitsfeld Gesundheitswesen groß, aber auch sehr heterogen ist und für eine nächste zentrale Arbeitstagung ein noch größerer Teilnehmerkreis erwartet wird, soll eine Regionalstruktur des Arbeitsfeldes entwickelt

Informationsdienst Sozialarbeit

Der Info Sozialarbeit dient der Information und Zusammenarbeit zwischen sozialistischen Gruppen und einzelnen, die im Sozialbereich arbeiten und wendet sich an Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heimerzieher, Kindergärtnerinnen, Sozialplaner, Psychologen, Dozenten und Studenten an Fachausbildungsstätten etc. – Der Info behandelt jeweils ein bestimmtes Schwerpunktthema und enthält aktuelle Nachrichten, Materialien etc. – Übergreifender Gesichtspunkt der Aufarbeitung von Praxiskonflikten und Modellen ist die kontinuierliche Diskussion über eine sozialistische Strategie im Sozialbereich.

Bisher sind erschienen:

Heft 1: „Fürsorgeerziehung" – Editorial zur Herausgabe des Info – Sozialarbeit im Kapitalismus – Klassenlage/Soziopsychische Situation von Sozialarbeitern — Konzeptionen für der Aufbau eines Jugendwohnkollektivs mit Minderjährigen in öffentlicher Erziehung — Auszüge aus einer Kollektivzeitung — etc. – (DM 3.–)

Heft 2: Sozialarbeit in Institutionen – Geschichte des AKS (Arbeitskreis Kritische Sozialarbeit, Frankfurt) – Probleme der Sozialarbeit bei freien Trägern am Beispiel der evangelischen Familienberatung Frankfurt – Kollektivpraktikum im Heim – Gemeinwesenarbeit mit Obdachlosen – Hinweise, Nachrichten, Leserzuschriften – etc. – (DM 3.–)

Heft 3/4: Sozialarbeit zwischen Selbstorganisation und Bürokratie – Drei Aufsätze aus der englischen revolutionären Sozialarbeiterzeitschrift Case-Con – Fürsorgezöglinge nehmen ihre Sache selbst in die Hand – Das Lehrstück Brackwede oder die objektiven Grenzen fortschrittlicher Jugendamtspolitik im Recht – Kampf zwischen Eltern und Arbeiterwohlfahrt um eine Spielstube in Frankfurt – Materialien, Hinweise, Zeitschriftenbibliographie zur Heimerziehung – etc. – (DM 5.–)

Heft 5: Zur Organisierung im Sozialbereich – Zur Problematik von Rolle und Funktion der Sozialpädagogik – Politische Disziplinierung von Sozialarbeit in der Familienfürsorge – 6 Kurzberichte über repressive Maßnahmen im Sozialbereich – etc. (DM 5,-)

Heft 6: Jugendhilferecht und Jugendhilfetag – Sozialtechnokratische Tendenzen im Jugendhilfegesetzentwurf – Analyse und Forderungskatalog zur Reform des Jugendhilferechts – „Genscher-Reform" des öffentlichen Dienstrechtes – Sozialarbeit und Jugendhilfetag – Die Sozialistische Aktion auf dem Jugendhilfetag Nürnberg – Aktuelle Materialien zum Jugendhilfetag Hamburg – etc. (DM 3,-)

Heft 7: Jugendhilfetag – Materialien der Sozialistischen Aktion – Materialien zu den Sozialisationsfeldern „Außerfamiliäre Erziehung", „Jugendarbeit und Freizeit" und „Ausbildung und Beruf" – Außerdem: Jugendliche zum Jugendhilferecht – Jugendhilfegesetz von Bürokraten – 8 Kurzberichte über repressive Maßnahmen im Sozialbereich – Erklärung der Sozialistischen Aktion zur Absage des Jugendhilfetags – etc. (DM 4.-)

Folgende Schwerpunktthemen sind für die nächsten Infos geplant:

Heft 8: Reformismus im Bereich der Sozialarbeit

Heft 9: Jugendzentren / Jugendclubarbeit

Der Info Sozialarbeit erscheint viermal im Jahr und kostet im Abonnement DM 10.– zuzüglich DM 2.80 Portokosten (das Jahresabonnement 1973 enthält die Ausgaben 2 – 5 und das Abonnement 1974 die Ausgaben 6 – 9); auch Probehefte können nur gegen Bezahlung abgegeben werden; Gruppen erhalten bei Abnahme von mindestens 10 Exemplaren 20 % Rabatt.

Bestellungen: Verlag 2000 GmbH des Sozialistischen Büros, 605 Offenbach 4, Postfach 591.

werden, damit einerseits die Diskussion zentraler Treffen regional fortgeführt und spätere zentrale Tagungen besser vorbereitet werden können. Kontakt- und Koordinationsadressen für diese regionale Zusammenarbeit wurden vereinbart in Westberlin, Hamburg, Münster, Essen/Duisburg, Marburg, Frankfurt, Mainz, Stuttgart/Tübingen und München. Für das nächste Arbeitstreffen wurde noch kein Termin festgelegt; es wird voraussichtlich Ende dieses Jahres mit der Diskussion des Teilbereichs ambulante Versorgung/Stadtteilarbeit stattfinden. Um die Kommunikation auch zwischen den einzelnen zentralen Treffen des Arbeitsfeldes aufrecht zu erhalten, sollten neben dem Info Gesundheitswesen Protokolle und Informationsrundschreiben (besonders bezogen auf die regionale Zusammenarbeit) erstellt und allen interessierten Genoss(inn)en zur Verfügung gestellt werden.

Stuttgart/Offenbach, 3o. September 1974
Vorläufiges Redaktionskollektiv Info Gesundheitswesen
im Sozialistischen Büro, 6o5 Offenbach 4, Postfach 591

INFORMATIONSDIENST DES SLB
(Sozialistischer Lehrerbund)

Sozialistische Lehrer arbeiten heute vereinzelt, in kleinen oder größeren Orten, an Grund-, Haupt-, Real- und Berufsschulen, an Gymnasien und Gesamtschulen ohne ausreichenden Kontakt zueinander. Sie werden oft konfrontiert mit Problemen und Konflikten, mit denen andere Gruppen schon ihre Erfahrungen gesammelt haben. Der SLB-Info soll der Information und Kooperation zwischen sozialistischen Lehrern und deren Organisierung dienen.

Folgende Info-Ausgaben sind zur Zeit noch erhältlich:
Ausgabe 12 (Doppelnummer): In dieser Ausgabe sind die wichtigsten Beiträge aus den davor erschienenen Infos zusammengestellt.
Ausgabe 13: Schwerpunktthema "Grundschule"
Ausgabe 14: Schwerpunktthema "Gesamtschule"
Ausgabe 15 (Doppelnummer): Schwerpunktthema "Berufsschule"
Ausgabe 16 (Doppelnummer): Schwerpunktthema "Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft"
Ausgabe 17: Schwerpunktthema "Hauptschule"
Ausgabe 18: Zur neuen Funktion des Info - Thesen zur Situation und Aufgabe von sozialistischen Lehrern - Materialien zur GEW-Arbeit.

Einfachnummer DM 3.--, Doppelnummer DM 5.--
Jahresabo DM 1o.-- + DM 2.8o Porto
Auch Probehefte können nur gegen Bezahlung abgegeben werden.
Bezug: Verlag 2ooo GmbH, 6o5 Offenbach 4, Postfach 591

Zum Versuch, die Finanzmisere des Krankenhauses zu bewältigen, folgen hier ein Kapitel aus der Broschüre "Verraten und verkauft" der "Arbeitsgemeinschaft Unabhängiger Ärzte Deutschlands"/Berlin zur Kostenentwicklung, zwei Beiträge mit Informationen und Anmerkungen zum Krankenhausfinanzierungsgesetz (Marburger Gruppe und Kieler Tutorium) und das Einleitungsreferat zu Tagesordnungspunkt 2 der Marburger Tagung.

Auszug aus der Broschüre "Verraten und verkauft":

ZUR KOSTENEXPLOSION DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

1973 betrugen die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung rund 41 Milliarden Mark. Davon entfielen auf den Profitsektor (Honorare für Ärzte und Zahnärzte sowie Arzneimittelkosten) rund 18 Milliarden Mark, auf den profitfreien stationären Bereich etwa 10,6 Milliarden. Im einzelnen erhielten die freipraktizierenden Ärzte von den GKV-Kassen 8,8 Milliarden Mark. Bei 51.000 niedergelassenen Ärzten in freier Praxis bedeutet dies im Durchschnitt die Summe von 172.000 Mark. Rechnet man die Honorare von Privatpatienten hinzu, dann überschritt der durchschnittliche Jahresumsatz je Einzelpraxis 1973 die 200.000-Mark-Grenze. Nach Abzug der Unkosten blieb ein zu versteuerndes Einkommen von rund 135.000 Mark. Damit rangieren die niedergelassenen Ärzte in der Bundesrepublik an erster Stelle der Weltrangliste vor denen der USA.

Die überhöhten Einkommen aus der freien Praxis bestätigen die Analyse der Studie "Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland" des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts der Gewerkschaften, in der es u.a. heißt: "Das Einzelleistungshonorar wirkt in Richtung auf Maximierung der Patientenzahlen, der Behandlungsfälle und der Zahl der Leistungen. Die reine Einzelleistungshonorierung entspricht einem Akkordsystem." Es verführt die niedergelassenen Ärzte dazu, "diagnostisch und therapeutisch entbehrliche, aber gut honorierte Leistungen zu gewähren". Die Richtigkeit dieser Analyse wird durch die wachsenden Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für ärztliche Behandlungen bewiesen.
Dazu berichtete das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (Berlin) im Mai 1973, daß "die Ausgaben für kassenärztliche Behandlung von 1962 bis 1972 um über 230 v.H. gestiegen" seien. In dem Bericht heißt es weiter: "Da die Zahl der Kassenärzte im gleichen Zeitraum nur geringfügig - um 5 v.H. - zugenommen hat, entspricht das etwa einer Umsatzsteigerung je Arzt aus kassenärztlicher Behandlung von

220 v.H. In diesen Ausgaben sind allerdings die Aufwendungen für die Mitte 1971 eingeführten Früherkennungsuntersuchungen noch nicht enthalten, die die Umsätze der Kassenärzte zusätzlich erhöhen."

Diese Umsatzsteigerung je Kassenarzt in den letzten 10 Jahren um durchschnittlich 22 Prozent pro Jahr entspricht einem Einkommenswachstum von durchschnittlich knapp 13 Prozent. Während sich der Brutto-Stundenlohn eines Industriearbeiters zwischen 1951 und 1971 höchstens vervierfachte, stieg das Einkommen der niedergelassenen Ärzte im gleichen Zeitraum um das Siebeneinhalbfache.

Die Ausgabensteigerung der gesetzlichen Krankenversicherung für die ambulante ärztliche Behandlung der Sozialversicherten seit 1970 in absoluten Zahlen: 1970 - 5,458 Milliarden; 1971 - 6,809 Milliarden; 1972 - 7,550 Milliarden; 1973 - 8,8 Milliarden. Für 1974 sind Zahlungen der GKV-Kassen an die freipraktizierenden Ärzte in Höhe von rund 10 Milliarden Mark zu erwarten. Diese alle früheren Prognosen sprengende Kostenexplosion ist für die gesetzliche Krankenversicherung in Zukunft nicht mehr tragbar. So sagte der Sozialbericht 1971 an Leistungen der GKV für die ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte 8,466 Milliarden Mark im Jahre 1975 voraus, die jedoch schon 1973 überschritten wurden.

Eine ähnliche Kostensteigerung wie im ambulanten Bereich ist bei den Ausgaben der GKV im stationären Sektor zu verzeichnen. 1973 zahlten die GKV-Kassen für Krankenhausbehandlung rund 10,6 Milliarden Mark. 1971 waren es nur 6,860 Milliarden Mark gewesen. Die Steigerungsrate betrug 1971 24 Prozent, 1972 17 Prozent und in der ersten Jahreshälfte 1973 18,5 Prozent. Angesichts der zu erwartenden Ausgabensteigerung durch die seit 1.1.1974 gültige Bundespflegesatzverordnung ist vorauszusehen, daß sich die Leistungen der GKV für Krankenhausbehandlung binnen vier bis fünf Jahren verdoppeln werden. Diese exorbitante Kostensteigerung wird wesentlich durch das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen auf die ambulante Behandlung mitbedingt. Es verhindert die prästationäre Diagnostik sowie die poststationäre Behandlung und ist wesentlich für die kostspielige überhöhte Verweildauer in den Krankenanstalten der Bundesrepublik verantwortlich zu machen. Durch eine prästationäre Diagnostik würde sich für einen Teil der von den niedergelassenen Ärzten überwiesenen Patienten die Krankenhausaufnahme erübrigen, für den aufzunehmenden Teil würde die Therapie früher einsetzen können. Diese Verfahrensweise würde zu einer erheblichen finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung im stationären Bereich führen.

Zur Kostenexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung haben auch die ständig wachsenden Leistungen für Arzneimittel erheblich beigetragen; sie beliefen sich 1973 auf mehr als 6,5 Milliarden Mark. In den Jahren von 1960 bis 1972 waren die Ausgaben auf diesem Sektor von 1,093 auf 5,720 Milliarden Mark gestiegen. Das entspricht einer Steigerung von 423 Prozent. Je Versichertem gaben die GKV-Kassen im Durchschnitt 1960 DM 23,80 aus, 1970 bereits DM 78.75 und 1972 DM 102,19. Von 1970 auf 1971 stiegen die Aufwendungen für Medikamente um 17,7 Prozent und von 1971 auf 1972 um 14,5 Prozent. Für 1973 ist ein Plus von rund 15 Prozent zu erwarten. Obwohl die gesetzliche Krankenversicherung rund 60 Prozent des Umsatzes finan-

ziert, hat sie keinen Einfluß auf die Gestaltung der Arzneimittelpreise. Die Preise werden vom Erzeuger festgesetzt, sie sind durchweg weit überhöht.

Wenn die gegenwärtige Kostenexplosion in allen Bereichen der gesetzlichen Krankenversicherung unvermindert anhält, so sind nach Schätzung von Experten für die nächsten Jahre die folgenden Gesamtausgaben zu erwarten: 1974 - 46 Milliarden; 1975 - 51 Milliarden; 1976 - 57 Milliarden; 1977 - 63 Milliarden. Andere Schätzungen liegen höher, sie gehen bis zu 70 Milliarden für das Jahr 1977.

Damit setzt sich die Serie der Beitragssteigerungen fort, von denen die Sozialversicherten während der letzten Jahre zunehmend belastet wurden. Am 1.1.1972 hatte der durchschnittliche AOK-Beitragssatz noch bei 8,25 Prozent des Grundlohns gelegen, am 1.4.1973 war er schon auf 9.05 Prozent gestiegen. Obwohl die gesetzlich empfohlene Höchstgrenze bei 8 Prozent liegt, werden die Beitragssätze der meisten GKV-Kassen im laufenden Jahr auf breiter Front die 10-Prozent-Grenze überschreiten.

Die politischen Konsequenzen aus dieser Entwicklung sind schon jetzt abzusehen: Ein System, das den Arbeitnehmern im Krankheitsfall die gesundheitliche Wiederherstellung und gleichzeitig die soziale Sicherung garantieren soll, wird selbst zur Quelle sozialer Unzufriedenheit. Die Sozialversicherten werden zum Objekt einer "Ausbeutung im Krankheitsfall" vor allem durch die freipraktizierenden Ärzte und die Hersteller, Händler und Verkäufer von Arzneimitteln.

In der Absicht, die untragbare Kostenexplosion der gesetzlichen Krankenversicherung einzudämmen und deren Reform in Gang zu bringen, haben die Bundesverbände der Orts- und Betriebskrankenkassen am 9. April 1974 eine Denkschrift mit dem Titel "Grundsätze und Forderungen zum Vertragsrecht der Krankenkassen" veröffentlicht. Darin fassen die beiden GKV-Kassen ihre Kritik und Alternative in 10 Maximen und 18 Forderungen zusammen, die offen auf eine Revision des Kassenarztrechts von 1955 zielen. Zu Recht soll das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen beseitigt, die Position der Krankenkassen gestärkt und die Beziehungen zwischen beiden sollen im Sinn einer gleichwertigen Verhandlungsposition normalisiert werden. Die reguläre Versorgung der Sozialversicherten auf dem Lande soll durch eine Bedarfsplanung erreicht werden. Erstmals erheben die Kassen den Anspruch, mit Nicht-Kassenärzten, Krankenhäusern, Instituten und sonstigen Einrichtungen direkte Verträge zu schließen, ein Verfahren, das gegenwärtig durch das Kassenarztrecht von 1955 verhindert wird.

Schließlich wird eine Revision des Honorarkomplexes gefordert. Indem die niedergelassenen Ärzte ohne Kontrolle ihre Leistungen für die Patienten bestimmen können, sind sie in der Lage, die Zahlungen der gesetzlichen Krankenversicherung weitgehend zu steuern. Die beiden GKV-Kassen fordern den einheitlichen Maßstab zur Vergütung ärztlicher Leistung bei allen Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung. Statt regionaler Verhandlungen sollen in Zukunft nur Vereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Kassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen getroffen werden.

Mit dieser Denkschrift wird ein erster Versuch unternommen, jenes Primat der Kassenärztlichen Vereinigungen zu beseitigen, das ihnen durch die Zerschlagung der Krankenkassen von den Nationalsozialisten zugeschanzt wurde und das die Standespolitiker zum Schaden der Patienten bis in die Gegenwart hinein erhalten konnten.

●

Arbeitsgruppe Gesundheitswesen, SB Marburg,
AK Stationäre Versorgung:

INFORMATIONEN ZUM KRANKENHAUSFINANZIERUNGSGESETZ (KHG)

'Die Bundesregierung sieht bei der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung als dringlichste Aufgabe für den Bund an, daß das Defizit der Krankenhäuser sobald wie möglich beseitigt werden muß." 1)
So die Bundesregierung im Gesundheitsbericht 1971. Obwohl dieser Satz durch einige sich sozial gebende Beischmückungen etwas abgeschwächt werden soll, so zeigt er doch ganz deutlich die Intention der BR, die bei der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung die maßgebende Rolle gespielt hat: Nicht die Verbesserung der Gesundheitsversorgung steht im Vordergrund, sondern Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit! Reduzierung der Kosten zu Lasten der Versicherten!

Diese Folgerung, die sich schon bei der Ankündigung des KHG abzeichnete, soll nun anhand des verabschiedeten Gesetzes belegt werden. Zunächst die wichtigsten Passagen des KHG, die für den folgenden Beitrag relevant sind:

§ 4,1 Förderungsgrundsätze
Die Krankenhäuser werden nach Maßgabe dieses Gesetzes durch Übernahme von Investitionskosten öffentlich gefördert. Dabei müssen die Förderung nach diesem Gesetz und die Erlöse aus den Pflegesätzen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken, soweit die nachstehenden Bestimmungen dieses Gesetzes nichts anderes vorsehen.

§ 6,1 Krankenhausbedarfsplanung
Die Länder stellen Krankenhausbedarfspläne sowie für den Zeitraum der mehrjährigen Finanzplanung des Bundes auf der Grundlage der Krankenhausbedarfspläne Programme zur Durchführung des Krankenhausbaus und deren Finanzierung auf. In den Programmen ist der voraussichtliche Bedarf an Finanzierungsmitteln für die Errichtung von Krankenhäusern und die Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter anzugeben. Die mehrjährigen Programme sind jährlich der Entwicklung anzupassen...

§ 8,1 Voraussetzung der Förderung
Krankenhäuser werden nach diesem Gesetz nur gefördert, soweit und solange sie in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes (§ 6) aufgenommen sind und wenn die zuständige Landesbehörde ihre Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan und im Falle der Förderung nach § 9 die Aufnahme in das Jahreskrankenhausbauprogramm festgestellt hat. Allgemeine Krankenhäuser mit weniger als 100 planmäßigen Betten werden nach § 9 Abs. 1 und 2 nur gefördert, wenn sie in die Krankenhausbe-

darfsplanung ausdrücklich als zur Versorgung der Bevölkerung auf Dauer erforderlich aufgenommen worden sind...

§ 9,1 Förderung der Errichtung von Krankenhäusern...
Für Krankenhäuser, die nach Inkrafttreten dieses Gesetzes errichtet werden, sind auf Antrag Fördermittel in Höhe der im Zusammenhang mit der Errichtung entstehenden und nachzuweisenden förderungsfähigen Investitionskosten zu bewilligen, wenn die in § 8 Abs. 1 bezeichneten Voraussetzungen und die für die Förderung mit Landesmitteln geltenden Voraussetzungen vorliegen und die gesamte Finanzierung entsprechend den Grundsätzen der Landesförderung gesichert ist. Es sind nur die bei Anwendung der Grundsätze der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit gerechtfertigten Kosten zu berücksichtigen.

§ 10,1 Förderung der Wiederbeschaffung von kurzfristigen Anlagegütern
Für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern, deren Nutzung sich erfahrungsgemäß auf einen Zeitraum von mehr als drei Jahren und bis zu fünfzehn Jahren erstreckt (kurzfristige Anlagegüter), werden auf Antrag Fördermittel als pauschale jährliche Abgeltung in Höhe von 8,33 % der Bemessungsgrundlage nach Satz 2 für jedes Krankenhausplanbett bewilligt. Als Bemessungsgrundlage sind entsprechend dem Jahr der Inbetriebnahme und der Anforderungsstufe die Beiträge der nachstehenden Tabelle zugrunde zu legen...

§ 17,1 Grundsätze für die Pflegesatzregelung
Die Pflegesätze sind für alle Benutzer nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen. Sie müssen auf der Grundlage der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden, leistungsfähigen Krankenhauses und einer Kosten- und Leistungsrechnung eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen und die medizinisch und wirtschaftlich rationelle Versorgung durch die Krankenhäuser sichern.

§ 18,1 Festsetzungsverfahren
Die Pflegesätze werden, soweit sie nicht bereits durch eine auf Grund des § 16 Satz 2 erlassene Verordnung bestimmt sind, von der nach Landesrecht zuständigen Behörde festgesetzt...

§ 19,2 Übergangsregelung für Pflegesätze
Übersteigt der nach Absatz 1 für ein nach diesem Gesetz gefördertes Krankenhaus festgesetzte Pflegesatz den nach dem bisher geltenden Recht maßgebenden Pflegesatz um mehr als 10 %, so sind die übersteigenden Beträge aus Fördermitteln abzugelten; bei der Berechnung bleiben Kostenänderungen außer Betracht, die auch nach dem bisherigen Recht zu berücksichtigen waren. Ab 1.1.1974 ist der in Satz 1 genannte Vomhundertsatz jährlich um weitere 10 % des nach dem bisher geltenden Recht maßgebenden Pflegesatz zu erhöhen und der Abgeltungsbetrag entsprechend zu mindern; seine Zahlung endet spätestens am 31.12.1977.

§ 22,1 Finanzierungsplafond
Der Bund stellt in jedem Haushaltsjahr für Finanzhilfen nach § 21 ein Drittel des Betrages bereit, der in den Ländern nach § 4.2.1, § 8.2, §§ 10,11, 12, Abs. 1,1,§§ 13 und 19 Abs. 2 und 3 aufgewendet wird. Für Aufwendungen nach § 4.2.2 und § 9 stellt der Bund 1972 350 Mio.DM, 1973 360 Mio.DM, 1974 370 Mio.DM und 1975 385 Mio.DM

bereit; in den folgenden Jahren erhöhen sich diese Beträge entsprechend den jährlichen Steigerungsraten der durchschnittlichen Bettenwerte.

§ 29,1 und 2 Verletzung der Geheimhaltungspflicht
Wer ein fremdes Geheimnis, namentlich ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, das ihm in seiner Eigenschaft als Angehöriger oder Beauftragter einer mit Aufgaben auf Grund dieses Gesetzes betrauten Behörde bekanntgeworden ist, unbefugt offenbart, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr und mit Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen bestraft.

Aus einem Tutorium an der Kieler Universität:

ANMERKUNGEN ZUM KHG

Die Misere der Krankenhausversorgung

Im Gesundheitsbericht 1971 der Bundesregierung heißt es:
"Die Krankenhausversorgung unserer Bevölkerung kann trotz großer finanzieller Opfer der Krankenhausträger und erheblicher finanzieller Hilfen durch die öffentliche Hand auf die Dauer nicht mehr als gesichert angesehen werden. Durch ein jährliches Milliardendefizit können schon seit langem notwendige Modernisierungen und Erneuerungen nicht mehr vorgenommen werden. Mehr als ein Drittel der Krankenhäuser sind älter als 50 Jahre, also überaltert. Bei Fortdauer des Defizits drohen Schließungen oder Leistungsabfall von Krankenhäusern." (S. 13)

1971 betrug der Personalfehlbestand: 30 000 Pflegekräfte, 3 000 Ärzte, 6 000 Verwaltungskräfte. Bis heute hat sich diese Situation nur noch verschlimmert.

Obwohl die BRD mit 112 Betten auf 10 000 Einwohner mit an der Spitze der westlichen Länder steht, haben wir eine allgemeine Bettenunterversorgung. Das drückt sich in viel zu langen Wartezeiten aus. Zum Beispiel in der Chirurgie (Kieler Uni) müssen Patienten, die wegen eines Arterienverschlusses in den Beinen im Stadium III - IV (d.h. schon in Ruhestellung starke Schmerzen, die sich bei geringster Muskelarbeit krampfartig steigern; außerdem Nekrossen - Gewebsuntergang - an Zehen oder Fußsohlen) noch ein bis drei Monate warten, bis sie endlich operiert werden können. Für Mandeloperationen bestehen Wartezeiten bis zu einem Jahr.

Trotz staatlicher Preisbindung stiegen die Pflegesätze, die die gesetzlichen Krankenkassen pro Tag und Patient an die Krankenhäuser zahlen, von 1968 39.50 DM auf 96.70 1973, das sind fast 150 % in fünf Jahren (in Berlin).
Ein weiterer Punkt ist die fehlende Planung. Bislang konnte jeder, wo er wollte, ein Krankenhaus bauen. Deswegen gibt es in reichen Vierteln so viele kleine Privatkliniken.
In öffentlichen Krankenhäusern - besonders in Unikliniken - werden häufig aus Prestigegründen teure Apparate gekauft, die dann unnütz

herumstehen, weil keiner damit umgehen kann.

Das alles sind nur einige Beispiele, die von jedem, der schon mal im Krankenhaus als Patient, Besucher oder Praktikant war, beliebig ergänzt werden können.

Die Diskussion um die Reform des Krankenhauswesens

Die Diskussion um die Reform des Krankenhauswesens, die seit mindestens vier Legislaturperioden geführt wird, dreht sich im wesentlichen um die Kosten. Die Absichten der unterschiedlichen beteiligten Interessengruppen werden durchschaubarer, wenn man sich folgenden Hintergrund klarmacht: Alle Kosten, die im Gesundheitsbereich entstehen, sind Reproduktionskosten. Sie werden von dem Lohn bezahlt, den der Arbeiter vom Unternehmer erhält, damit er seine Arbeitskraft wiederherstellen kann. So wie das Bildungswesen gehört das Gesundheitswesen zu dem gesellschaftlichen Bereich, aus dem kein unmittelbarer Profit geschlagen werden kann. Im Gegenteil, je mehr Steuergelder der Staat für diese Bereiche ausgibt, umso weniger bleibt für Investitionsunterstützung der Konzerne. Und je mehr die Werktätigen als Sozialversicherte für die Erhaltung ihrer Arbeitsfähigkeit ausgeben müssen, umso höher werden die Lohnkosten für die Unternehmer. Diese üben also Druck aus auf den Staat, daß er für ein Gesundheitswesen sorgt, in dem die Arbeitskraft so billig wie möglich wiederhergestellt wird. Und das bedeutet: Kosten sparen.

Die Ärzteschaft, die Pharmaindustrie und die Krankenhausträger haben eine sehr starke Lobby in der Regierung, deswegen werden sie von den Sparmaßnahmen am wenigsten oder überhaupt nicht betroffen. Am schwächsten vertreten sind die Sozialversicherten und das Personal an den Krankenhäusern. Sie werden von den Sparmaßnahmen am härtesten betroffen, indem sie mehr bezahlen und mehr arbeiten sollen.

Zu den verschiedenen Interessenvertretern:
Die Krankenhausträger, das sind
1. bei öffentlichen Krankenanstalten
- Staat: Unikliniken, Landeskrankenhäuser
- kommunale Körperschaften
- öffentlich rechtliche Versicherungsträger
- Bundes- und Landesversicherungsanstalten.
2. bei freigemeinnützigen Krankenanstalten
- karitative Verbände, oft auf konfessioneller Grundlage
- das waren 1968 36,5 %
3. private Krankenanstalten
1968 8,6 % = 57 000 Betten.

Die Krankenhausträger fordern den vollkostendeckenden Pflegesatz. Krankenhäuser seien gemeinwirtschaftliche Unternehmen, die eigenwirtschaftlich zu führen seien. Die Kosten sollen von den Benutzern über die Benutzungsgebühren getragen werden. Zuschüsse sollen nur bei der Verfolgung von Sonderzielen- z.B. beim Bau einer Kapelle in konfessionellen Anstalten, Staatshilfen sollen nur gewährt werden, wenn aus Gründen regionaler oder sektorialer Strukturpolitik der Betrieb von Krankenanstalten wünschenswert erscheint, ferner aus

sozialen und konjunkturpolitischen Gründen. Bei einem stärkeren Einsatz von öffentlichen Mitteln befürchten sie eine unzumutbare Reglementierung ihrer Tätigkeit.

Dagegen wehren sich die Sozialleistungs- und -versicherungsträger, also im wesentlichen die Krankenkassen,die den Pflegesatz schließlich bezahlen sollen. Sie sind der Meinung,daß mit dem Pflegesatz die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie für die unmittelbare Behandlung abgedeckt werden soll. Für die Errichtung und den Unterhalt der Krankenhäuser soll die öffentliche Hand zuständig sein. Dieser Auffassung schließt sich die ÖTV an, während die DAG weitergeht und die Einführung eines staatlichen Krankenhauswesens fordert, wobei dann die allgemeinen Pflegekosten nur über Steuern finanziert werden.

Der Deutsche Städtetag, als Vertretung der Kommunen betont die Bedeutung der Krankenhausplanung. Staatliche Hilfen sollen nur Krankenhäusern gewährt werden, die den Forderungen einer modernen Krankenhausversorgung entsprechen und sich auch in die regionale Krankenhausplanung einfügen.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz vom 29.6.1972 ist das Ergebnis dieser Auseinandersetzungen. "Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen." (§ 1)

Die wichtigsten Punkte dieses Gesetzes:
1. Es müssen von den Ländern Krankenhausbedarfspläne aufgestellt werden, die vom Bundesinnenministerium genehmigt werden müssen. Nur solche im Bedarfsplan enthaltenen Krankenhäuser werden gefördert. (§ 6)
2. Es sollen nur Krankenhäuser mit über 100 Betten gefördert werden. (§ 8)
3. Förderung heißt: der Staat übernimmt die Kosten für die Errichtung der Krankenhäuser, die Wiederbeschaffung mittelfristiger Anlagegüter (die 15 - 30 Jahre halten) und die kurzfristigen Anlagegüter, die 3 bis 15 Jahre halten. (§ 4, 9, 10)
4. Bund einerseits und Länder und Gemeinden andererseits teilen sich diese Kosten im Verhältnis 1:2. (§23)
5. Alle übrigen Kosten werden über den Pflegesatz finanziert.

Was bedeuten diese Reformen

1. Die allgemeinen Pflegesätze werden erheblich steigen und folglich die Beiträge zu den Krankenkassen. Diese betragen bisher etwa 10 % des Grundlohnes (RVO § 385 ff). Bis 1977 dürfen sie "nur" maximal um 10 % jährlich steigen.

2. Kleinere Krankenhäuser werden geschlossen. In Schleswig-Holstein sind davon besonders Krankenhäuser in dünn besiedelten ländlichen Gebieten betroffen. Dadurch werden die Entfernungen zum nächsten Krankenhaus immer größer. Das hat bei dem bestehenden mangelhaften Rettungswesen schlimme Folgen für Unfallverletzte. Auch Besuchsmög-

lichkeiten werden dadurch eingeschränkt.
Wenn in Hamburg das Hafenkrankenhaus geschlossen wird, wie es vorgesehen ist, werden viele verunglückte Hafen- und Werftarbeiter auf dem langen Transport durch dichten Verkehr bis nach Altona sterben.

3. Am Personal wird gespart. Schwesternwohnheime und Kindergärten werden nicht über das KHG gefördert, sondern müssen vom Träger eingerichtet werden. Auch für Schwesternschulen ist ein NC eingeführt. Extrawachenstellen werden ersatzlos gestrichen. Offene Planstellen werden nicht besetzt. Das alles sind Maßnahmen, die Geld einsparen auf Kosten der Patienten und des verbleibenden Personals.

4. Ein wichtiges Ziel ist die Verkürzung der Liegezeit. Eine Möglichkeit, das zu erreichen, ist,einfach weniger Betten bereitzustellen. So soll in Schleswig-Holstein der Bettenschlüssel von 55 auf 51 Betten je 10 000 Einwohner gesenkt werden. Daß der Schlüssel bei offiziellen Plänen höher dargestellt wird, liegt daran, daß die psychiatrichen Betten zu den Akutbetten gezählt werden. Eine weitere Möglichkeit ist die Trennung zwischen Akut- und Langliegekliniken. Zur Zeit werden viele Krankenhausbetten von alten und chronisch kranken Menschen belegt, die besser in einem dafür eingerichteten Pflegeheim untergebracht werden. Aber allein in Schleswig-Holstein fehlen 3615 Pflegeheimplätze (bezogen auf den Bedarf 1975). Das sind sehr viele, wenn man bedenkt, daß es 1972 in diesem Land 4655 Pflegeheimplätze gab. Langfristig sollen die bestehenden Privatkliniken in Pflegeheime umgewandelt werden. Das ist aber nur zu vertreten, wenn dafür neue Krankenhausbetten errichtet werden.

Die Bundespflegesatzverordnung

Einfluß auf die innere Struktur im Krankenhaus hat die BPfV, die als Rahmengesetzgebung des Bundes am 1.1.74 in Kraft getreten ist. Sie regelt 1. die Festsetzung der Pflegesätze, 2. das Verhältnis Privatpatient - Kassenpatient und folglich 3. die Stellung des Chefarztes zu den nachgeordneten Ärzten und zum Krankenhausträger - besonders unter finanziellen Gesichtspunkten.

zu 1.: Die Pflegesätze werden auf Landesebene für jedes Krankenhaus einzeln berechnet und festgelegt. Grundlage ist der Nachweis der Selbstkosten, die in dem betreffenden Krankenhaus entstanden sind. Dazu gehören:
- Diagnose, Therapie
- Verpflegung des Patienten
- Personalkosten
- Instandhaltungskosten
- "Kosten für die Wiederbeschaffung von Wirtschaftsgütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer bis zu 3 Jahren" (KHG, § 17)

Daraus wird ein durchschnittlicher Festpreis berechnet, den jeder Patient zu zahlen hat. Die privaten Krankenkassen brauchen also nicht wie bisher einen höheren Pflegesatz zu bezahlen als die gesetzlichen Krankenkassen.

zu 2.: Erklärtes Ziel ist es, die "Klassen im Krankenhaus" aufzuheben. Das heißt nun aber nicht, daß alle Patienten gleich behandelt werden,

sondern daß die Grenzen zwischen den Klassen flexibler werden sollen, damit jedes Individuum seinen Krankenhausaufenthalt seinen persönlichen Wünschen und finanziellen Möglichkeiten anpassen kann. Das kommt nun so zustande: Neben den Leistungen, die durch den allgemeinen Pflegesatz abgedeckt werden, können die Krankenhäuser "gesondert berechenbare Leistungen" (§ 5 und 6) anbieten. Dazu gehört z.B. Ein- und Zweibettzimmer, Telefon und Fernseher am Bett, Behandlung durch den Chefarzt.
Bislang war es so, daß das Liegen im Ein- oder Zweibettzimmer in der Regel mit der Behandlung durch den Chefarzt fest verbunden war. Nun sollen diese beiden Dinge "entkoppelt" werden, und dafür gibt es verschiedene Möglichkeiten:
(1.) die kleine Entkoppelung:
Wer im Ein- oder Zweibettzimmer liegen möchte, braucht die private ärztliche Behandlung nicht mitzukaufen. Das ist in der BPfV vorgeschrieben.
(2.) Große Entkoppelung:
heißt, daß auch Patienten der 3. Pflegeklasse in Mehrbettzimmern sich eine private ärztliche Behandlung kaufen können. Aus psychologischen (es entsteht eine 4. Klasse, die Patienten, die sich weder ein Zweibettzimmer, noch eine private ärztliche Behandlung leisten können) und aus organisatorischen Gründen (verschiedene Ärzte behandeln Patienten in gleichen Zimmern) ist diese große Entkoppelung nicht Vorschrift. Es bleibt den Landesgesetzgebungen bzw. den Krankenhausträgern überlassen, wie sie diese Regelung handhaben wollen.

zu 3.: Diese in § 6 der BPfV abgehandelten "gesondert berechenbaren Leistungen" sind ein besonders heißes Eisen in der Auseinandersetzung zwischen Ärzten und Krankenhausträgern, wobei sowohl die privaten Krankenversicherungen als auch die Länderregierungen kräftig mitmischen.
Die Vorteile dieser Leistungen für die Krankenhäuser, d.h. deren Träger, faßt K. Brandecker, Ministerialrat im Sozialministerium Schleswig-Holstein in einem Schreiben der Privaten Krankenversicherungen vom 21.12.73 sehr treffend zusammen:
"...Abgesehen von der für den Patienten vorteilhaften Regelung haben die Wahlmöglichkeiten für den Krankenhausträger eine große wirtschaftliche Bedeutung. Er kann für die Sonderleistungen im Gegensatz zu den allgemeinen Krankenhausleistungen höhere Entgelte verlangen, als sie durch den tatsächlichen Aufwand gerechtfertigt sind. Dem Krankenhausträger eröffnet sich eine Einnahmequelle, aus der er Bereiche finanzieren kann, die nicht durch das KHG abgedeckt sind. Zu denken ist z.B. an Krankenpflegeschulen, Schwesternwohnheime und weitere soziale Leistungen für das Personal, um es an das Krankenhaus zu binden.

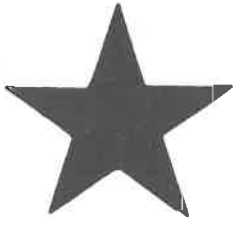
Schließlich ist das Recht des Patienten zu betonen, einen Arzt seines Vertrauens zu wählen. Daraus ergeben sich auch für das Krankenhaus Vorteile, wie z.B. Konkurrenzfähigkeit, Gewinnung qualifizierter Ärzte, leistungsbezogene Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter an den Honorarerlösen und damit Sicherstellung eines bestimmten Einkommensniveaus der angestellten Ärzte usw."
Einsichtig ist auch die Meinung der privaten Krankenkassen, daß alle Patienten freie Wahl haben sollen (große Entkoppelung), denn dann werden viele private Zusatzversicherungen abschließen.

Die Krankenhausträger sehen das nun so: Wenn aufgrund von Landesgesetzgebungen (Hessen) Chefärzte ein sehr hohes Gehalt beziehen und nicht mehr zur privaten Liquidation berechtigt sind, wenn aber andererseits eine Reihe Patienten die private Behandlung durch den Chefarzt wünscht, daß dann der Krankenhausträger das Geld für eben diese private Behandlung einsteckt.

Dagegen wehren sich die ärztlichen Standesvertretungen, die Bundesärztekammer (BAK) und der Marburger Bund (MB). Sie ließen u.a. ein Rechtsgutachten erstellen, aus dem hervorgeht, daß der Krankenhausträger nicht berechtigt ist, für private ärztliche Leistungen zu liquidieren. Außerdem darf auf keinen Fall der Besitzstand der Ärzte in irgend einer Weise angegriffen werden. In § 6, letzter Satz ist abgesichert, daß alle Chefarztverträge, die vor dem 1.7.72 abgeschlossen wurden, von dem Gesetz nicht berührt werden. Nach den Rechtsgutachten soll das bis zum 1.1.74 gelten. Am liebsten würden es die Standesvertreter sehen, wenn sich die angestellten Ärzte im Krankenhaus so organisierten, wie es zur Zeit die niedergelassenen Ärzte sind. D.h. sie wollen als eigenständige Organisation (wie die Kassenärztliche Vereinigung) die Verhandlungen mit den Krankenkassen führen und ihre Leistungen per Krankenschein berechnen. Selbstverständlich sind sie für die große Entkoppelung, denn umso mehr kann privat behandelt und liquidiert werden.

Westberliner Buchladen Kollektive (WBK)

keine privaten profite



Buchladenkollektiv GmbH
1 Westberlin 12
Sevignyplatz 5
tel. (0311) 313 99 83

Commune GmbH
1 Westberlin 45
Unter den Eichen 84c
tel. (0311) 832 83 15

Das Politische Buch
1 Westberlin 15
Lietzenburger Str. 99
tel. (0311) 883 25 53

unterstützung des antiimperialistischen kampfes

Einleitungsreferat
eines Genossen der sozialistischen Mediziner-Gruppe Mainz
zur Tagung des Arbeitsfeldes Gesundheitswesen in Marburg:

ZUR DISKUSSION DES KRANKENHAUSES IM GESAMTGESUNDHEITSSYSTEM UND DER GEGENWÄRTIGEN REFORMIERUNGSBEWEGUNGEN AM KRANKENHAUS

VORBEMERKUNG

Um im Folgenden nicht an irgendwelchen Buchautoren kleben zu bleiben und nicht bei einer bloßen Zusammenfassung bzw. Nacherzählung des Gelesenen stehen zu bleiben, habe ich zuallererst versucht, eine dem Diskussionsgegenstand entsprechende Gliederung und Systematisierung vorzunehmen. Das dient m.E. einmal der Selbständigkeit unserer Arbeit und zum anderen einer zügigen und wesentlichen Erfassung der Zusammenhänge. So können auch Einzelartikel, die sich mit nur einem Teilaspekt beschäftigen, von uns sinnvoll in den Zusammenhang des Ganzen eingegliedert werden. Im Folgenden habe ich mich an diese Gliederung gehalten:

1.) Beweggründe für die vom Staat verordneten Krankenhaus-Reformen:
   - explosive Kostensteigerungen und ihre Gründe:
   - begrenzte volkswirtschaftliche Belastbarkeit;
   - politische Integration von sozialen Bewegungen;

2.) Darstellung der Krankenhaus-Reformen:
   - Vergleich verschiedener Ländergesetze (Hessen; Reinland-Pfalz)

3.) Kritische Beurteilung - Sozialer Fortschritt oder Alter Wein in neuen Schläuchen?
   - Zementierung der Freiheit der Standesinteressen; - oder -
   - Abbau der Autonomie zugunsten der Staatsraison;
   - Wer sind die Dummen?

4.) Reaktionen und Aktionen der verschiedenen Interessenverbände:
   - Marburger-Bund, Hartmann-Bund, Verband leitender Krankenhausärzte,
   - Unternehmer-Verbände,
   - DGB,

5.) Weitergehende Reformvorstellungen - systemimmanente oder systemsprengende Alternativen für das Krankenhaus:
   - das Konzept vom "Klassenlosen Krankenhaus";
   - Modell: Herdecke;

(Die Literatur-Quellen für Zitate werden am Ende aufgeführt!)

1.) BEWEGGRÜNDE FÜR DIE VOM STAAT VERORDNETEN KRANKENHAUS-REFORMEN

a) Zunächst zu dem allgemeinen, den Staat bestimmenden Zusammenhang, der sich in den Verordnungen allgegenwärtig durchsetzt: "M. Regus hat "Das Krankenhaus im gesellschaftlichen Widerspruch" in einer sehr

differenzierten Analyse dargestellt und nachgewiesen, daß die aus dem umverteilten Mehrwert (Sozialabgaben, Steuermittel) finanzierte Behandlung von Kassenpatienten und die Entlohnung des ständig teuerer werdenden medizinischen Personals einerseits "dem Prinzip der Profitmaximierung bzw. Kapitalakkumulation in der Produktionssphäre entgegenwirken, daß aber andererseits die Erhaltung und Reproduktion der knappen Arbeitskraft selbst eine Bedingung für die profitable Kapitalverwertung, die Erzielung von Mehrwert darstellt. So kommt es zu einem im Rahmen der Profitwirtschaft nicht zu überwindenden Widerspruch" zwischen angestrebter Minimierung der Kosten und unverzichtbarer Optimierung der Funktion des Krankenhauses." (1) s.S. 188

Hans Martin Schleyer drückt diesen Zusammenhang in seiner ihm diktierten Sprache und Zweifellosigkeit so aus: "Meine Damen und Herren, im Thema meines Vortrages heißt es "Sozialpolitik in der Bewährung". Obwohl ich auf die Sozialpolitik im engeren Sinne noch nicht eingegangen bin, glaube ich dennoch, dem Thema entsprochen zu haben. Sozialpolitik ist eben nicht ein isoliertes, für sich bestehendes Feld, säuberlich abgegrenzt von der Wettbewerbspolitik zum Beispiel, von der Wirtschafts- oder Steuerpolitik. All dies sind integrale Bestandteile unserer freiheitlichen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung, zu deren wesentlichen Grundlagen die Soziale Marktwirtschaft gehört. Sie ist der Boden, auf dem die Erfolge unserer Sozialpolitik wachsen, und die Frage nach den Früchten verliert an Gewicht, wenn der Boden fortgeschwemmt zu werden droht." (2) s.S. 12 (Präsident der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände)

Zur gleichen Überzeugung wie der "Praktiker" kommt auch der "Wissenschaftler", Rene L. Frey, wenn er den zentralen Zusammenhang von staatlicher Tätigkeit und "Sozialer Marktwirtschaft" zugibt: "Eine Forcierung von Infrastruktur-Konsumptivinvestitionen (vor allem Ausbildung und Gesundheit) zu Lasten der Produktivinvestitionen ziehen zudem hohe laufende Kosten nach sich (binden also Budgetmittel auf längere Zeit), wenn sie dauernd in Betrieb gehalten werden wollen." (3) s.S. 37

Auch in der marxistischen Diskussion ist dieses Problem zentraler Aspekt: "..., daß sich diese Staatstätigkeit (Sozialpolitik, Infrastrukturpolitik) zunächst als negative Schranke den einzelnen Kapitalen und ihrem Verwertungsdrang darstellt und sich die Ausdehnung dieser staatlichen Aktivitäten in der Regel mit einer zunehmenden unproduktiven Absorption von Arbeitskraft und Produktionsmitteln verbunden ist, die sich gleichzeitig als Beschränkung für die Akkumulation des Kapitals auswirkt." (4) s.S. 61

Daß sich aus diesem grundlegenden Widerspruch auch soziale Gegensätze in der Gesellschaft ableiten, welche im politischen Kampf miteinander stehen, wird schon fast sarkastisch zugegeben: "Obwohl es die Wirtschaftstheoretiker seit mindestens fünfzig Jahren wissen (siehe z.B. A.C. Pigon, The Economics of Welfare, 1920), daß die privatwirtschaftliche Nutzenmaximierung nur ausnahmsweise mit der Maximierung des gesellschaftlichen Wohlstandes zusammenfällt, beruht unsere Technostruktur überwiegend auf dieser Prämisse." (5) s.S. 14

b) Vor welches konkrete Problem sieht sich heute der Staat im Gesundheitssystem und besonders im Krankenhaus gestellt?

Wenn man die Diskussion um die Reform des Gesundheitssystems und des Krankenhauses verfolgt - ob es sich um die Verkürzung der Verweildauer, die Forderung nach wirtschaftlicher Krankenhausführung, die Einführung von EDV-Anlagen, um die Modifizierung der Krankenhaus-Finanzierungs-Technik (KHG), etc, handelt - zugrunde liegt immer dasselbe Problem: die enorm gestiegenen Kosten oder was dasselbe ist: die niedrige Leistungseffizienz.

Daß dieses Problem - die Verbesserung der Kosten-Effizienz-Bilanz im Gesundheitswesen - die Entwicklungstendenzen in diesem Systembereich wesentlich bestimmt, soll in dem Artikel von Volker Volkholz (6) s.S. 41, aufgezeigt werden. "Die bislang vorherrschende finanz- und ordnungspolitische Diskussion ist um den Gesichtspunkt der Leistungssteigerung des ärztlichen und pflegerischen Arbeitsprozesses ergänzt worden. Im Unterschied etwa zu den vorausgegangenen Auseinandersetzungen um das Problem unzureichender Kostendeckung, das innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch Beitragserhöhungen der Sozialversicherten zu lösen versucht wurde, oder um eine Entlastung der Einrichtungen des Gesundheitssystems durch veränderte Verhaltensweisen ihrer Nutzer (z.B. durch Prämien, Bußgeld, Selbstbeteiligung), wird nunmehr ansatzweise die ärztliche und pflegerische Arbeitsproduktivität selbst mitdiskutiert und ihrer bisher selbstverständlichen unbefragten Existenz entkleidet. Insgesamt beginnt die Ökonomisierung des Gesundheitssytems Erfolge zu erringen.

Mit den verstärkten Rationalisierungsanstrengungen gehen direktere Einflußnahmen des Staates sowie vor allem privater Kapitale einher. Die gleichzeitige Steigerung von privatwirtschaftlicher Initiative und die Verwendung von industrie-analogen Rationalisierungsverfahren im Krankenhaus durch staatlichen Einfluß können als wichtigstes zusammenfassendes Kennzeichen der sich allmählich verändernden Situation gelten. Bisher entsprach die Wirtschaftsführung in den Krankenhäusern wie die Organisationsform der Einzelpraxis eigentlich eher vorindustriellen Produktionsweisen, das Gesundheitssystem wurde über rechtliche Normen bislang gewissermaßen vor der Industriealisierung geschützt." (6) s.S. 45

"In Umkehrung der gängigen Fragestellung ist von daher eigentlich nicht zu begründen, warum heute veränderte Formen der Arbeitsorganisation nötig, sondern eher, warum diese solange unterblieben sind." (6) s.S. 67

"Die stärksten Impulse für die notwendige Steigerung der Arbeitsproduktivität im Gesundheitswesen gehen freilich von den volks- und betriebswirtschaftlichen Folgen von Krankheit aus. Bei der Betrachtung der Kostenentwicklung ist hierbei sinnvollerweise zwischen den Kosten, die zur stationären, ambulanten und präventiven Behandlung aufzubringen sind und den Folgekosten zu unterscheiden. Zu letzteren sind zusätzlich zu den genannten noch die Lohn- und Gehaltsfortzahlungen und Renten infolge vorzeitiger Arbeitsunfähigkeit sowie die volks- und betriebswirtschaftlichen Verluste durch verlorene Arbeitstage und -jahre hinzuzufügen. Auf diesem Sachverhalt beruhen wesentlich die verstärkten Anstrengungen präventiver Versorgung, die davon

ausgehen, daß durch unmittelbare Kostensteigerungen die beiden zuletzt genannten Kostengruppen überproportional gesenkt werden können." (6) s.S. 69

Alle Überlegungen zur Rationalisierbarkeit von Dienstleistungen und zur Steigerung der Leistungsfähigkeit (= relative Kostensenkung) der Krankenhäuser haben zur Voraussetzung, daß der gesamte ärztliche und pflegerische Arbeitsprozeß, wie er arbeitsteilig in den verschiedenen Strukturen und Institutionen verteilt ist, zur Diskussion gestellt wird. Steigerung der Arbeitsproduktivität ist aber nur möglich über die Anwendung industrieller Produktionsverfahren - Einführung von Maschinerie und von industriellen Leistungs- und Arbeitsplatzbewertungsmethoden. Die Einführung neuer Maschinerie wird akzeptiert!

"Vielfach verborgen bleibt, daß die geforderte Steigerung der Arbeitsproduktivität notwendig verbunden ist mit einer Reorganisierung von medizinisch-pflegerischer Arbeitsteilung und Kooperation, die die bisherigen Krankenhausstrukturen stark berühren." (7) s.S. 164

Hier wird zum Schluß auf die nicht übersehbare Tatsache hingedeutet, daß sich die "allgemeine Tendenz" der Ökonomisierung des Gesundheitssystems und seines Krankenhauses in einem gesellschaftspolitisch, von mannigfaltigen Partikularinteressen überladenen Raum durchzusetzen versucht! Von einer Aufhebung dieser Interessen kann nicht die Rede sein, und trotzdem ist eine teils freiwillige (präventive) teils erzwungene Anpassung an diese vom Staat vorgetragene Tendenz zu erkennen. Beinhaltet diese historische Tendenz sicherlich eine Kritik an den Institutionen und der inneren Struktur des Gesundheitswesens, so wird sie aber doch gerade dort (vorerst) erfolgreich aufgefangen. Die politische Empfindsamkeit der möglicherweise Betroffenen ist groß und deren Interessenorganisationen sind relativ stark. Geschossen wird mit starkem Geschütz : "Propagandahetze, Reformgeschrei, Demagogenrezepte" (8) - oder, "Ein Gespenst geht um unter den frei praktizierenden Ärzten, das Gespenst der Sozialisierung," so die Frankfurter Allgemeine Zeitung. (9)

Die Durchsetzungsfähigkeit dieser Tendenz der Ökonomisierung der Kosten im Gesundheitsbereich ist fast direkt abhängig von der Organisiertheit der einzelnen Partikular-Interessen.
Über die besondere Lage des Krankenhauses kann man in diesem Zusammenhang folgendes festhalten: "In der BRD ist das Krankenhaus der gesetzlichen Krankenversicherung angeschlossen. Durch dieses System werden Aufkommen und Leistungen für die Gesundheit der hieran beteiligten Gruppen geregelt. Dabei befindet sich das Krankenhaus in Finanz-Konkurrenz zur pharmazeutischen Industrie und den freien Ärzten, mit denen die gesamten geldlichen Aufkommen geteilt werden müssen. Diese Konkurrenzsituation bezieht sich nicht nur auf die Einkommen und die Aufteilung der Gelder, sondern auch auf die Leistungskompetenz. Bekanntlich haben die freien Ärzte vor einigen Jahren durchgesetzt, daß Krankenhäuser normalerweise keine Ambulatorien führen dürfen, was einfach ein Verlust an Einnahmen für die Krankenhäuser bedeutet. Die geringe Durchsetzungsfähigkeit der Krankenhäuser, die sich in den entsprechend geringen Einnahmen niederschlägt, wird durch das bestehende System der Krankenhaus-Träger verschärft. Als Kran-

kenhausträger fungieren: Kommunen, das Land, sodann Kirchen, bzw. Wohlfahrtsverbände, andere gemeinnützige und private Einrichtungen; entsprechend unterschiedlich sind die Interessen, was nur zu einer allseitigen Schwächung der Interessenvertretungen führt." (7) s.S. 165

Aber auch innerhalb des Krankenhauses selbst läßt sich wiederum das "schwächste Glied in der Kette" angeben: "Erfahrungsgemäß sind notwendige Veränderungen am leichtesten zuerst auf hierarchisch unteren Ebenen durchsetzen. Derzeit gewinnen Untersuchungen der qualitativen Leerkosten, also der Ausführung von Tätigkeiten durch überqualifiziertes Personal, zunehmend an praktischer Bedeutung. ... Auf höheren Stufen der Hierarchie wird die Einführung industrieller Arbeits- und Leistungsmethoden zunehmend schwieriger, entsprechend der Tatsache, daß hier wesentlich durchsetzungsfähigere, überlieferte Interessen beteiligt sind." (7) s.S. 164

Soweit ist der große Rahmen der Beweggründe bzw. Hemmgründe der Reformbewegungen im Gesundheitssystem deutlich geworden, als ein wirklich nicht "wertneutrales" Konfliktfeld gesellschaftlicher Interessen, wobei m.E. die alle umfassende und im einzelnen bestimmende Frontstellung transparent geworden ist: nämlich gegen die durch-und-durch logische Tendenz der Unterwerfung aller gesellschaftlichen Teilsysteme unter die Rationalität der kapitalistischen Produktionsweise!

In diesem Sinne ist auch das F a z i t aufzufassen, das Volker Volkholz zieht: "Die Durchführung (der Rationalisierung von Dienstleistungen im Gesundheitssektor) im großen Stil setzt jedoch die Freigabe der Diskussion um die gegenwärtigen institutionellen Strukturen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung voraus. Diese wiederum erscheint als unmöglich. Und das nicht nur wegen des Widerstandes der ärztlichen Interessenverbände. Mitbetroffen sind zahlreiche andere Interessengruppierungen wie die kirchlichen und nicht-konfessionellen Sozial- und Wohlfahrtsverbände, die Kommunen, die Privatversicherungen etc. Sie alle haben sich, wenn auch unterschiedlich in Erfolg und Interessenlage, mit dem institutionellen Status-quo arrangiert. In ihrer gegenwärtigen Kampagne agieren die Ärzte nicht nur in eigener Angelegenheit, sondern auch stellvertretend für andere Gruppen. Allenthalben gesucht wird der Kompromiß zwischen notwendigen und möglichen Rationalisierungen im Gesundheitssystem, ... Da keine Chance besteht, sich auf eine Strukturreform zu einigen, wird an verschiedenen Stellen gleichzeitig unkoordiniert und bruchstückhaft angesetzt...
Treffen die hier angestellten Überlegungen zu, so ist das eingangs in dieser Studie zitierte Gespenst der Sozialisierung tatsächlich ein Gespenst. Es könnte sein, daß die attackierten Gegner gar nicht so sehr bei den Gewerkschaften und den versprengten Linksintellektuellen zu suchen sind, sondern daß es sich bei der gegenwärtigen Auseinandersetzung in und um das Gesundheitssystem um einen Streit im i n d u s t r i e l l e n und m i t t e l s t ä n d i s c h e n Lager selbst handelt." (6) s.S. 78

Ob allerdings mit diesen bisher dargestellten Zusammenhängen auch das noch zu besprechende "Krankenhausreform-Gesetz" ausreichend auf seinem Hintergrund betrachtet ist, kann nur die konkrete einzelne Diskussion des Gesetzes selbst, seiner real-bewirkten Veränderungen und seiner bewegten Entstehung, sachgerecht herausarbeiten.

Münchner Krankenhaus-Reform (seit 1.1.1971 in Kraft):	
Poolsystem:	Beteiligung der sog. nachgeordneten Ärzte an den chefärztlichen Privateinnahmen nach einem festgelegten Verteilungsschlüssel. Seit 1.7.1972 ist eine neue Verteilungstabelle in Kraft: erst ab 150 000 DM Privateinnahmen im Jahr (zuvor lag die Schwelle bei 100 000 DM) ist eine Abgabe von 50 % an den Honorar-Pool verlangt; außerdem Herabsetzung der Abgabepflichtuntergrenze auf 3 000 DM (zuvor 25 000 DM) mit einer Abgabebelastung von 1 %. Ergebnis unter dem Strich: Besserstellung der Leitenden Ärzte, da die Quote der Zuwendungen an die nachgeordneten Ärzte nur noch 80 % (zuvor 85 %) beträgt, von den zur Abgabe kommenden Honorargeldern. Verwaltung des Liquidations-Pools durch eine eigens dazu gegründete Gesellschaft bürgerlichen Rechts, in jedem Krankenhaus. Ihr gehören an: die am Pool beteiligten Chefärzte, leitende Ärzte, ein gewählter zuwendungsberechtigter nachgeordneter Arzt aus jeder Abteilung und ein Vertreter der Stadt München. Schiedsgericht für Streitfälle, dem u.a. angehören: Richter des Oberlandesgerichtes München, zwei Vertreter der Stadt, zwei Ärzte von der Bayerischen Landes-Ärzte-Kammer benannt.
Pflegeklassen:	Die klassische separate Privatstation ist in die Allgemeinstation integriert. Nach wie vor gibt es reservierte Ein- und Zweibettzimmer für Privatpatienten. Einführung einer einheitlichen, verbesserten Verpflegung für alle Patienten und die Gleichstellung von Privat- und Kassenpatienten in der Busuchszeiten-Regelung.
Organisationsstruktur:	Krankenhauskonferenz: oberstes Gremium der Leitungstätigkeit. Gehören an: kraft Amtes 1. der Ärztliche Direktor, 2. der Verwaltungsleiter, 3. die Zentrumsleiter, 4. leitende Pflegekräfte entsprechend der Zahl der Fächer, 5. der Personalrats-Vorsitzende, 6. ein weiterer Mitarbeiter der Verwaltung, und gewählt: 1. ein Oberarzt als Vertreter der nachgeordneten Ärzte 2. ein Assistenzarzt als Vertreter der nachgeordneten Ärzte, 3. ein Vertreter des nachgeordneten Pflegepersonals, 4. ein Vertreter des ärztlichen Hilfspersonals. Also: die Gewählten sind in der absoluten Minderheit; die Gewählten repräsentieren nicht entsprechend die Stärke der vertretenen Gruppen; das Personal aus Bewirtschaftung und Technik ist ausgeschlossen; keine paritätische Mitbestimmung;

Das hessiche Krankenhaus-Gesetz (vom 4. April 1973):	
Poolsystem:	Ärztliche (nicht die nichtärztlichen) Mitarbeiter sollen an den Einnahmen der zur "Privaten Liquidation" berechtigten Ärzte "angemessen" beteiligt werden. (§ 16) Dem Krankenhausträger steht ein pauschales, kostendeckendes Nutzungsgeld zu (§ 17). Entkoppelung des ärztlichen Liquidationsrechts von der Art der Unterbringung, d.h. die Beanspruchung von Sonderleistungen (Einzelzimmer) ist nicht von dem Abschluß eines gesonderten chefärztlichen Behandlungevertrages abhängig zu machen. (§ 11, 3) Abgabemodus: jährliche Nebeneinkünfte bis 50 000 DM sind mit 10 %, bis 250 000 DM sind mit 25 %, über 250 000 DM sind mit 40 % in den Pool abzuführen. Die Leistungserbringung durch einen Vertreter ist entsprechend diesem zu vergüten. Ein Ausschuß entscheidet über die Verteilung. Ein Schiedsausschuß entscheidet in Konfliktfällen und setzt sich zusammen aus je einem Vertreter der Chefärzte, Oberärzte, Assistenzärzte, des Krankenhausträgers und der Bezirksärztekammer. Der definierte Anspruch auf finanzielle Zuwendungen der leitenden Ärzte an ihre Mitarbeiter ergibt sich nur aus dem Vertrag zwischen KH-Träger und Chefarzt und ist gesetzlich noch nicht verankert.
Pflegeklassen, Station:	Integration der Privatbetten in die Allgemeinstation (%18) Besuchszeiten und Verpflegung sind für alle Patienten gleich (%10). Gruppenpflegesystem mit einer Zuständigkeit für 15-18 Betten. Zimmer sollen in der Regel nicht mehr als drei Betten haben und mit einer Naßstelle ausgerüstet sein. Abteilungen sollen die Größe von 100-120 Betten nicht überschreiten. (%16)
Organisationsstruktur:	Keine gesetzliche Regelung für eine kollegiale demokratische Krankenhausleitung. Die Bestimmung der Leitung erfolgt intern in jeder Hessenklinik selbst. Als Beispiel das Dreieich-Krankenhaus in Langen: Krankenhausleitung: obliegt die Betriebsführung im Auftrag des Kreisausschusses, dem sie untersteht. angehören: der leitende ärztliche Direktor (aus dem Kreis der Chefärzte für 2 Jahre gewählt), die leitende Oberin und der Verwaltungsleiter (beide letzteren sind nicht gewählt). Beschlüsse können nur einstimmig gefaßt werden; anderenfalls ist die Entscheidung des Kreisausschusses einzuholen. Zugang zu den Sitzungen der KH-Leitung für andere Bedienstete, wenn es um sie betreffende Probleme geht, allerdings ohne Stimmrecht. Eine freie Zugängigkeit zu den Sitzungen ist nicht vorgesehen ebenso nicht die Pflicht zur Veröffentlichung der Tagesordnung. Krankenhauskonferenz: neben der KH-Leitung. Hat nur

	beratende Funktion; angehören: ärztliche Direktor, Oberin, Chefärzte der Kliniken, Institute und Abteilungen, der Krankenhausapotheker und u.U. (!) der Personalratsvorsitzende; das Personal aus Bewirtschaftung und Technik ist nicht repräsentiert; (10) s.S. 178 ff

Krankenhausreform-Gesetz von Rheinland-Pfalz (vom 29. Juni 1973):	
Poolsystem:	Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter an den Liquidationserlösen der Fachabteilungsleiter. Der Abgabemodus ist gesetzlich geregelt (!) (als erstes Bundesland); Abgabenregelung: nach Abzug eines Freibetrages in Höhe des jeweiligen Bruttojahresgehaltes und der Kosten, die dem Krankenhausträger für die Inanspruchnahme von Personal und Materialien erstattet werden, müssen zwischen 5 % und 50 % des verbleibenden Einkommens aus der Nebentätigkeit in den Pool abgeführt werden. Verteilung: obliegt dem Ärztlichen Vorstand; er hat dabei Leistung, Verantwortung, Facharzteigenschaft und Erfahrung der ärztlichen Mitarbeiter angemessen zu berücksichtigen; Schiedsstelle: von der Landesärztekammer eingesetzt; Sonderregelung für Uni-Kliniken: die Landesregierung bestimmt durch Rechtsverordnung ein Gremium, das über die Verteilung der abzuführenden Beträge beschließt; außerdem kann sie hierin abweichende Bestimmungen treffen für die Abgaberegelung von Privateinkommen, wie sie in § 20 und § 21 des Gesetzes geregelt sind.
Pflegeklassen, Station:	Integration der Privatbetten in die Allgemeinstation; Besuchszeiten und Verpflegung sind für Kassen- wie für Privatpatienten einheitlich; Entkoppelung: die Wahl eines liquidationsberechtigten Arztes geschieht nur auf der Grundlage eines gesonderten Behandlungsvertrages. Dieser ist nicht mit einer gesonderten Unterbringung verbunden, sondern kann unabhängig davon gewählt werden. Patientenfürsprecher: wird im Einvernehmen mit dem Krankenhausträger von dem jeweils zuständigen Kreistag oder Stadtrat gewählt. Berichtet der Krankenhauskonferenz und vertritt Anliegen der Patienten gegenüber dem Krankenhaus;
Organisationsstruktur:	Direktorium: gehören an: der Ärztliche Direktor, der Verwaltungsdirektor und die leitende Pflegekraft. (§ 8) Ihm obliegt die Betriebsführung, im Auftrage des Krankenhausträgers. Den Direktoren sind auch Entscheidungen zur jeweils selbständigen Erledigung übertragen. Beschlüsse nur durch Einstimmigkeit, ansonsten Entscheidung durch den Krankenhausträger. Die drei Direktoren werden nicht gewählt, sondern vom Krankenhausträger bestellt. Ärztlicher Vorstand: (§12) gehören an: alle Fachabteilungsleiter, eine gleich große Zahl gewählter Vertreter der ärztlichen Mitarbeiter. Den Vorsitz führt der Ärzt-

	liche Direktor, der nur bei Stimmengleichheit entscheidet. Aufgabe: ist die Entscheidung über die Verteilung des Pools; ferner Sicherung der Zusammenarbeit des ärztlichen Dienstes zwischen den Fachabteilungen. Krankenhaus-Konferenz: (§13) auf die Dauer von 4 Jahren gewählt; gehören an: je 1 Vertreter aus jeder Gruppe der im Krankenhaus Tätigen, eingeschlossen das technische, wirtschaftliche, verwalterische und seelsorgerische Personal; außerdem die 3 Direktoren kraft Amtes und der Personalrats-Vorsitzende. hat rein beratende Funktion, ihre Stellungnahme ist bei Entscheidungen des Krankenhausträgers und seines Direktoriums einzuholen. (11) s.S. 17 ff

Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke/Ruhr:	
Poolsystem:	Kein Poolsystem (!): denn die noch vorhandene Privat-Liquidation wird an den Krankenhausträger abgeführt. Eine Gewinnausschüttung findet nicht statt, da der KH-Träger ein gemeinnütziger Verein ist. Finanzielle Gleichstellung aller Ärzte durch feste Gehälter, die nach Alter, Kinderzahl etc. schwanken.
Organisation:	Keine (!) Chefärzte, keine Oberschwester; Krankenhausleitung: gehören an: insges. 13 Personen, davon 3 Krankenschwestern, 2 (!) Ärzte, 1 Vertreter der Apotheke und Forschung, 1 Vertreter für Labor und Diagnostik, 1 Vertreter der physikalischen Therapie, 1 Vertreter der künstlerischen Therapie, 2 Vertreter der Verwaltung, die alle von den jeweiligen Berufsgruppen gewählt werden. Außerdem je ein Vertreter des Vertrauenskreises und des Gemeinnützigen Trägervereins. Die Krankenhausleitung hat die Aufgabe eines zentralen Informations- und Entscheidungsorgans, sie trifft die technischen, verwaltungstechnischen und finanziellen Entscheidungen. Für den rein ärztlichen bzw. pflegerischen Bereich ist sie nicht zuständig; Krankenhausverwalter: ist Mitglied der Krankenhausleitung und deren ausführendes Organ; Vertrauenskreis: aus fünf Personen, die in geheimer Wahl von der gesamten Krankenhaus-Belegschaft gewählt werden; sie haben etwa die Funktion eines Betriebsrates und vertreten die rechtlichen Interessen der Belegschaftsmitglieder; durch einen Delegierten in der Krankenhausleitung vertreten; Träger: ist der "Gemeinnützige Verein zur Entwicklung von Gemeinschaftskrankenhäusern e.V."; Mitglied kann jeder Angestellte des Krankenhauses werden. Der Verein wählt sich einen Vorstand, aus dessen Reihe ein Vertreter in der Krankenhausleitung ist. Der Träger fällt alle wirtschaftlichen Grundsatzentscheidungen (Investitionen etc.) und stellt das Personal ein.

Pflege-klassen, Station:	Ärztekollegium: in diesem hat jeder Arzt eine selbständige Rolle und Aufgabenstellung. Bevormundung durch andere Ärzte ist nicht möglich; jeder kontrolliert jeden, ohne ihn beherrschen zu können. Nur in der Ausbildung befindliche Medizinalassistenten sind weisungsgebunden. Schwesternkollegium: wird grundsätzlich gleich bezahlt; Statt der Stationsschwester übernehmen "in wechselndem Turnus" die einzelnen Schwestern abgegrenzte Funktionsaufgaben auf ihrer Station. "Sie sind für ihren jeweiligen Funktionsbereich voll verantwortlich und weisungsberechtigt." Keine Oberin! Diese wird ersetzt durch den Schwesterninitiativkreis: jede Station wählt eine Schwester und deren Vertreterin in diesen Kreis. Dieser übt die Funktion einer Oberin aus. Er bearbeitet Probleme wie Dienstplangestaltung, Urlaubsregelung, Fortbildung, Pflegestil, etc. Er tritt einmal wöchentlich in Aktion und trifft Entscheidungen; drei Schwestern aus dem Initiativkreis werden in die Krankenhausleitung delegiert. Integration der Privatbetten in die Allgemeinstation. Der sog. Komfortpatient kann sich gegenüber dem Normalpatient gegen Aufpreis ein Einzelzimmer und einen besseren Service kaufen. Besuchszeit ist für alle Patienten gleich geregelt; sie können jederzeit Besucher empfangen; keine Beschränkung der Besuchszeit auf einzelne Tage oder Stunden. (12) s.S. 27 ff

3.) KRITISCHE BEURTEILUNG DER KRANKENHAUS-REFORMEN SOZIALER FORTSCHRITT - ODER ALTER WEIN IN NEUEN SCHLÄUCHEN

Fragestellung:

a) Um an Punkt 1.) anzuknüpfen: Lassen sich die erfassbaren und augenfälligen Entwicklungen am Krankenhaus in die allgemeinen Zusammenhänge der Ökonomisierung des Gesundheitssystems einordnen? Oder - sind die realen Veränderungen, die u.a. durch die Krankenhaus-Reformgesetze bewirkt worden sind, nicht bzw. nur teilweise auf diesem wirtschaftspolitischen Hintergrund zu verstehen und zu erklären?
b) Wie beurteilen wir, vom sozialistischen Standpunkt aus, diese staatliche Reformbewegung? Oder - was ist daran zu begrüßen, was ist daran nur unter Vorbehalten zu akzeptieren, und was ist daran zu verurteilen und zu bekämpfen?

zu a)
Um dieser Frage einigermaßen nahezukommen, wollen wir uns im Folgenden nur (!) mit den tatsächlichen Veränderungen beschäftigen, die sich innerhalb des Produktionsprozesses des Krankenhauses - sei es subjektiv oder objektiv - vollzogen haben.
Die Wirkungen, die die "Reformschwelgerei" auf das allgemeine (wahl-) politische Bewußtsein der Bevölkerung gehabt haben, sollen hier nicht besprochen werden. Außer Zweifel steht allerdings, daß diese Wirkungen auf die Anschauung dieser Gesellschaft (Wohlfahrts-, Sozialstaat, Demokratie, etc.) wiederum einen (vermittelten) realen Ein-

fluß auf Ablauf und Störanfälligkeit des Produktions- und Arbeitsprozesses des Krankenhauses haben - aber nicht nur des Krankenhauses! Es soll im Folgenden nur um die spezifischen, durch das Gesetz bedingten, Resultate am Krankenhaus gehen. Wirken diese Resultate auf eine "Ökonomisierung" hin?

Als erstes Resultat läßt sich feststellen, daß durch die größere Überschaubarkeit der neuen kleineren Fachabteilungen, ihrer Arbeitsstruktur und Arbeitsverteilung, eine effektivere Personalpolitik (Kontrolle, Aufsicht, Kompetenzverteilung, Auslastung entsprechend dem Qualifikationsniveau, etc.) erreicht wird. Die jeweiligen Fachabteilungsleiter fungieren somit als zunehmend "arbeitsnahe" und damit "betriebserfahrene" und "sachdirektere" Multiplikatoren des Rationalisierungsprinzips. Eine verstärkte (Um-)polung des politischen und beruflichen Ehrgeizes der "leitenden Funktionsträger" auf wirtschaftliche Effektivierung wird sich in der sogenannten "Privat-Motivation" zwangsläufig durchsetzen. In klassischer Analogie zur "unternehmerischen Investitionsbereitschaft" wird sie das Ihrige dazu beitragen, dem "Verwertungsprinzip" zum Durchbruch zu verhelfen. Damit sich aber die relative Autonomie der Fachabteilungen nicht zu einem Kooperationsverlust und damit zur Leistungsminderung auswirkt, kommt dem "koordinierenden Gremium" große Bedeutung zu (vgl. in Rhld.-Pfalz: § 12, Ärztlicher Vorstand).

Diesem fällt die Aufgabe zu, die Zusammenarbeit und optimale Materialausnutzung, Kompetenzzuordnung, etc. sicherzustellen. Ob über dieses Gremium die "vielen kleinen Königreiche" der Fachabteilungsleiter funktionabel im obigen Sinne zusammenarbeiten können, ist die Hoffnung der staatlichen Organe. Diese Hoffnung auf Kostenminimierung in der stationären Krankenversorgung hat nur dann eine reale Chance, wenn es gelingt, daß die nach wie vor existenten Partikularinteressen vor allem der Ärzteschicht, sich nicht gegen die "betriebs- und volkswirtschaftliche Raison" des Staates verselbständigen. "Freie Konkurrenz"und "unternehmerischer Wettbewerb" und "Tarifautonomie" sind aber gerade ein wesentliches politisches Merkmal dieser kapitalistischen Tauschgesellschaft und werden sich konsequent auch in dem Teilsystem: Krankenhaus verwirklichen - und das mit "Recht". Der gesamtkapitalistische Aspekt steht dabei jedoch "auf dem Spiel".

Ein zweites Resultat: Dadurch, daß sich die fest eingerichteten Stellen für Fachkräfte in den Abteilungen vermehren und standardisieren und außerdem eine größere Auswahl für verschiedene berufsfachliche Interessen vorhanden ist und fachliche Aufstiegschancen vermehrt werden, kann es durchaus zu dem erwünschten Ziel führen, daß mehr erfahrene und spezialisierte Ärzte auf Dauer am Krankenhaus bleiben. Dies führt über eine Verminderung diagnostischer und therapeutischer Fehler und Versäumnisse und über eine stärkere Routinisierung und Standardisierung der Arbeit zu einer Leistungssteigerung des Krankenhauses (geringere Abwanderung und Fluktuation fachlich hochqualifizierten Personals).

Ein drittes Resultat: Durch die Modifizierung der inneren Organisations- und Verwaltungsstruktur des Krankenhauses ist es zu einer breiteren Gleichstellung und zu einer politischen Nivellierung der Beschäftigen am Krankenhaus gekommen (Mitbestimmung, Mitberatung,

etc.). Ist auch der Gedanke einer wirklichen Demokratie und Gleichberechtigung nicht im entferntesten verwirklicht, so kann man jedoch sagen, daß die herrschende Spitze des Krankenhauses sich erweitert und verbreitert hat. Gleichzeitig ist sicherlich ein starker Illusionierungsprozess mit dieser Strukturreform einhergegangen, daß sogar manche linke Kritiker sich von dem bestechenden Blendwerk täuschen ließen und sich heute revidieren müssen. Solange aber,wie der "Schein" noch existiert, entfaltet er auch eine echte Wirkung! Beide Resultate zusammen wirken durchaus im Sinne einer Steigerung der Leistungsbereitschaft. Ganze Wissenschaften können heute "ein Lied davon singen", wie sich Mitspracherecht, Mitwirkungsrecht, formale Anerkennung etc. psychologisch auf das Betriebsklima und die Kooperationswilligkeit der Arbeitenden auswirken. Leistungsverweigerung und -blockierung nehmen ab, die Arbeitsproduktivität nimmt zu. Störende Konflikte und hemmende Interessenkämpfe sind organisierter und kontrollierter in den Institutionen zu handhaben und auch leichter zu kanalisieren und zu integrieren. Und das alles auch noch unter der Marke des "richtigen und legalen Weges".

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Krankenhaus-Reformgesetze als integraler Bestandteil einer längerfristigen Tendenz der Produktivitätssteigerung und Ökonomisierung des gesamten Gesundheitssystems zu begreifen sind.Der Zusammenhang wird von den Gesetzen selbst hergestellt, indem sie sich jeweils in den sogenannten "Allgemeinen Vorschriften" zu Beginn des Gesetzestextes auf das "Krankenhaus-Finanzierungsgesetz" beziehen.
Hier wird die Einseitigkeit einer Betrachtung sichtbar, die die Resultate der übrigen staatlichen Interventionen in den "Stationären Krankensektor" nicht ebenfalls in die Diskussion einbringt.
Betrachtet man nämlich die Aktivitäten des Staates auf breiter Front, so fällt es leichter von diesem konkreten Zusammenhang aus Zugänge zu den Beweggründen, die dahinterstecken, zu finden.
Daß diese allgemeine Tendenz (vgl. Punkt 1.) den eigentlichen Hintergrund für die Veränderungen im Teilsystem: Krankenhaus darstellt, zeigt auch die aufgekommene volkswirtschaftliche Diskussion in diversen wissenschaftlichen Zeitschriftenbeiträgen und in wissenschaftlichen Forschungsaufträgen.

Man kann zwar sagen, daß erst durch eine politische Mobilisierung der Basis und durch das Zustandekommen einer wirklichen sozialen Interessenbewegung das Krankenhaus und das Gesundheitssystem insgesamt in das Bewußtsein der staatlichen Planungsorgane und der Parteien kam. Es entstand ein Zugzwang für den bürgerlichen Staat.
Daraus aber abzuleiten, daß die Inhalte staatlicher Reformaktivitäten von der Basis aufgezwungen seien und quasi Zugeständnisse aus einer mehr oder weniger defensiven Situation des Staates herrührten, würde heißen, daß man m.E. die Schlagkraft und Stärke dieser Bewegung überschätzt und die soziale Schichtung der Bewegung verkennt.

Vielmehr wird hier nur die "Doppelstrategie" des bürgerlichen Staates sichtbar: es gilt bei der Verwirklichung der allgemeinen Voraussetzungen zur bestmöglichen Kapitalakkumulation die unproduktiven Kosten zu minimieren aber gleichzeitig in allen sozialen Schichtungen die dagegengerichteten Interessen und Kämpfe zu kanalisieren und zu integrieren. Diese "reine Bestimmung" des bürgerlichen Staates - die

Bedingungen zur ungehinderten Kapitalverwertung zu gewährleisten - nimmt also zwangsläufig in der realen politischen Durchsetzung vielfältige Formen an. So ist z.B. das Entstehen des sogenannten "Poolsystems" nicht anders als eben spezifische Reaktionsform auf die vorhandene Empörungsbewegung der nachgeordneten Ärzte zu verstehen. Diese Doppelstrategie - des mehr oder weniger bereitwilligen Reformierens und des gleichzeitigen systemimmanenten Erhaltens - ist im übrigen sehr gut geeignet, soziale Illusionen in dieses Gesellschaftssystem zu setzen.

Heute zeigt sich meines Erachtens in den Aktivitäten des Staates in Bezug auf das Gesundheitssystem, daß die Initiative eindeutig in dessen Hände übergegangen ist. Die verbitterte Schärfe in den Reaktionen der mittelständischen Interessengruppen im Gesundheitssystem, besonders das Wiederaufblühen der ärztlichen "Schutzgemeinschaft" aus den 50er Jahren, verdeutlichen das nur zur Genüge.

Daß sich gerade in diesem Teil des Gesundheitssystems die Präsenz des staatlichen Kosten-Effizienz-Kalküls zunehmend durchsetzt - und zwar stärker und schneller als im "Ambulanten Sektor" - beruht auf der einfacheren Manövrierbarkeit, d.h. auf der relativen Stärke des Staates, in diesem Bereich. Gleichzeitig werden Veränderungen, die sich in diesem Bereich vollziehen bzw. vollziehen sollen, von der freien niedergelassenen Ärzteschaft als höchste Alarmsignale begriffen für die Verteidigung ihres Versorgungsmonopols. Die Gefechte im Sektor der "Stationären Krankenversorgung" sind Gefechte im Vorfeld der Hauptbastion des Ärztestandes. Aber schon der Verlauf der Frontstellungen läßt durchscheinen, worum es im Letzten geht.

zu b)
Zum ersten ist klarzustellen, daß gegen das Prinzip des möglichst sparsamen Verbrauchs von gesellschaftlich erarbeiteten Werten, d.h. gegen das "Kosten-Nutzen-Prinzip", nichts einzuwenden ist. Rationalisierung also: ja! Steigerung der Produktivität also: ja! Aber - für diese Gesellschaft stellen wir die Bestimmung dessen, "was Nutzen ist", von Grund auf in Frage!
Für diese Gesellschaft fallen "Nutzen" und das, was den Bedürfnissen und Interessen der Menschen nützt (!), nicht zusammen. "Nutzen" ist in der Sprache dieser Gesellschaft immer kostenmäßig, d.h. in Geld angebbar. "Nutzen" ist in dieser Gesellschaft immer eine "Abhängig - Variable" der auf Gewinn ausgerichteten kapitalistischen Produktionsweise. Der "Nutzen" und seine Kriterien leiten sich aus der herrschenden Existenz der "Profitmaximierung" ab. So begriffen, ist "Nutzen" immer einem System der Aufrechnung von Kosten und Unkosten unterworfen. Die Herrschaft der Verdinglichung der menschlichen Arbeit im "Tauschwert" erfüllt den Begriff "Nutzen" mit ihrem eigenen Selbstverständnis. "Nutzen" kann hier nur heißen: optimaler Tauschwert-Gewinn. Der "Nutzen" vermittelt somit nur aufs Neue die Herrschaft des "Gewinns" über den Nutzen der menschlichen Arbeit.

Das zeigt sich deutlich auch in den "Krankenhaus-Reformgesetzen": Wie oben ausgeführt, geht es in den Reformen um eine technische, organisatorische und betriebspsychologische Ausrichtung des Arbeitsprozesses am Krankenhaus auf eine Steigerung der Arbeitsproduktivität. Das heißt: Minimierung der Verausgabung von Arbeitszeit für eine be-

stimmte Leistung. Nirgends wird von einer Kritik an der Qualität und Quantität der konkreten Gebrauchswertseite der Krankenhausleistungen ausgegangen. Nirgends wird "Nutzen" abgeleitet von Inhalten, die außerhalb des ökonomischen Systems des "Tauschwerts", ihren Ursprung haben. Nirgends findet eine Diskussion um den alten "Krankheitsbegriff" (vgl. RVO) statt. Im Gegenteil - jeder Versuch wird als "ideologisch subversiv" und "politisch umstürzlerisch" (8) bekämpft. "Kranksein" und "Gesundsein" erfasst in unserem Sinne die Fähigkeit des Menschen im "Stoffwechsel" mit der Natur, diese sich anzueignen. "Der gesellschaftlich tätige Mensch tritt dem Naturstoff selbst als eine Naturmacht gegenüber. Die seiner Leiblichkeit angehörigen Naturkräfte, Arme und Beine, Kopf und Hand, setzt er in Bewegung, um sich den Naturstoff in einer für sein eignes Leben brauchbaren Form anzueignen. Indem er durch diese Bewegung auf die Natur außer ihm wirkt und sie verändert, verändert er zugleich seine eigene Natur." (13)
"Der Stoffwechsel hat zum Inhalt, daß die Natur humanisiert, die Menschen naturalisiert werden. ... Wie die Menschen ihre Wesenskräfte den bearbeiteten Naturdingen einverleiben, so gewinnen umgekehrt die Naturdinge als im Laufe der Geschichte immer reicher werdende Gebrauchswerte eine neue gesellschaftliche Qualität." (14) s.S. 76
"Gesundsein" kann für uns nur heißen - im Besitz aller Kräfte sein, die zu einer ungehinderten und einer dem Menschen nützlichen Gestaltung der naturgegebenen Voraussetzungen notwendig sind.

Von diesem utopischen Bewußtsein in der Begriffsdiskussion der "Krankheit" auszugehen, hat nichts zu tun mit phantastischem Ausspinnen vollkommener Menschheitsverhältnisse. "Es antizipiert eine künftige menschliche Wirklichkeit nach Maßgabe der im Bestehenden angelegten realen Möglichkeit." (14) s.S. 129
Obwohl die Problematik und Kritik des Begriffs: "Nutzen" und des Krankheitsbegriffs hier nur teilhaft angerissen werden konnten, wird der Herrschaft konservierende und systemkonforme Charakter der heutigen Krankenhaus-Reformen sichtbar. Denn es kann heute auf keinen Fall nur darum gehen, die Steigerung der "Leistungsfähigkeit" als Ziel eines Gesetzes, die Steigerung der "Leistungsfähigkeit" der Krankenhäuser als primäres "Reformziel" für die gesundheitliche Lage der Bevölkerung anzusehen. Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Werktätigen ist primär eine Frage der qualitativen Verbesserung und der quantitativen Ausdehnung der medizinischen Leistungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Zweitens: Geht man nun aber einmal vom "wirtschaftlichen Denken" aus, so ist man überrascht über die Inkonsequenz und Halbherzigkeit der Planungsergebnisse des kapitalistischen Staates. Die Aufhebung oder wenigstens die Einschränkung der Autonomie der verschiedenen wirtschaftlichen Interessengruppen im Gesundheitssystem der BRD könnte durchaus ein bedeutender Fortschritt im Hinblick auf die Freisetzung einer erweiterten Kapitalakkumulation sein. Die dadurch erreichte Vereinheitlichung des Gesamtarbeitsprozesses im Gesundheitssystem, die Aufhebung der Zersplitterung, könnte im gleichen Sinne wirken. Auf fast allen Gebieten, die sich zu einer bahnbrechenden Kosten-Rationalisierung angeboten hätten, kann man nur den politischen Rückzug der staatlichen Planer feststellen: das Monopol der niedergelassenen Ärzte auf die ambulante Versorgung bleibt unangetastet, der Bau von

Kassen-Ambulatorien und kommunalen und gemeinnützigen Polikliniken an Krankenhäusern bleibt weiterhin rechtlich untersagt.

Eine Aufhebung des kostspieligen Kampfes um "medizinische Versorgungskompetenzen" zwischen den Interessengruppen wäre auch eine echte Verbesserung für die Bevölkerung (Zurückdrängung des ökonomischen Konkurrenzkampfes, Erleichterung der Planung, Erleichterung des sozialen Kampfes der Werktätigen durch Konzentrierung der Forderungen an einen Adressaten, größere Durchsichtigkeit des Gesundheitssystems, größeres "Rechtsbewußtsein" für zustehende Gesundheitsleistungen, etc. etc.)
Stattdessen "werkelt" man an finanztechnischen (Krankenhaus-Finanzierungs-Gesetz) und an organisationstechnischen (Krankenhaus-Reform-Gesetz) Einzelheiten des Teilsystems: stationäre Versorgung. Stattdessen begibt man sich auf das relativ labile und ambivalente Feld von "Demokratisierung des Krankenhauses", von "Abbau hierarchischer Strukturen", von "Leistungsanreiz" durch Aufstiegschancen und Berufsbildaufwertung, etc. - alles bestimmt nicht ohne den erwünschten Effekt auf die Ökonomisierung der Leistung des Krankenhauses. Man könnte es jedoch b i l l i g e r haben!
Aber die Betroffenen reagieren mächtig und die in den Reformgesetzen zur Schau gestellte "Souveränität" des Staates überdeckt in Wahrheit nur die "Abhängigkeit" des Staates von der permanenten Integration sich feindlich gegenüberstehender Wettbewerbsinteressen.

Drittens: Wie oben gezeigt, bringt das "Krankenhaus-Reformgesetz" keinen radikalen Eingriff in die Strukturen des gegenwärtigen Gesamtsystems der gesundheitlichen Versorgung mit sich. Der kapitalistische Staat muß "mit den Interessen leben" aber er versucht trotzdem "billiger zu leben".

Was ist von den veränderten "Einzelheiten" zu halten

1) Die Einführung von kleineren Fachabteilungen mit Spezialisten-Teams führt, im herrschenden Verständnis, wahrscheinlich (!) zu einer noch entmenschlichteren Organ-Medizin (Herz, Magen-Darm, Lunge, Kreislauf, etc.) d.h. zu einer noch stärker an den somatischen Einzelerscheinungen orientierten und zerspaltenen Medizin. Eine Vorstellung und Verhaltung zum Gesamt-Menschen (vgl. Kranksein-Gesundsein, s.S. 13) wird zugunsten einer "Organtechnik" unrealisierbar gemacht. (Wir sind uns dabei im klaren, daß die Vermittlung unseres utopischen "Mensch-Natur-Verständnisses" in einen brauchbaren spezifischen "Krankheitsbegriff" von uns nicht geleistet worden ist. Unsere humanitär-weltanschaulichen Forderungen an einen sozialistischen "Krankheitsbegriff" bleiben im illusionären Raum vorerst stehen - historisch und gegenständlich uneingelöst !!)
Krankheit, Einweisungsbefund, Entlassungsbefund werden simplifiziert, partikularisiert und somit einer Normierung (EDV) zugänglich gemacht. Für eine "Arzt-Patient-Beziehung" schrumpft der Raum.
Eine sich hierbei einstellende "Verweildauersenkung" im Krankenhaus wird sich sicherlich positiv auf den durchschnittlichen Krankenstand und damit auf die Prosperität der Wirtschaft auswirken, aber nicht auf den gesundheitlichen Wohlstand der Menschen in dieser Gesellschaft.

Die Möglichkeit einer Rationalisierung der Arbeitsleistungen, der qualifikationsgerechteren Arbeitsstrukturierung, der Einsparung von Arbeitskräften etc., bleibt offen. Auswirkungen auf den größten Kostenanteil am Krankenhaus, die Pflegekräfte, sind bis jetzt nur denkbar. Genaues über die Belastung der Pflegekräfte, über arbeitsteilige Diffenzierung bzw. Nivellierung des Personals mit seinen materiellen, ökonomischen Folgen, läßt sich ebenso wenig sagen wie über die Folgen für die Krankenversorgung.

2) Die Einführung der "Demokratie" am Krankenhaus ist, nach genauerer Betrachtung der Tatsachen, ein großer "Bluff". Die herrschende Verwaltungsspitze hat sich zwar personell meist etwas erweitert, aber von Mitbestimmung bzw. demokratischer Kontrolle der Leitungsorgane durch die Beschäftigten ist nicht die Spur!
Vielmehr geht diese "Demokratisierung" Hand in Hand mit der rechtlichen Privilegierung des Ärzte-Standes gegenüber allen anderen Mitarbeitern am Krankenhaus (sowohl durch exklusive Beteiligung am Pool, als auch durch weitgehendere Delegation- und Mitbestimmungsrechte). (vgl. dazu die "Darstellung der einzelnen Krankenhaus-Reformen" s.S. 5 ff)

3) Die Einführung des "Poolsystems" zur finanziellen Beteiligung der nachgeordneten Ärzte an den Privateinnahmen der Leitenden, führt nur zu einer Erweiterung und Institutionalisierung des "Merkantilen Prinzips" in der Krankenversorgung. Der zunehmende Einbruch industrieanaloger Entlohnung nach dem Leistungsprinzip und die in den lebendigen und zusammenhängenden Arbeitsprozess eingeführte Konkurrenz "Aller gegen Alle" läßt zwangsläufig das "Soziale, humanitäre Prinzip" in die individuelle Isolation treten. Der Patient, der allen Beteuerungen gemäß im Mittelpunkt des Geschehens im Krankenhaus stehen soll, wird weiterhin nach seiner finanziellen Liquidität eingestuft und behandelt. Die Konkurrenz der Kranken gegeneinander um die eh begrenzten materiellen Mittel und Leistungen des Krankenhauses der BRD wird weiterhin geschürt. Ein ganzes Heer von Ersatz- und Privatkassen profitiert.
Diskriminierung und Einteilung in Pflegeklassen bleiben unvermeidliche Folge. Daran kann auch ein Zugeständnis im Detail nichts ändern (Besuchszeiten- und Essensregelung). Ihm kommt eher eine politisch stabilisierende Aufgabe zu.

Betrachtet man zusammenfassend diese einzelnen Veränderungen, so können wir sagen: Von einer konkreten Verbesserung der Lage der Lohnabhängigen auf dem Gebiet der Krankenversorgung ist nicht zu sprechen. Der Patient steht rein deklamatorisch "im Mittelpunkt des Geschehens". Die materielle Lage der überwältigenden Mehrheit der Beschäftigten am Krankenhaus selbst hat sich ebenso wenig verbessert, wie deren politische Einflußmöglichkeiten.

"Selbst H. Clade, ein eher konservativer Analytiker der bundesrepublikanischen Krankenhausprobleme, muß gestehen, ein Großteil der Neuerungen sei zwar mit dem Attribut "Modell" versehen worden, vielfach handelt es sich aber "lediglich um Varianten oder Nuancierungen einer Grundform der Krankenhausstruktur, des Departemantsystems, und eines - wie immer auch gearteten - Poolsystems." (1) s.S.204

Einigen wir uns darauf, daß wir die in der Krankenhaus-Reform angelegte Intention der Rationalisierung und Ökonomisierung (im Sinne des zu sichernden gesamtkapitalistischen Verwertungszusammenhangs) schon nur sehr bedingt unterstützen können, so müssen wir aber die einzelnen Lösungswege als nach wie vor undemokratische und unsoziale Bedingungen ablehnen.

In unserem Sinne hat dieses "Krankenhaus-Gesetz" die Bezeichnung: "Reform" nicht verdient. Denn wenn wir auch für Reformen in diesem System kämpfen, dann müssen sie sich auf alle Fälle in der Wirklichkeit des Lebens der Lohnabhängigen als größere Realbeteiligung am von ihnen selbst erarbeiteten Mehrprodukt auszeichnen.
Nur materielle und soziale Zugeständnisse des Kapitals und des Staates an die Werktätigen, die deren Lebensstandard relativ (!) verbessern, z.B. die Gesundheit, werden W I R als Reformen bezeichnen und unterstützen.

LITERATURANGABEN

(1) H. See, Die Gesellschaft und ihre Kranken oder brauchen wir das klassenlose Krankenhaus? RoRoRo Aktuell 1598
(2) Hanns Martin Schleyer, Präsident der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Vortrag am 28.1.1974, Marktwirtschaftsfeindlich, wettbewerbsgefährdend, syndikalistisch. hrs. von der BDA, Köln Febr. 74
(3) Rene L. Frey, Infrastruktur a.a.O. S. 37
(4) Dieter Läpple, Staat und allgemeine Produktionsbedingungen , Grundlagen zur Kritik der Infrastrukturtheorien, VSA, Westberlin 1973
(5) Karl Steinbuch, Über die Zukunft unserer Gesellschaft, Sonderdruck der Studiengesellschaft für Information und Fortbildung e.V., nach einem Vortrag am 28. Mai 1973, Stuttgart
(6) Volker Volkholz, Die Organisation des Gesundheitssystems durch die gesetzliche Krankenversicherung, in "Gesundheitssystem der BRD" Autorenkollektiv, VSA Westberlin 1973
(7) Petra Leitner-Botschafter, Die Krankenschwester, in "Gesundheitssystem der BRD", VSA Westberlin 1973, Autorenkollektiv
(8) Aufruf zum Handeln!, Aktionsgemeinschaft der deutschen Ärzte, Köln, im April 1972
(9) Die Herausforderung der Ärzte, Leitartikel der FAZ vom 19.4.1972, zitiert aus (6)
(10) Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Pahl-Rugenstein-Verlag Deppe, Kaiser, Lüth, u.a., Köln 1973
(11) Das Krankenhaus, hrsg. vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport - Rheinland-Pfalz, Pressereferat, Januar 1974
(12) Joseph Scholmer, Die Krankheit der Medizin, Luchterhand 1972
(13) Karl Marx, Das Kapital, Bd. I, s.S. 185
(14) Alfred Schmidt, Der Begriff der Natur in der Lehre von Marx, EVA Basistexte, Frankfurt 1971

Weitere Literatur

- Volker Volkholz, Krankenschwestern, Krankenhaus, Gesundheitssystem, Eine Kritik, Ferdinand Enke Verlag Stuttgart, 1973
- Der ärztliche und pflegerische Arbeitsprozess, aus: Volkholz, Elsner, Geissler u.a.: "Analyse des Gesundheitssystems" Fischer Athenäum, Frankfurt
- Gewerkschaften und Medizin, Bedingungen und Möglichkeiten, Autorenkollektiv, Verlag für das Studium der Arbeiterbewegung, Westberlin 1974
- Paul Lüth, Ansichten einer künftigen Medizin, Reihe Hanser 60, München 1971
- Das Argument, Nr. 69, Lohnarbeit und Medizin, Kritik der bürgerlichen Medizin (II), Dezember 1971
- Johann J. Rohde, Strukturelle Momente der Inhumanität einer humanen Institution, Über die Situation des Patienten im Krankenhaus, aus: "Arzt und Patient in der Industriegesellschaft", hrsg. von O. Döhner, edition Suhrkamp 643, Frankfurt 1973
- Michael Regus, Das Krankenhaus im gesellschaftlichen Widerspruch Sonderdruck aus: "Blätter für deutsche und internationale Politik", Köln, Heft 10/1970
- J.J. Rohde, Soziologie des Krankenhauses, Stuttgart 1962

PROBLEME DES KLASSEN-KAMPFS **13**

DM 7,00

Erhältlich in den Buchläden oder direkt beim Verlag:
POLITLADEN ERLANGEN 852 ERLANGEN POSTFACH 2849

Abonnements sind nur direkt vom Verlag beziehbar. Abo-Preis für 6 Einfachhefte (bzw. 2 Einfach- und 2 Doppelhefte) ist DM 31,00 inklusive Versandkosten. Luftpostabonnements (nur außerhalb Mitteleuropas): DM 36,00. Die Lieferung wird aufgenommen, sobald der Abo-Betrag beim Verlag eingegangen ist. Dabei ist anzugeben, ab welchem Heft die Zusendung gewünscht wird, wobei frühestmöglicher Abo-Beginn das zuletzt erschienene Heft ist. Bezahlung durch Überweisung an Politladen GmbH, 852 Erlangen, Konto Nr. 3234-850 Postscheckamt Nürnberg oder Konto Nr. 1190 Raiffeisenkasse Effeltrich/Ofr. Auslandsüberweisungen bitte nur per Post, da Banküberweisungen mit Gebühren belastet werden.

Norbert Kostede	**Akkumulation und Mittelklassen**
Redaktionskollektiv Gewerkschaften	**Bedingungen sozialistischer Gewerkschaftsarbeit**
Altvater/Hoffmann/ Schoeller/Semmler	**Entwicklungsphasen und -tendenzen des Kapitalismus in Westdeutschland (I. Teil)**
Pedro Garcia Lopez	**Materialien zur spanischen Streikbewegung der letzten Jahre**

Die Bestimmungen des KFG lassen sich also auf drei Punkte reduzieren:
a) der Bund übernimmt Investitionskosten und Kosten für Wiederbeschaffung zu 1/3 (den Rest der jeweilige Träger),
b) die reinen Pflegesätze tragen die Kassen der Versicherten, wobei davon ausgegangen wird, daß a) und b) die Kosten des KH decken.
c) von den Ländern werden regionale KH-Bedarfspläne aufgestellt, dabei entscheidet die Aufnahme eines KH in den KH-Bedarfsplan über die Förderung nach a) (d.h. über die Existenz dieses Betriebes).
Grundsätzlich kann festgestellt werden, daß das KFG einen Versuch darstellt, die finanzielle Misere der Krankenhäuder in den Griff zu bekommen.

Zu a) und c): Bisher wurden Defizite der Krankenhäuser aus öffentlichen Mitteln beglichen, ohne daß von staatlicher Seite Einfluß auf die Entstehung dieser Defizite genommen werden konnte. Die Investitions- und Wiederbeschaffungskosten werden von den laufenden Krankenhauskosten abgetrennt. Durch die Beschränkung der öffentlichen Hand auf die Unterstützung der Investitionskosten und die Einführung der Krankenhausbedarfspläne werden die aufzuwendenden Mittel kontrollierbar und planbar gemacht. Erstmals wird damit im Krankenhausbereich das Vertrauen auf das "freie Spiel der Kräfte" aufgegeben und durch eine partielle Planung (Rationalität) ersetzt. Außerdem gewinnt der Bund zum erstenmal Einfluß auf ein Gebiet, das vorher nur der Länderkompetenz zugeordnet war.

Zu c): Die Planung geht davon aus, daß in manchen Bereichen zu viele Betten vorhanden sind, da einerseits Patienten nur zur Finanzierung der vorhandenen Betten aufgenommen würden, und andererseits anfangs anfallende hohe Diagnosekosten auf längere Liegezeiten umverteilt würden. Daher sollen die Bettenzahl verringert und die Liegezeiten verkürzt werden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft schlägt eine Dreiteilung in Akutkrankenhäuser, Langzeitkrankenhäuser und Psychiatrische Krankenhäuser vor. Für die Arbeitsgruppe blieb es eine offene Frage, wie man den Bedarf an Betten in verbindlichen Zahlen festlegen kann.

Zwei wichtige Tendenzen zeichnen sich für die Zukunft ab:
1. Zentralisierung, d.h. größere Krankenhauseinheiten werden angestrebt, Krankenhäuser unter 100 Betten werden nur noch im Ausnahmefall gefördert;
2. Verkürzung der Liegezeiten, vor allem durch schnellere Erstellung der Diagnose und Rationalisierung.

Die Zentralisierung, die Verkürzung der Liegezeiten und der damit verbundene größere apparative Aufwand führen zu folgenden Konsequenzen:
- schnelle und bessere Diagnostik und Therapie im somatischen Bereich (EDV o.ä.);
- Großlabors gewährleisten bei größeren Untersuchungsreihen geringere Fehlerquoten;
- durch den weiteren Weg nach Hause verschlechtert sich der Bezug

Herb Gintis:

Zur Dialektik der Bewußtwerdung im Spätkapitalismus

Merve Verlag

"Ich behaupte, daß der Ursprung politischer Militanz in dementfremdeten Charakter der gesellschaftlichen Institutionen liegt. Aber in einem enttäuschenden Ausmaß haben die Militanten selbst ihre Gesellschaftskritik so stark 'veräußerlicht', daß daraus abstrakte und unpersönliche Forderungen geworden sind, die weder Einfluß auf ihr eigenes Leben noch auf das derer ausüben, die sie politisieren wollen. In Wirklichkeit leugnen sie den Ursprung ihres eigenen Bewußtseins, entpersönlichen die politische Aktivität und negieren damit ihre eigene Militanz. Das hat zu einer absurden Spaltung in 'Gegenkultur'—Aktivität und 'politische' Aktivität geführt, was beide Gruppen nicht nur bizarr macht, sondern politisch und kulturell ohnmächtig" (Gintis).

IMD 46 **DM 5,-**

des Patienten zur Außenwelt (noch stärkere Loslösung aus dem sozialen Umfeld - weniger Besuch z.B.);
- unpersönliche Behandlung durch viele Spezialisten und Fehlen einer integrierenden Bezugsperson (auch das Pflegepersonal kann diese Rolle nicht mehr übernehmen);
- Einführung der Automaten und Intensivierung der Therapie führen zur Spezialisierung und Mehrbelastung des Pflegepersonals und damit zur weiteren Verschlechterung der Kommunikation mit dem Patienten;
- damit ist auch eine verstärkte Entfremdung in der Arbeitssituation des Pflegepersonals und der Ärzte verbunden;
- die Möglichkeit der Kommunikation und fachlichen Diskussion unter den Ärzten wird erschwert;
- der auf apparative Medizin ausgerichtete Betrieb wird zwar dem rein somatisch Kranken, aber weniger dem Psychosomatiker gerecht;
- die psychosozialen Ursachen der Krankheit werden nicht zum Gegenstand von Diagnose und Therapie gemacht;
- die intensive Behandlung von chronisch und psychisch Kranken, die kleine Einheiten erfordert, fällt aus der Finanzierung durch das KFG heraus.

Zu b): Alle über die Investitionskosten hinausgehenden Aufwendungen werden nach dem KFG auf die Patienten und damit auf die Kassen abgewälzt. Damit besteht der Zwang zum kostendeckenden Pflegesatz, der in regelmäßigen Abständen neu festgelegt wird. Daraus ergeben sich zwei Konsequenzen:
1. Sparsamkeitsdruck im Pflegebereich (u.a. Personaleinsparung);
2. Zunächst sprunghafte (bis zu 40 %, AOK Frankfurt jetzt schon 20 %), dann stetige Steigerung der GKV-Beiträge.

Das KFG bedeutet eine Verminderung der für die Krankenhäuser aufgewandten Steuermittel und eine Erhöhung der Finanzierung durch die GKV-Beiträge. Dies hat für die GKV-Versicherten eine schwerwiegende

Lohnminderung zur Folge, da nicht zu erwarten ist, daß die eingesparten Steuermittel gerade für diesen Kreis wieder auf anderem Gebiet aufgewandt werden.

An diesem Punkt entbrannte in der Arbeitsgruppe eine Diskussion um die Lohnentwicklung im kapitalistischen Staat und die Rolle der Gewerkschaften in diesem Zusammenhang. Sie soll hier nur in einigen Gesichtspunkten wiedergegeben werden, da sie auch längst nicht zu einem Abschluß geführt hat:

- Die Betrachtung dieser Probleme muß über den Bereich des KFG und des Gesundheitswesens hinausgehen;
- Eine echte Erhöhung des Lohnanteils am Volkseinkommen war den Gewerkschaften bisher nicht möglich (Volkseinkommen steigt schneller als Lohnsumme);
- Die Gewerkschaften reagieren defensiv auf Verschlechterung (z.B. im Gesundheitswesen); sie erhalten damit die normalen Verhältnisse im Kapitalismus;
- Die Gewerkschaften hemmen die Entwicklung, da sie die Forderungen der Basis abfangen;
- Die Gewerkschaften wollen betriebswirtschaftliche Rationalität (kapitalistische) in ein Gesundheitswesen einführen, das noch durch feudale Strukturen beherrscht wird;
- Definitionsversuch "Reform": Höhere Beteiligung der Arbeiter am Mehrprodukt;
- Welche Diskrepanz besteht zwischen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit?

Zur abschließenden Einschätzung des KFG ergaben sich folgende wichtige Gesichtspunkte: Das KFG stellt eine Vermehrung der staatlichen Einflußnahme auf das Krankenhaus dar. Wie ist dieser Vorgang der "Sozialisierung" zu bewerten? Während einerseits die Meinung vertreten wurde, daß die Einführung eines ökonomischen Prinzips, einer partiellen Rationalität, durch den Staat auch vom sozialistischen Standpunkt her zu begrüßen sei, wurde andererseits festgestellt, daß hier erst die Frage gestellt werden muß, wem diese Rationalität dient. So könnte u.U. die stärkere Betonung des apparativen Aufwandes im Interesse der Apparateindustrie und weniger im Interesse der Patienten (s.o.) liegen. Vergesellschaftung im Sinnde des KFG heißt: Die öffentliche Hand verschafft sich mehr Einflußmöglichkeiten im Gesundheitswesen, nicht um die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu verbessern, sondern um primär die Kosten zu senken.

Analog zur "Humanisierung der Arbeitswelt" ist die möglichst effektive und differenzierte Verwahrung der Kranken Ausdruck einer Sozialstaatsillusion. Im Einklang mit Rationalisierungsmaßnahmen im stationären Bereich steht die wachsende Tendenz, präventive Maßnahmen (im Sinne der Aussonderung vor Eintritt somatischer Ausfälle ohne Berücksichtigung der eigentlichen Kausalzusammenhänge) und den werksärztlichen Dienst stärker als bisher zu finanzieren, um die Zunahme der im Arbeits- und Reproduktionsbereich entstandenen Ausfallerscheinungen in Form von Krankheit (Arbeits-, Erwerbs-, Berufsunfähigkeit) zu kanalisieren. Dies kann nicht im Sinne der Betroffenen sein. Vergesellschaftung in unserem Sinne muß heißen: die Betroffenen selbst nehmen "ihre Geschicke" in ihre Hand, indem sie die Möglichkeiten zur Einflußnahme erweitern und absichern.

ZUR EINFÜHRUNG DER 40 STUNDENWOCHE IM KRANKENHAUS

Nachdem die 40-Stundenwoche in vielen Bereichen schon seit Jahren eine Selbstverständlichkeit ist, konnte jetzt im Juni wie bekannt auch für den öffentlichen Dienst ein entsprechender Tarifvertrag durchgesetzt werden. 2 Jahre liegen zwischen der ersten Vereinbarung darüber und dem Abschluß, die hätten ausreichen sollen, daß sich die Arbeitgeber darauf vorbereiten können. Soviel wie nichts aber ist passiert: es wurden weder die schon jetzt nicht oder mit Schülerinnen oder Pflegehelferinnen besetzten Planstellen mit voll examinierten Schwestern besetzt, geschweige denn die Einrichtung von neuen Planstellen angegangen.

Im Gegenteil: Je näher der Termin kommt, um so mehr wird die ÖTV und die Kollegen im öffentlichen Dienst von Arbeitgeberseite angegriffen. "Undurchführbar, es fehlen die Mittel, das Allgemeinwohl steht auf dem Spiel und das Leben der Patienten" war der Tenor dessen, was oft mit Unterstützung der Presse vorgetragen wurde. Und CDU-Filbinger (Bad.-Württ.) und viele andere empfahlen sogar die Aussetzung des Tarifvertrags. Mit dieser Kampagne soll verhindert werden, daß die Kollegen sich für die Besetzung von Planstellen und für die konsequente Durchführung der 40-Std.-Woche einsetzen.

Doch wie sieht es auf der Seite der Kollegen aus?
- In den letzten Jahren hat sich die Arbeitsintensität durch die Kürzung der durchschnittlichen Liegedauer der Patienten enorm erhöht,
- mehr Patienten müssen in der gleichen Zeit versorgt werden.
- durch neue Behandlungsmethoden kam auf das Pflegepersonal immer mehr Arbeit (mehr Bettenschieben, mehr Untersuchungen...).

Immer weniger Zeit bleibt übrig, um sich um die Patienten zu kümmern, eine Aufgabe, die in den Krankenhäusern schon jetzt nur unzureichend erfüllt werden kann. Deshalb müssen wir uns in Zukunft darum kümmern, daß mit der 40-Std.-Woche unsere Interessen nach besseren Arbeitsbedingungen und einer besseren Patientenversorgung durchgesetzt werden und nicht die Sparinteressen der Krankenhausträger.

Es darf aber nicht wieder geschehen, wie bei der Einführung der 42-Std.-Woche, wo das Personal keinen Einfluß auf die neuen Pläne für die Dienstzeitregelung nehmen konnte. Schon damals zeigten sich bald nach ihrer Ausgabe die Folgen: Arbeitsintensivierung, zahlreiche Überstunden, Verminderung der Bettenzahl; und dann kam jeder Einspruch zu spät.

Damit sich diese Entwicklung nicht wiederholt, wurde in vielen Krankenhausbetriebsgruppen schon frühzeitig die 40-Std.-Woche diskutiert

und Vorschläge ausgearbeitet. (s.u.) Dies war notwendig, um Regelungen zu vermeiden, die gar nichts bringen, wie z.B.: täglich 20 Minuten längere Mittagspause, Kürzung der Übergabezeiten, täglich ein paar Minuten später Arbeitsbeginn oder früher Arbeitsende. Wenn gerade eine Arbeit zu machen ist, werden solche Regelungen schnell wieder durch Überstunden aufgefressen, für die es dann keinen Ausgleich durch Freizeit gibt.

Was gefordert werden muß, ist eine zusammenhängende Vermehrung der Freizeit, um sich von der gestiegenen Anspannung der Arbeit erholen zu können. Zum Beispiel ein freier Schichttag alle drei Wochen. Welche Neuregelung aber auch kommt, eines ist klar: wenn nicht mehr Planstellen geschaffen werden und auch besetzt werden, dann müssen die Kollegen dieselbe Arbeit wie heute in kürzerer Zeit machen. Um dies nicht zuzulassen und daraus einen Dauerzustand werden zu lassen, muß der nötige Druck auf die Personalräte geübt werden, daß sie ihren "Rechten und Pflichten" nach dem neuen PVG voll nachkommen. Dort steht:
- daß sie dafür zu sorgen haben, daß "Tarifverträge durchgeführt werden" (§ 69)
- daß sie mitzubestimmen haben über Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit und der Pausen (§75)
- daß sie mitzuwirken haben "beim Aufstellen von Grundsätzen der Personalbedarfsplanung" (§76)

In vielen Krankenhäusern sind allerdings gerade die Pflegeleiter, also die, die Pläne aufstellen, im Personalrat selbst drin. Deshalb ist es unbedingt erforderlich, es nicht bei Aufforderungen bleiben zu lassen, sondern auf Personalversammlungen die ganze Sache auf den Tisch zu bringen. Alle in der ÖTV organisierten Beschäftigte müssen zusätzlich auf Vertrauensleutesitzungen und in Betriebsgruppen ihre Forderungen einbringen, damit die Gewerkschaften es nicht dabei belassen, einen Tarifvertrag abzuschließen, sondern auch dafür sorgen, daß er danach durchgeführt wird.

Hier nun ein Vorschlag einer Krankenhausgruppe (in Württ.) zur Neuregelung der Arbeitszeit (hier für Pflegepersonal) mit Einführung der 40 Std. Woche. (Dieser Vorschlag wurde dem Personalrat und der Pflegeleitung vorgelegt und im ganzen KH von dem Pflegepersonal intensiv diskutiert. Eine Entscheidung war bis zu Redaktionsschluß nicht gefällt. Wenn auch dieser Vorschlag nicht die letzte Weisheit ist, war seine Erarbeitung wichtig für die weitere Entwicklung der noch relativ jungen Gruppe.)

Vorbemerkungen

Selbstverständlich ist, daß die Pflege durch den berechtigten Anspruch jedes Mitarbeiters auf die 40-Stundenwoche nicht beeinträchtigt werden darf, auch muß eine Mehrbelastung der Mitarbeiter vermieden werden.
Bei der Einführung der 40-Stundenwoche gilt es, darauf zu achten, daß die Arbeitszeitverkürzung ein wirkliches Mehr an Freizeit bringt,

SCHULUNGSMAPPE KAPITAL UND ARBEIT

Die zweite verbesserte Auflage der Schulungsmappe "Kapital und Arbeit" ist fertiggestellt. Informationen, Analysen, Schaubilder, Modelle. Arbeitsmaterial für Teamer in der gewerkschaftlichen Bildungsarbeit (Lehrlings- und Arbeiterschulung), sowie für Gemeinschaftskundelehrer, Berufsschullehrer und alle, die sich für die gesellschaftspolitischen Zusammenhänge interessieren. 650 Seiten, DIN A 4, davon 150 Seiten graphische Darstellungen. Materialkosten DM 16.--, Versandkosten DM 2.50, insgesamt DM 18.50 bei Vorauszahlung (auf unser Konto 247 557 Kreissparkasse Tübingen); bei Nachnahme DM 19.80. Arbeitsgemeinschaft Junger Gewerkschafter, 74 Tübingen, Postfach 1120.

Von den zwei Möglichkeiten - tägliche Arbeitszeitverkürzung oder zusammenhängende Dienstbefreiung - kommt für uns die zweite in Betracht, da nur diese eine echte Erholungsmöglichkeit bietet. Dies bringt zwangsläufig eine Umorganisation der Pflege im Tagdienst mit sich, die sich aber gut in den jetzt praktizierten Schichtdienst einpasst.

Vorschlag in Kurzform

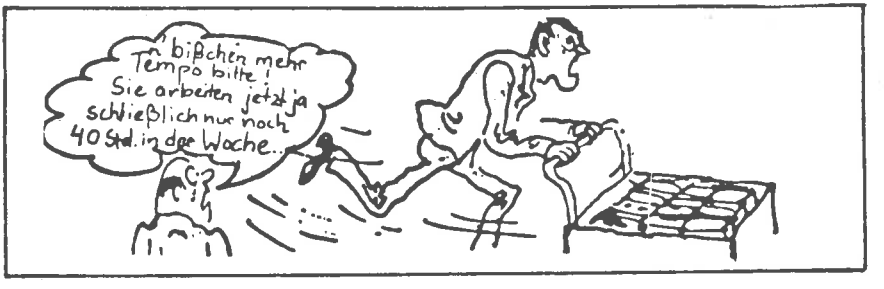
Alle 3 Wochen ein freier Schichttag, Verlängerung jeder Schicht um 5 Minuten, als Ausgleich für die zuviel freigenommenen 40 Minuten. Einsatz von Springern.

Im Einzelnen

1. Die wöchentlich anfallenden zwei arbeitsfreien Stunden werden im dreiwöchigen Turnus zu sechs Stunden als eine arbeitsfreie Schicht zusammengefaßt.

2. Jede Gruppe handelt unter sich die freie Schicht von 6 Stunden 45 Minuten (s. Punkt 3) für ihre Mitarbeiter aus, damit eine gerechte Verteilung gewährleistet ist.

3. Gleichzeitig wird die Arbeitszeit an jedem Schichttag von derzeit 6 Stunden 40 Minuten auf 6 Stunden 45 Minuten erhöht. (Ausgleich für zuviel freigenommene 40 bzw. 45 Minuten). Dadurch erhöhen



sich die Schichtübergabezeiten effektiv um volle 10 Minuten, da die eine Schicht 5 Minuten früher kommt und die andere 5 Minuten später geht. Die Erfahrung hat gezeigt, daß die derzeitigen Übergabezeiten zu kurz sind.

4. Hierdurch erhöht sich die in 3 Wochen geleistete neue Arbeitszeit um 14 x 5 Minuten = 70 Minuten
(14 = 15 Schichttage in 3 Wochen - 1 freie Schicht)
Diese Regelung soll der Ausgleich sein für die im 3-wöchigen Turnus zuviel freigenommenen 45 Minuten
(Ein Schichttag dauert dann ja 6 Stunden 45 Minuten).
Die in 3 Wochen zuviel geleisteten 70 Minuten - 45 Minuten = 25 Minuten machen je Woche wenig mehr als 8 Minuten, pro Tag etwas mehr als 1 Minute aus und könnten angesichts der vorteilhaften Regelung durch die freie Schicht unter den Tisch fallen.

Aufgrund der Überlegungen zur Einführung der 40-Stundenwoche und zur Personalsituation auf den Gruppen meinen wir, daß die Einrichtung von einem Springerdienst für die Pflege große Vorteile bietet.

1. Für jede Abteilung wird ein Springerdienst eingerichtet. Diese Springer sollen tageweise auf den Gruppen eingesetzt werden, wo "Not am Mann" ist wegen Krankheit, Urlaub oder freier Schichttage einzelner Mitarbeiter.
2. Die Springer sollen von hoher fachlicher Qualifikation (Vollschwester) und Anpassungsfähigkeit sein. Sie sollen weniger "Lückenbüsserfunktion" haben, als vielmehr die der qualifizierten Zusammenarbeit.
3. Für diesen Dienst vorzüglich geeignet wären auch teilzeitbeschäftigte Schwestern, denn dies bietet den unschätzbaren Vorteil, daß solche Pflegekräfte am ehesten zu bekommen sind und nicht Planstellen auf dem Papier bleiben müssen.
4. Eine neue Aufgabe der Abteilungsschwester wäre es, den Springerdienst so einzusetzen, daß er seinem Zweck gerecht wird.

Zusammenfassend

Vorteile einer freien Schicht: Sinnvolle Erholungsmöglichkeit, bessere Möglichkeit des Besuchs von Abendkursen und kulturellen Veranstaltungen.

Vorteile einer Verlängerung der Schichtübergabezeit: Bessere Information der Schichten, angestrebte Arztbesprechungen mit den Gruppen besser möglich. Einsatz von Springern: Gewährleistung einer optimalen Pflege.

Diese Maßnahmen bieten den Vorteil, daß ohne allzugroße Änderungen sowohl die 40-Stundenwoche eingeführt werden kann mit einem freien Schichttag für jeden Mitarbeiter alle 3 Wochen, als auch die Pflege und Funktionsfähigkeit der Gruppen sichergestellt sind.

MITBESTIMMUNG IM KRANKENHAUS

Hinreichend bekannt sind die überkommenen Herrschaftsstrukturen in den Krankenhäusern. Notwendige Arbeitsteilung und fachliche Autonomie werden in Rangordnungen verwandelt, deren wesentliche Funktion die Erhaltung von Privilegien und die Absorption von Unsicherheit ist (widersprüchliche Ansichten auf einer sozialen Ebene werden durch eine Entscheidung von oben geklärt.) Im Zeichen der Strukturreform des KH, deren krankenhausinterne Lösungsstrategien sowohl den Arbeitsprozeß als auch die Hierarchie betreffen, wird in Zukunft die Mitbestimmung im KH noch eine wichtige Rolle spielen. Es soll hier nicht eingegangen werden auf den möglichen Scheincharakter von Mitbestimmung und auf die Frage, ob und inwieweit ein solches Modell in der kapitalistischen Gesellschaft überhaupt realisierbar ist. Gesondert muß auch diskutiert werden, inwieweit Mitbestimmung Demokratisierungsprozesse einleitet, die dazu beitragen sollen, die bestehenden gesellschaftlichen Strukturen infrage zu stellen. Denn obwohl kapitalistische Unterordnungsverhältnisse, was ihren Interessenzusammenhang betrifft, auf das gesellschaftliche Herrschaftsverhältnis zurückzuführen sind,- d.h. sie sind ihrem Wesen nach Ausbeutungsverhältnisse -, erscheint der durch die Mitbestimmungsforderungen aufbrechende Konflikt an der Oberfläche oft als Gegensatz nur zwischen Autorität und demokratischem Anspruch. Dies trifft besonders für jene Sozialbeziehungen zu, die in ein bürokratisches, hierarchisches Korsett eingezwängt sind. Das vorliegende Konzept einer Mitbestimmung im Krankenhaus aus einer Arbeitstagung von Gewerkschaftern soll vielmehr eine Arbeits- und Argumentationshilfe für die Genossen in den ÖTV-Betriebsgruppen und am Arbeitsplatz sein, und eine weiterführende Diskussion ermöglichen.

Für dieses Konzept wurden einige Prinzipien aufgestellt:
- Mitbestimmungsforderungen sind Bestandteil des Kampfes um die Verwirklichung der sozialen Demokratie
- Sie müssen sich an den Aufgaben des KH orientieren, die wiederum durch die neuen Inhalte des Krankheitsbegriffs und die neuen Inhalte der Patientenversorgung bestimmt werden.
- Wichtigstes Prinzip der Mitbestimmung im KH ist, die Interessen sowohl der im KH befindlichen als auch der potentiellen Patienten sowie die Interessen der im KH Beschäftigten zu vertreten.
- Durch die Mitbestimmung soll die Verantwortung möglichst auf die "unterste" Ebene verlagert werden.

Das Konzept hat folgenden Wortlaut:

DIE PFLEGEGRUPPE - DIE STATION

Die Patientenversorgung

Um das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden des Patienten wiederherzustellen, muß eine optimale Versorgung garantiert sein. Der Patient muß eine aktive Rolle in seinem Gesundungsprozeß einnehmen. Alle beteiligten Gruppen müssen aus ihrer Anonymität herausgeführt werden und mitverantwortlich und mitbestimmend handeln und arbeiten.

Den neuen Inhalten der Krankenversorgung entspricht das Gruppenpflegesystem. Eine begrenzte Anzahl von Patienten wird von einer Gruppe von Pflegepersonen, ärztlichem - und anderem Personal, betreut. Durch die begrenzte Anzahl von Patienten und die homogene Gruppe wird es möglich sein, Entfremdungseffekte abzubauen und zu einer ausführlichen Kommunikation zu kommen. Ein wesentlicher Punkt der Kommunikation ist die Aufklärung und Informationsweitergabe zwischen den einzelnen Berufsgruppen (Pflegepersonal, Ärzte u.a.) untereinander und von diesen und den Patienten.

Folgende Konsequenzen ergeben sich aus dem bisher Gesagten: Die herkömmliche Visite fällt weg, da die Oberflächlichkeit und Unpersönlichkeit, mit der diese durchgeführt wird, einer maximalen Krankenversorgung nicht mehr gerecht wird. Zeitdruck und Beschränkung der Informationsweitergabe in Gegenwart des Patienten machen alle Beteiligten unzufrieden.

Im klinischen Bereich auf Stationsebene werden die klinische Konferenz und die Patientensprechstunde eingeführt.

Klinische Konferenz: Hier nehmen alle mit der ärztlichen und pflegerischen Versorgung des Patienten betrauten Personen teil. Es werden das diagnostische und therapeutische Vorgehen, die Labordaten, der Krankheitsverlauf, die individuellen (psychischen und sozialen) Probleme der Patienten diskutiert und das weitere Vorgehen und Verhalten festgelegt.

An dieser Konferenz können auch Personen teilnehmen, die für die Versorgung des Patienten mitverantwortlich sind (z.B. Gymnastinnen, Diätassistentin, Sozialarbeiter, Psychologen usw.).

Da wir davon ausgehen, daß zukünftig in den Krankenhäusern der Schichtdienst eingeführt werden muß, sollte diese klinische Konferenz (Kurvenvisite) während des Schichtwechsels stattfinden.

Patientensprechstunde: Hier besteht die Möglichkeit für das Personal, mit dem einzelnen Patienten zu kommunizieren und die notwendigen ärztlichen und pflegerischen Aufgaben wahrzunehmen.

Die Patientensprechstunde ist keine starre Einrichtung, sondern wird den Bedürfnissen und der Notwendigkeit entsprechend durchgeführt,

wobei der Patient eine aktive Rolle übernehmen soll und muß. Um diese aktive Rolle zu übernehmen, muß der Patient nach vorheriger Einschätzung über seine Situation aufgeklärt und informiert werden.

Um den organisatorischen Ablauf einer Station zu garantieren, sind folgende Einrichtungen notwendig:
a) Stationsvollversammlung
b) Stationsbesprechung

Ein Prinzip in diesen Institutionen sollte das System der rotierenden Verantwortlichkeit sein.

Stationsvollversammlung: Hier werden einmal im Monat die Richtlinien für den Arbeitsablauf und die Organisation festgelegt. Es nehmen alle auf der Station Beschäftigten teil.

Stationsbesprechung: Sie wird zu Beginn einer Schicht durchgeführt. Es nehmen alle daran teil. Hier werden die Aufgaben und die Arbeit der Schicht koordiniert.

In diesen Gremien soll erreicht werden, daß alle Beschäftigten die Möglichkeit haben, über ihren Arbeitsplatz und ihre Arbeitssituation mitzubestimmen. Entscheidungen sollen so gefällt werden, daß sie eine optimale Versorgung des Patienten garantieren.
Entscheidungen im ärztlichen und pflegerischen Bereich sollten immer das Ergebnis einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung sein.

Abteilung

In einer Abteilung (etwa 100 Betten) sind mehrere Stationen gleicher oder benachbarter Fachdisziplinen zusammengefaßt. Sie haben koordinative und administrative Funktion.

Aufgaben:
a) Sicherung und Überwachung der Organisation, der Ausgestaltung und Ausstattung der Abteilung,
b) Mitspracherecht bei Personalangelegenheiten,
c) Erstellung des Haushaltsplans und des Stellenplans der Abteilung,
d) Dienst- und Urlaubspläne für die Abteilung
e) Ausbildung und Fortbildung garantieren und überwachen,
f) Sicherung der Dokumentation,
g) verantwortliche Mitwirkung bei der Planung eines Ausbaus, Umbaus bzw. Neubaus der Abteilung,
h) verantwortliche Mitwirkung bei der Erstellung der Krankenhausordnung

In der Abteilung werden folgende Gremien tätig sein:
a) Abteilungsvollversammlung
b) Abteilungskonferenz
c) Abteilungsgeschäftsführer

Abteilungsvollversammlung: Hierzu gehören alle Beschäftigten der Abteilung. Sie bestimmt die Richtlinien für die Aufgaben der Abteilung. Sie tritt vierteljährlich zusammen. Sie wählt die Abteilungskonfe-

renzen und den Abteilungsgeschäftsführer aus ihrer Mitte.

Abteilungskonferenz: Sie besteht aus 1/10 der Beschäftigten der Abteilung. Sie erledigt in Zusammenarbeit mit dem Abteilungsvorsitzenden die laufenden Geschäfte.

Abteilungsgeschäftsführer: Er ist verantwortlich für die laufenden Geschäfte der Abteilung und beruft die VV und Abt. Konferenz ein.

Um die klinische Arbeit der Abteilung zu koordinieren, werden klinische Abteilungskonferenzen eingerichtet. Sie setzen sich aus allen Ärzten der Abteilung zusammen. In ihren Aufgabenbereich fällt z.B. die Erstellung von OP-Plänen, OP-Team, Röntgen-, Laborbesprechung und Fortbildungsprogramme usw.

Zentrum

In einem Zentrum sind mehrere untereinander verwandte Abteilungen zusammengefaßt. In den Gremien des Zentrums soll die Arbeit der in ihr vertretenen Abteilungen koordiniert werden.

Aufgaben:
a) Sicherung und Überwachung der Organisation, der Ausgestaltung und Ausstattung der Abteilung,
b) Mitspracherecht bei Personalangelegenheiten,
c) Regelung der Konsiliartätigkeit,
d) Fort- und Ausbildung regeln und überprüfen,
e) Erstellung des Haushalts- und Stellenplans, Investitionskoordination,
f) Erstellung von Dienst-, Urlaubsplänen,
g) Koordination von Einrichtung und Nutzung med. Geräte,
h) Dokumentation
i) Festlegung von Forschungsaufgaben.

Im Zentrum gibt es folgende Gremien:
a) Zentrumsversammlung
b) Zentrumskonferenz
c) Zentrumsgeschäftsführer

KRANKENHAUSEBENE

Ständiger Ausschuß der Zentren.
Er setzt sich zusammen aus den Zentrumskonferenzen. Seine Aufgabe:
a) Koordination der Konsiliartätigkeit
b) Fort- und Ausbildung
c) Haushalts- und Investitionskoordination
d) Einrichtung von Ambulanzen
e) Regelung einer zentralen Dokumentation
f) Koordination und Nutzung medizinischer Einrichtungen
g) Erstellung von Anträgen, die dann der Krankenhauskonferenz und dem Krankenhausausschuß vorgelegt werden können.

REIHE BETRIEB UND GEWERKSCHAFTEN
Spontane Streiks 1973
- Krise der Gewerkschaftspolitik

Redaktionskollektiv des "express" -
Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit

Die Broschüre informiert umfassend über Ursachen, Verlauf und die wichtigsten Probleme der spontanen Streiks für Teuerungszulagen im Jahre 1973. Untersucht werden die ökonomische Entwicklung und die Krise der gewerkschaftlichen Vertretungspolitik, die zu dieser Streikbewegung geführt haben. Forderungen und Kampfformen, die Rolle der Vertrauensleute und Betriebsräte, das Verhalten der Gewerkschaftsapparate, die Aktivität der ausländischen Arbeiter und die Rolle politischer Gruppen werden ebenso analysiert wie die Polizeieinsätze während der Streiks und die Maßregelungen, denen Streikende im Anschluß an die Aktionen ausgesetzt waren.

In einzelnen detaillierten Berichten werden die wichtigsten Streiks dargestellt und kommentiert. Die Konsequenzen für die sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit werden auf der Grundlage der Erfahrungen, die in den Streiks gemacht wurden, erörtert. Eine Dokumentation von mehr als 2oo bekannt gewordenen Streiks sowie interessante und wichtige Stellungnahmen, Erklärungen und Äußerungen der Beteiligten vervollständigen diese Broschüre.

Die Schrift dient der Verarbeitung der Streikerfahrungen des vergangenen Jahres, der Diskussion der zutage getretenen Schwächen und der Ansatzpunkte für die weitere sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit. Adressaten sind vor allem aktive Kolleginnen und Kollegen in Betrieb und Gewerkschaft und alle diejenigen, die sich über die Streikbewegung ausführlich informieren wollen.

16o Seiten, broschiert, DM 6.--
Verlag 2ooo GmbH, 6o5 Offenbach 4, Postfach 591

Krankenhauskonferenz

Die Krankenhauskonferenz ist das höchste Gremium auf Krankenhausebene.

Aufgaben:
a) Haushalts- und Stellenpläne
b) Bauvorhaben, Planungen
c) Investitionen
d) Berufung des Verwaltungs- und des technischen Direktors
e) Betriebsordnung, Aufnahmebedingungen
f) Bilanz
g) Gesundheitsvor- und -fürsorge
h) Kollektivverträge
i) Unfallverhütung
k) Umschulung, Aus- und Fortbildung
l) Forschungskontrolle

m) Finanzierung
n) Öffentlichkeitsarbeit
o) Erstellung einer Krankenhausgeschäftsordnung

Die Krankenhauskonferenz wird von allen Beschäftigten gewählt. In der Diskussion wurden 3 Möglichkeiten aufgezeigt:
1) Alle Mitglieder der KhK werden in Urwahl gewählt
2) Die Abteilungen delegieren Mitglieder in die KhK
3) Die einzelnen Berufsgruppen (Pflege-, Wirtschafts-, technisches, verwaltungsärztliches Personal) wählen ihre Vertreter nach einem bestimmten Paritätsprinzip.

zu 1):
Starkes Übergewicht der Ärzte durch bestehende Bewußtseinsstruktur, könnte aber möglicherweise zu einem emanzipatorischen Prozeß der anderen Gruppen führen.

zu 2):
Könnte zum Übergewicht bestimmter Abteilungen führen.

zu 3):
Standesbewußtsein wird gefördert.

Die Krankenhauskonferenz ist das eigentliche beschlußfassende Gremium auf Betriebsebene. Sie vertritt die Belange des Krankenhauses sowohl nach innen als auch gegenüber übergeordneten Institutionen (Krankenhausausschuß, Regionalplanungsausschuß usw.) und der Öffentlichkeit. Sie entscheidet über Anträge des ständigen Ausschusses der Zentren unter Berücksichtigung der Interessen aller Personengruppen des KH. Sie kann Ausschüsse einsetzen zur Erledigung besonderer Aufgaben. Die Geschäftsführung ist der KHK zur Erledigung laufender Aufgaben zur Seite gestellt.

Wir brechen an dieser Stelle ab. Im weiteren Teil des Konzepts wird noch auf den überbetrieblichen Bereich eingegangen.
Innerhalb der Kommune soll ein Krankenhausausschuß institutionalisiert werden, dessen Aufgaben von der Erarbeitung eines gesundheitspolitischen Programms bis hin zur Kontrolle der Arbeit der KH, gemessen an den Bedürfnissen der Bevölkerung, reicht. Er setzt sich drittelparitätisch aus Vertretern der im KH Beschäftigten (Urwahl), des KH-Trägers und aus Vertretern der Arbeitnehmer (vom DGB und Sozialversicherungsträger benannt) zusammen. Weiter ist ein regionales Planungszentrum mit Vertretern der Gebietskörperschaften und Arbeitnehmern vorgesehen, das auf einer höheren Ebene die sozialen Aufgaben mehrerer Verwaltungseinheiten miteinander bearbeiten soll.
Der Hauptvorstand der ÖTV hat in einem Rundschreiben vom 22.1.1974 eine zuvor beschlossene "Modellvorstellung zur Einführung der Mitbestimmung für Krankenhäuser" vorgelegt. Auffällig ist die Diskrepanz der ÖTV-Modellvorstellung zu dem vorstehenden Konzept. Insbesondere fällt auf, daß die Stations- und Abteilungsebene und die Patienten in dem ÖTV-Modell völlig außeracht gelassen werden. Die ÖTV-Modellvorstellung ist erhältlich bei Gewerkschaft ÖTV, Hauptvorstand, 7 Stuttgart 1, Theodor Heuss Str. 2.

Stadtteilgruppe Medizin/Berlin-Kreuzberg:

VERSUCH EINER STADTTEILARBEIT IM MEDIZINISCHEN BEREICH

WARUM WIR IN DEN STADTTEIL GEGANGEN SIND, DIE VORSTELLUNGEN, VON DENEN WIR AUSGEGANGEN SIND.

Wir hatten alle begriffen, daß die Medizin eine Klassenmedizin ist und wollten uns mit der Rolle des Arztes darin und dem Studium, das uns für diese Rolle erzieht, nicht abfinden. Deshalb sind wir in den Stadtteil gegangen, um von den Leuten zu lernen, unsere medizinische Ausbildung ansatzweise an den Bedürfnissen der Betroffenen zu orientieren. Uns war klar, daß sich in der Medizin nur etwas verändern kann, wenn eine breite Basis dafür kämpft. Wir wollten lernen, wo die Konfliktpunkte sind, an denen sich eine breitere Basis zuerst finden würde. Auch die Richtung der Veränderung wollten wir mit der Bevölkerung herausarbeiten. Die Leute sollten aus ihrer passiven Rolle, in der sie sich als Patienten, wie auch im übrigen Leben befinden, heraustreten. Für viele von uns war es wichtig, sich in der Stadtteilarbeit, im Zusammenleben mit den Leuten selbst zu verändern, um überhaupt in den Kämpfen vorwärtstreibend wirken zu können. Bei der Frage nach der praktischen Emanzipation gingen die Ideen bis zur Infragestellung der Berufsperspektive als in den Gesundheitsinstitutionen tätiger Arzt (Alternative: Kollege mit medizinischem Wissen - Betriebsarbeit). Bei anderen stand die Perspektive als Arzt im Vordergrund. Das Geldverdienen sollte über die Tätigkeit als Arzt laufen.

Die Frage nach Partei, Avantgarde sollte sich ebenfalls auf der Ebene gemeinsamen Kampfes mit der Stadtteilbevölkerung klären. Dahinter stand die Einschätzung, daß in den momentanen Klassenkämpfen die Autonomiebestrebung bestimmend ist; daß es im Stadtteil viele Punkte gibt, wo Autonomiewünsche vorhanden sind, die nur noch einer äußeren Kampfform bedürfen. Die Autonomievorstellungen basieren auf Erfahrungen aus Italien (Lotta Continua 'Nehmen wir uns die Stadt') und Frankreich ('Der Westen wird rot' die Maos in Frankreich), beide Bücher sind im Trikont-Verlag erschienen; bestätigt durch die autonomen Kämpfe im Herbst 73 in den BRD-Betrieben. Unsere Vorstellungen von gemeinsamem Kampf blieben aber nur schemenhaft, wir wollten alle Ansätze von Selbstorganisation unterstützen, Hilfe geben, um sich gegen den Arzt zu wehren,"dem Arzt auf die Füße treten", "sich nicht abwimmeln lassen". Wir wollten und konnten keine langfristigen Perspektiven im Kampf angeben, keine Analysen, keine Teilschritte, das alles sollte sich aus der praktischen Arbeit ergeben.

WAS WIR GEMACHT HABEN

Nach unseren ersten Stadtteilerfahrungen in der Stadtteilgruppe Kohlfurter Straße (Mieter-und Mediziner-Arbeit zusammen, mit der Zeit beschäftigte sich die Gruppe nur noch mit Mieterarbeit), setzten wir uns im März 73 neu zusammen, um in einem günstigeren Bezirk eine Untersuchungsarbeit (Fragebögen) zu starten. Wir hatten einen Bezirk ausgewählt, der aufgrund soziologischer Kriterien für unser Kennenlernen der Leute und ihrer Vorstellungen zur Medizin uns repräsentativ erschien: ein hoher Arbeiteranteil, junge Familien, geringer Gastarbeiteranteil im Vergleich zu Kreuzberg Nord - ein Bezirk, der vom normalen deutschen Durchschnittsbürger und nicht von Randgruppen bestimmt war. Für die Perspektive einer Stadtteilarbeit, die ja über die Fragebogenaktion hinaus ging, schien uns die Gegend um den Chamissoplatz-Bergmannhalle (Markthalle am Marheinickeplatz) günstig, weil es ein Bezirk mit gutem Kommunikationszentrum ist. Während die Ausarbeitung der Fragebögen lief, begannen wir im Mai-Juni, während des Medizinerstreiks zum Löfflerplan (Lehrerstudentendisziplinierung), mit einem Medizinerstand an der Markthalle. Dieser Stand war von einer größeren Gruppe an der Uni als Information/Öffentlichkeitsarbeit über die Hintergründe des Streiks angefangen worden. Einige von uns hatten dort mitgearbeitet und den Eindruck bekommen, daß die Leute im Stadtteil positiv auf den Stand reagierten, leicht ansprechbar auf medizinische Probleme waren. Deshalb entschlossen wir uns, weiterhin einen Stand regelmäßig jede Woche zu machen, nicht als Öffentlichkeitsarbeit zum Streik, sondern als Möglichkeit der Kontaktaufnahme und Information zu medizinischen Problemen des Bezirkes, zu allgemeinen medizinischen Fragen und auch, um eine Kontinuität unserer Arbeit zu zeigen. Da es uns hauptsächlich um Gespräche mit den Leuten ging, verlegten wir bald den Stand zum Chamissoplatz. Dort war weniger Hektik, die Leute kamen nicht nur vom Einkaufen, sondern machten dort auch ihren Abendbummel und waren viel gesprächsbereiter als an der Markthalle, wo wir vorher unseren Stand gemacht hatten. Noch dazu wurden wir nicht mit den Politgruppen identifiziert, die an der Halle immer sehr rege gewesen waren. Wir haben damals unsere ersten beiden Flugblätter "Hosen runter" und "An alle, die sich krank fühlen" verteilt. Nach einer ganzen Reihe von Gesprächen kamen wir zu der Einschätzung, daß wir in unseren Flugblättern nicht konkret genug waren. Die Leute wollten konkreter wissen, was sie machen konnten, wie man z.B. an eine Kur kommt, oder welche Untersuchungen man vom Arzt fordern kann, wie es mit Überweisungen ist. Bei uns war damals schon am Ende vieler Gespräche das Gefühl gewisser Ratlosigkeit, was man denn als Perspektive angeben sollte.

In den Semesterferien wurden dann die ersten Fragebögen gemacht und der Versuch, Flugblätter mit konkreten Informationen und in Serien zu erarbeiten. Wir hatten so viele Ideen und Stoff zusammengetragen, daß direkt die ersten drei Gesundheitsblätter entstanden. Zum Teil hatten wir bei der Zeitung Skrupel, weil wir kaum Fragebögen gemacht hatten und uns davor fürchteten, etwas Aufgesetztes zu machen. Aber das Gesundheitsblatt kam bei den Leuten gut an, vor allem die Informationen über Krankheit. Man wurde öfter gefragt, wann die nächste Nummer kommt oder wir merkten, daß die Leute beim Namen Gesundheitsblatt aufhorchten, irgendwie bekannt reagierten. Die Arbeit lief sehr kontinuierlich. Wir machten jede Woche einen Stand mit Stelltafeln zu de

Themen des Gesundheitsblattes (TBC, Krankenkassen, Auszüge aus der ärztlichen Gebührenordnung), redeten mit den Leuten auf der Straße und in Kneipen. Außerdem trafen wir uns mehrere Male in der Woche, um gemeinsam zum Fragebögenmachen auszuziehen,machten neue Stelltafeln, verbrachten die Freizeit viel zusammen. Gleichzeitig liefen Diskussionen über Einschätzung von Medizin, allgemeine Politdiskussionen, Praxis und Theorie waren eng miteinander verbunden, Privat- und Politsphäre stimmten großenteils überein. Es war eine ganz starke Identifikation mit der Arbeit und Verbindlichkeit vorhanden. Zu der Zeit waren auch ähnliche politische Einschätzungen oder zumindest ähnliche Wünsche bezüglich der eigenen Weiterentwicklung vorhanden.

Nach den Semesterferien begann die Bethanienkampagne (Kampf um eine Kinderpoliklinik) der KPD. Unsere eigene Arbeit war an einen Punkt gelangt, wo Teilschritte erreicht worden waren und allgemein das Gefühl vorhanden war, daß jetzt etwas Neues geschehen müsse. Wir hatten die ersten Kontakte geknüpft, Vorstellungen bekommen, wie die Leute zu den medizinischen Problemen stehen, aber es gab keinen konkreten Konfliktstoff, woran sich die Leute engagierten. Bethanien hatte ein festes Konzept, was wir nicht hatten. In den Plenen liefen immer wieder Diskussionen, wie man sich verhalten solle. Trotzdem ging die Arbeit noch weiter. Mit dem Frauentreff (siehe Anhang), dem gemeinsamen Flugblatt mit einer Gruppe junger Arbeiter zum Thema Ölkrise bekam die Stadtteilarbeit einen neuen Aspekt. Man redete nicht mehr mit Einzelnen, sondern mit Gruppen. Aber auch dabei hatten wir die Schwierigkeit mit der Perspektive und unserer eigenen Rolle. Auf den Plenen wurde immer mehr allgemein politisch geschwafelt, die Praxis ging mehr und mehr verloren. Es war draußen viel schlechtes Wetter, es wurde früh dunkel, die Leute hatten keine rechte Lust mehr, mit uns zu reden. Es gab keine Rückkopplung bei den Gesundheitsblättern. So schwand bei uns die Motivation zur Arbeit. Die Leute hatten keine Lust, selbst etwas zu schreiben, sie wurden auch zuwenig dazu angeregt.

Wir gaben den Stand auf und wollten stattdessen intensiv Hausbesuche und Praxisbesuche machen; diese Möglichkeiten wurden aber nicht wirklich ausprobiert. Auch andere Ideen: Besuch in Kindertagesstätten und Diskussion über die schlechte Gesundheitsversorgung der Kinder, Wartezimmeragitation, gezielte Aktionen gegen einen Arzt, von dem wir besonders häufig Mieses gehört hatten, selber als Patient zu den Ärzten gehen und ihre Praxis überprüfen, all das blieb nur im Stadium des Redens darüber stecken.

Wir griffen Ansätze auf, die von anderen Gruppen an uns herangetragen wurden (Obdachlosen-Situation, Gesundheit, Zusammenarbeit mit Schering-Betriebsgruppe über Hormone, Ratgeber für Türken). Nachdem nach Weihnachten die Frauengruppe ebenfalls im Sande verlief, war unsere Stadtteilpraxis total kaputt; die Gruppe der Aktiven schrumpfte zusehens zusammen.Um aus der Frustration wirklich etwas zu lernen, setzten wir uns in den folgenden Wochen zusammen, um einmal die Fragebögen und die Erfahrungsberichte von den Gesprächen am Stand auszuwerten, zum anderen die Arbeit im Stadtteil und das Frauentreffen aufzuschreiben und einzuschätzen:

WAS WIR GELERNT HABEN

- man hat sein Bewußtsein an der Wirklichkeit gemessen
- mit den Leuten ganz normal zu reden (denn mit den linken Sprüchen kommt man nicht weiter)
- hat seine Sprache wieder etwas normalisiert
- hat gelernt, sich einfach auf die Straße zu stellen, andere anzusprechen, zu provozieren, gelernt zu agitieren
- einen Sinn für konkrete Schwierigkeiten der Leute zu bekommen, die Nöte zu sehen, unter denen sie stehen. Das Netz der Abhängigkeiten und Unterdrückung, ihre Verdrängung der Schwierigkeiten, der Aufbau einer kleinen funktionierenden Welt, die sie sagen läßt: "Nimm uns bloß unser kleines Glück nicht auch noch weg!"
- Erfahrungen der Leute im Betrieb (z.B. warum sie nicht krank werden können-dürfen, die Abhängigkeit und der Streß und die Ausbeutung, aber wie sie sich mit ihrer Arbeit z.T. trotzdem identifizieren
- manche sagen ganz offen, was ihnen stinkt und viele lassen uns ganz übel abblitzen.

Das alles sind Erfahrungen, die man woanders nicht machen kann.

WAS WIR FALSCH GEMACHT HABEN

Die Geschichte, die Erfahrungen unserer Arbeit hätten wir organisierter und kontinuierlich aufarbeiten müssen, wir haben es nicht geschafft, eine gemeinsame politische Einschätzung unserer Arbeit und Perspektive zu bekommen. Was auch fehlte, waren Aktionen mit den Leuten, zu einer engeren Zusammenarbeit kam es kaum. Das lag z.T. auch an uns, weil wir die Sache viel zu flippig gemacht haben, zu selten da waren und etliche Ansätze nicht gesehen haben. Z.B. hätte man viel bekannter werden können, wäre man in den Häusern seiner Straße öfter mal erschienen, hätte vielleicht Plakate in die Flure gehängt usw., oder hätte die Arbeit mit den Jugendarbeitern intensiviert. Der Grund für die nachlässige Arbeit lag mit Sicherheit auch in der im Herbst schwindenden Motivation. Da keine großen Erfolge mehr erzielt wurden, resignierten etliche, was die Arbeit weiter schwächte. Es zeigte sich, daß viele an der Notwendigkeit einer langfristigen Arbeit scheiterten (Morbus sponti).

Anmerkung: In der Folge von Fragebogenkontakten ergab sich im Herbst ein kontinuierliches Treffen einiger (manchmal 10) Frauen, die mit ihrer Isolation unzufrieden waren und zunächst eine gemeinsame Kinderbetreuung (Kinderladen) planten. Aufgrund verschiedener Erwartungen an das Treffen - wir erwarteten von den Frauen Selbstorganisation, sie von uns, daß wir sie organisierten - scheiterte die Sache.

FRAGEBOGENAKTION

1. Ausgangspunkt: Was soll FB bringen? Erwartungen
2. Gliederung des Fragebogens, Ablauf der Aktion
3. Schwierigkeiten und Erfahrungen bei der Arbeit
4. Ergebnisse der Aktion
5. Schlußfolgerungen für unsere Arbeit

1. Ausgangspunkte

A. Die Fragebogenaktion sollte dazu dienen, eine Möglichkeit zu haben, mit den Leuten im Stadtteil in Kontakt zu kommen. Wir sahen die Möglichkeit, in die Wohnung der Bewohner zu kommen (was nur durch Zeitungen verteilen oder reden allein kaum möglich gewesen wäre) und ihre Lebenssituation direkt kennen lernen zu können (z.B. wie sind sie eingerichtet, wie und wo spielen die Kinder usw.). Der FB sollte also eine Stütze für uns sein, Probleme anzureißen.

B. Wir wollten sehen, wie die medizinische Versorgung ist und wie sie im Bewußtsein der Leute erscheint. Wir wollten Kriterien sammeln, wie eine alternative medizinische Versorgung aussehen könnte (anhand der Mängel und Vorschläge, die bei der Befragung rauskommen).
Darum müssen wir
a) einen Eindruck von den Bewohnern bekommen (Lebensstil und Lebenswünsche, bewußte und unbewußte Bedürfnisse, Einstellung zu Akademikern, ihre Fähigkeiten aktiv zu werden). Alles Einschätzungen, die man aus dem hohlen Bauch nicht machen kann.
b) die Unzufriedenheit der Leute mit der medizinischen Versorgung herausbekommen (Erfahrungen im Verhältnis zum Arzt/Krankenhaus), ihre Möglichkeiten, die medizinischen Dienste in Anspruch zu nehmen (zu wenig Zeit, fliegen sonst aus dem Betrieb raus). Und sehen, wie sie zu Verbesserungsmöglichkeiten stehen (z.B. zu Polikliniken, Free-Kliniken, Pat. Selbstorganisationen). Besser: Welche Vorstellungen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und zur Lösung ihrer Probleme in der Bevölkerung schon verankert sind und die man dann aufgreifen müßte.

C. Es sollten Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit den Bewohnern zur Entwicklung und Durchsetzung bestimmter Modelle und Forderungen (wobei im Hinterkopf immer die "Selbstorganisation der Leute" steckt) untersucht werden (kollektive Interessen). Wir hatten vor, durch die Fragebogengespräche Material für eine Zeitung, die als dauerndes Kommunikationsmittel mit den Leuten gedacht war, zu bekommen, eine Broschüre mit Gesundheitsinformationen zu machen, also ein Meinungsaustausch über gesundheitliche Probleme zwischen den Leuten und uns, der ein Gegenpol sein könnte zur theoretischen und - bzw. Krankenhausarbeit.

2. Gliederung des Fragebogens - Ablauf der Aktion

Der FB wurde aufgegliedert in 5 Bereiche
1. Wohnsituation
2. Arbeitssituation
3. Gesundheit-Krankheit
4. Situation der Frau (Familie, Haushalt, Kinder)
5. Kontakte-Aktivitäten

Wichtig bei den einzelnen Bereichen war, ob in Gruppen über Probleme gesprochen wird, ob gemeinschaftliche Lösungsversuche stattgefunden haben (besonders am Arbeitsplatz, Wohnung und Gesundheitsinstitutionen). Außerdem sollten Krankheiten in Beziehung zur Lebenssituation gebracht werden. Es war uns von vornherein klar, daß der FB kaum

statistisch genau auswertbar sein würde. Er sollte mehr als Vehikel dienen, über den man mit den Leuten ins Gespräch kommen konnte. Die Erfahrung zeigte, daß man sich oft vom Fragebogen lösen mußte, um bestimmte Aspekte ausführlich zu diskutieren. Die schematischen Fragen wären dann hemmend gewesen. Deshalb sollten neben den Fragebogen auch Erfahrungsberichte geschrieben werden, die die Diskussion und die Erfahrungen festhalten sollten.

Organisatorisches: Jeder von uns bekam ein oder zwei Straßen, die er bearbeiten sollte, indem er alle Hausflure abklapperte und an den Türen klingelte. Als Vorbereitung wurden Flugblätter in die Briefkästen geworfen, mit denen wir uns ankündigten und kurz den Sinn unserer Arbeit erklärten.

3. Schwierigkeiten und Erfahrungen bei der Arbeit

Die größten Schwierigkeiten bereitete das Klingeln an den Wohnungstüren, weil man sich immer wie ein Vertreter oder einer von den Zeugen Jehovas vorkam (später gingen wir zu zweit, da konnte man sich gegenseitig Mut machen). Die Vorankündigung durch Flugblätter hatte eigentlich wenig Erfolg. Die meisten hatten sie nicht gelesen. Man mußte sich einen Spruch zurechtlegen, damit die Leute die Tür nicht gleich wieder zuschmissen, was trotzdem oft genug geschah. Daraus ist zu erklären, daß die Gruppe selten freudige Aktivität bei der Fragebogenaktion entwickelte. Es kostete immer Überwindung, in den Stadtteil zu fahren, weil man irgendwie eine andere Rolle einnehmen mußte, die etwas aufgesetzt war (z.B. nicht ganz vergammelt aussehen, möglichst freundlich dreinschauen, eben wie ein Vertreter). Man sah die Aktion zwar als notwendig an, aber die Ergebnisse schienen für den Aufwand zu wenig. Meist war es jedoch dann so, hatte man erst einmal einen Gesprächspartner gefunden, auch wenn's nur ein Fünfminutengespräch auf der Treppe war, hat man doch gesehen, daß es was bringt, man hat was mitbekommen, man war wieder motiviert und es hat für ein paar neue Klingelversuche gereicht.

Viele Termine für Fragebogengespräche ergaben sich durch das Verteilen der Zeitung am Stand am Chamissoplatz. Dort kam man mit den Passanten leichter ins Gespräch (besonders in den warmen Sommermonaten). Am Stand wurden dann schon Probleme besprochen, an die dann beim Fragebogengespräch angeknüpft werden konnte. Solche Fragebogengespräche dauerten manchmal bis zu vier Stunden und waren sehr ergiebig. Lag der Termin fest, und die Leute wußten, daß man kam, fiel es auch nicht schwer, in den Stadtteil zu fahren. Da die Gruppe im Sommer auch noch gut funktionierte, machte die Arbeit Spaß.
Als große Gruppe schieden für die Untersuchung die ausländischen Arbeiter auf Grund der sprachlichen Schwierigkeiten aus. Ebenso schied eine große Gruppe alter Leute aus. Sie hatten am meisten Angst vor uns (deshalb öffneten sie nur bis zur Türkette) und meinten, sie würden doch bald sterben, für sie lohne es sich nicht mehr, sie würden mögliche Verbesserungen doch nicht mehr erleben.

Es kam auch häufig vor, daß Frauen nicht mit uns reden wollten, wenn ihre Männer nicht da waren oder es nicht wollten. Beispiel: Mit einer Frau wurde FB-Termin abgemacht, als man dann erschien, sagte

sie, ihr Mann wolle mit uns nichts zu tun haben, sie könne da nichts machen, es tue ihr leid.

Überhaupt hatten manche Leute Angst, auf der Treppe mit Fremden zu reden. Das Mißtrauen ließ sich oft nicht überwinden: "Da steckt doch bestimmt ein fauler Trick dahinter". Manche hatten Angst, für eine politische Organisation mißbraucht zu werden. Als Student hat man es da wohl besonders schwer. Die Äußerungen zeigten häufig von Unkenntnis und Unverständnis gegenüber Studenten und ihren Problemen. Trotz allem zeigten viele Bewohner Interesse für unsere Arbeit, glaubten aber nicht, daß sie viel bringt. Sie erzählen viel von ihrer Situation, nehmen uns aber nicht wirklich ernst, halten uns für idealistisch. Sie glauben, wenn wir erst mal im Beruf stecken, werden wir auch auf unser Geld und unsere Stellung nicht verzichten wollen. Einzelne versuchten, beim Fragen einen guten Eindruck zu machen und beantworteten die Fragen in unserem Sinne, obwohl sie eine andere oder gar keine Meinung hatten. (Manche Antwortmöglichkeiten gaben eine Tendenz vor.)

Manchmal wurde eine oberflächliche Ebene nicht durchstoßen (was bei einem einmaligen Gespräch nicht verwunderlich ist), man mußte konkrete Stellungnahmen fordern, was nicht immer klappte. Wenn man ging hoffte man, daß die Leute sich noch einige Minuten weiter über die angeschnittenen Themen unterhielten.

ARBEITSMATERIALIEN SOZIALARBEIT/SOZIALPÄDAGOGIK
- Projektstudium am Beispiel Heimerziehung -

Die Arbeit "Projektstudium am Beispiel Heimerziehung" ist das Ergebnis eines dreisemestrigen (Juni 1972 bis Februar 1973) Projektstudiums an der Fachhochschule für Sozialarbeit Frankfurt. An der Projektarbeit haben sich 14 Studentinnen und Studenten und zwei Dozenten (Projektbegleiter) beteiligt. Die Projektarbeit enthält vier Teile. - Im ersten Teil wird versucht, die allgemeinen und spezifischen Bedingungen von Projektstudium herauszuarbeiten. Es galt deutlich zu machen, welche gesellschaftlichen und bildungspolitischen Ursachen überhaupt Konzeptionen von Projektstudium hervorgebracht haben und welcher Stellenwert ihm zuzumessen ist. - Der zweite Teil dieser Arbeit enthält die in den Heimen gesammelten Daten, Beobachtungen und Erfahrungen, die in Form von vier Heimberichten und einer vergleichenden Zusammenfassung vorgelegt wurden. - Der dritte Teil bezieht sich auf eine Analyse der Interviews mit 15 Heimjugendlichen. Im Vordergrund stand dabei das Problem, ob aus der Lebens- und Familiengeschichte der Jugendlichen Anhaltspunkte gewonnen werden konnten, die Aufschluß über die Ursachen und Gründe ihrer Heimeinweisung geben. Die Analyse des Interviewmaterials, bezogen auf verschiedene Lebensbereiche der Jugendlichen wie Familie, Schule, Ausbildung und Arbeitsplatzsituation machen deutlich, daß sich an der generellen Heimsituation wenig geändert hat und die Prozesse der Heimsozialisation weiterhin die Ursachen, die zur Heimeinweisung geführt haben, eher verstärken. - Der letzte vierte Teil versucht, in der Erkenntnis der historischen Bedingtheit gesellschaftlicher Entwicklung einen Zusammenhang zwischen der Studentenbewegung, der von ihr initiierten bzw. beeinflußten Randgruppenbewegung und den Reformen im Bereich Heimerziehung herzustellen und sie einzubeziehen in die Diskussion um die Berufsperspektive von Sozialarbeitern in der Heimerziehung.

2oo Seiten, broschiert, DM 8.--
Verlag 2ooo GmbH, 6o5 Offenbach 4, Postfach 591

AUSWERTUNG DER FRAGEBOGEN - MEDIZINISCHE VERSORGUNG

1) Wartezeit
44 Antworten. Die Hälfte der Leute hatte beim letzten Arztbesuch mehr als eine Stunde warten müssen. Die durchschnittliche Wartezeit betrug 88 Minuten.

unter 15 Minuten	5
15 Minuten - 1 Stunde	17
1 - 2 Stunden	8
2 - 3 Stunden	11
mehr als 3 Stunden	3

1 b) Nummernsystem
21 hatten einen Arzt mit N.system
22 hatten einen Arzt ohne N.system
- Korrelation Wartezeit - N.system -
Ergebnis: Bei Ärzten mit N.system warteten die Leute im Schnitt 91, d.h. 17 länger als bei einem Arzt ohne N.system (74 Minuten).

2) Erklärung der Krankheit durch den Arzt
In 25 von 43 Fällen habe der Arzt die Entstehung der Krankheit erklärt, in 18 nicht.
(Diese Frage war meiner Meinung nach ziemlich schwachsinnig gestellt, kennen wir doch alle die vielfältigen Möglichkeiten, den Fragen der Patienten auszuweichen - von den Kleinkindererklärungen bis zum Fachgelaber, das die Leute einschüchtert. Man hätte also mindestens noch dazu fragen müssen, ob die Leute die Erklärungen der Ärzte verstanden bzw. ob sie sie zufriedengestellt haben.)

3/4) Ratschläge, wie die Krankheit in Zukunft vermieden werden könne, wurde an 26 von 44 Leuten gegeben. (3)
22 bekamen Ratschläge, die sie nicht verwirklichen konnten (4)
Da aber von diesen 22 Leuten 9 bei Frage 3 geantwortet hatten, der Arzt habe ihnen nicht erklärt, wie sie das Wiederauftreten des Leidens in Zukunft vermeiden könnten, kann man folgern:
a) Ratschläge überhaupt wurden an 35 von 44 Leuten erteilt; 22, d.h. fast 2/3 konnten diese Ratschläge nicht befolgen.
b) Bei 26 Leuten brachte der Arzt offenbar die Entstehung der Krankheit mit deren Verhalten in unmittelbaren Zusammenhang. Die sich daraus ergebenden Ratschläge zur Lebensführung etc. konnten nur von 50 % befolgt werden (das Risiko einer Fortdauer der Krankheit bzw. eines Rezidivs muß also von der anderen Hälfte in Kauf genommen werden).
Nicht durchführbare Ratschläge:
Nicht rauchen! Nicht schwer arbeiten! Keine Kinder tragen! Nicht Treppen steigen! Weg von den Kindern!

5) Warum waren die Behandlungsvorschläge nicht durchführbar?
18 Antworten. 14 gaben an, sie hätten keine Möglichkeit gehabt, die Ratschläge zu befolgen (z.B. "nur die Hälfte arbeiten"); 4 hielten sie nicht für sinnvoll.

6) Warum verordnet der Arzt manchmal Behandlungen, die man nicht durch-

führen kann?
22 Leute gaben 23 Antworten, von denen 2 von den vorgegebenen Möglichkeiten abweichen, aber nicht inhaltlich. Ich schlage folgende Gruppierung der Antworten vor:

A der Arzt kennt die Nöte und Probleme der Patienten nicht	15 Antw.
er ist ratlos	2 "
er hat einen anderen Beruf	1 "
er hat mehr Geld	1 "

Diese 19 Antworten lassen sich in der Ansicht zusammenfassen, die soziale Distanz des Arztes von seinen Patienten führe zur Unkenntnis über deren Situation.

Eine andere Gruppe von Antworten
B der Arzt hört nicht hin
er ist desinteressiert
er will mehr Geld - jeweils eine Antwort
er braucht mehr Geld (!)
gibt dem Arzt selbst die Schuld an der unzureichenden Behandlung.

7/8/8b Heilpraktiker. 44 Antworten. Davon waren 4 schon einmal beim Heilpraktiker gewesen, alle wegen anders nicht zu beseitigender Beschwerden; in 3 Fällen hatte der Praktische Arzt nicht helfen können, in einem nicht helfen wollen.

9/10 Informieren Sie sich über medizinische Fragen und Probleme?
46 beantworteten die Frage, davon 34 mit ja, 3 mit wenig; nein antworteten 9, davon glaubte einer, sich besser auf die eigene Erfahrung verlassen zu können, ein anderer fand die Quellen nicht ausreichend.

Informationsquellen:	
Zeitung, Illustrierte	20
Fernsehen	18
Bücher, Lexika	15
auf andere Weise	8

(AOK-Blatt, Volkshochschule, Fachzeitschriften, Verwandte, Freunde, Gespräch, und einmal: "Arzt verteilt selbst verfaßte Gesundheitsblätter"!)

11) Mehr wissen, wie funktioniert
29 von 46 Antworten waren positiv, von den 29 äußerten sich 3 aus zeitlichen Gründen skeptisch; 2 äußerten sich nicht.

12) Informationsabende - Zeit
Unter 46 waren 27 Ja-Antworten; 3 äußerten sich nicht.

13) Themen
Fast alle haben sich positiv geäußert; die Probleme interessierten sie in der Reihenfolge:

1. Wie kann man sich vor Krankheit schützen?	26
2. Ernährung	23
3. Infektionskrankheiten	19
4. Erziehungsprobleme	17
5. Körperpflege	10

10 Leute hatten eigene Vorstellungen; 2 wollten über eigene Krankheiten mehr wissen; ja einer wollte informiert werden über Kreislauf und Nerven, Krebs, Unfallverhütung, Pflege für Kranke, Drogen, Ge-

sundheitspolitik und Rechte als Krankenkassenmitglied.

14) Die bisherigen Möglichkeiten, sich über die oben genannten Themen zu informieren, fanden 28 nicht ausreichend bzw. nicht zufriedenstellend, einer davon beklagte die vielen Fremdwörter, die eine Information erschwerten; 10 waren mit der bisherigen Information zufrieden.

Fragen zur Empfängnisverhütung etc.

16) Von 28 Frauen gingen 16 regelmäßig zum Frauenarzt; 9 gingen nicht regelmäßig, davon eine nur bei Schwangerschaft; eine nicht, weil sie operiert worden war (?!). 3 äußerten sich nicht.

17) Von 27 Frauen nehmen 16 die Pille, jeweils eine Frau benutzt Präservativ, Spirale, oder sonstiges; 4 taten nichts gegen eine Empfängnis, davon war eine amenorrhoisch.

18) Von 21 Frauen wußten 17 über Vor- und Nachteile, Wirkung und Nebenwirkungen der Pille Bescheid; 1 wußte nur wenig; 3 Frauen, von denen 2 die Pille nahmen, wußten nicht Bescheid.

18 b) Von den 17 Frauen, die die Pille nahmen, kannten 6 keine Nebenwirkungen; 7 erwähnten Unwohlsein (davon 4 x Kopfschmerzen), 3 berichteten über Gewichtszunahme, 1 über Gewichtsabnahme, 1 über Krampfadern, eine über Hochdruck.

19) § 218: 27 waren für Abschaffung, 2 für Indikationslösung, 2 waren für Beibehaltung.

29) Wie oft im letzten Jahr krank gewesen?

9	Erwachsene	waren	im	vergangenen	Jahr	1 x krank
7	"	"	"	"	"	2 x
8	"	"	"	"	"	3 - 5 x
1	"	"	"	"	"	mehr als 5 x

6 waren dauernd krank (bzw. mehr als 10 x)

4 Kinder waren 1 x
6 " " 2 x
3 " " 3-5 x
1 Kind mehr als 5 x krank

In Worten: Von 31 Erwachsenen waren 15 im vergangenen Jahr 3 oder mehr als 3 mal krank. Daß bei den Kindern die Zahl vielleicht nicht den Erwartungen entsprechend hoch ist, mag darauf zurückzuführen sein, daß wir nicht zwischen Klein- und älteren Kindern differenziert haben.

30) Möglichkeit, eigenes Zimmer zu bekommen, wenn krank
Von 32 Leuten, die antworteten, hatten 26 die Möglichkeit, 6 hatten sie nicht.

31) Haben Sie die Möglichkeit, z.B. bei Grippe im Bett zu bleiben?
Von 42 bejahten 24 diese Frage.

31 b) Die übrigen 18 gaben folgende Gründe an, weshalb sie nicht im

Bett bleiben können:
12 müssen wegen der Kinder aufstehen, 12 wegen des zu erledigenden Haushalts, 5 des Berufs wegen, 4 weil sie sich selbst versorgen müssen.

85) In welchem Stadtteil wohnt der Arzt, zu dem Sie am häufigsten gehen?
Kreuzberg 35, woanders 9 (davon einer in Buckow)

86) Wie häufig sind Sie im letzten Jahr zum Arzt gegangen?

	Männer	Frauen	zusammen
selten (1-4 x)	11	7	18
häufig (5-12 x)	3	5	8
sehr oft (darüber)	2	2	4
gar nicht	2	-	2
keine Angabe	4	9	13
			45

87 Gehen Sie regelmäßig zum Arzt?

ja	4	8	12
nein	17	11	28
keine Angaben	1	5	6
			46

88) Hausarztwechsel

öfter	8
selten	5
	13
nein	26
hatte nie einen	1
ohne Angabe	6

89) Gesundheitliche Probleme, bei denen der Arzt nicht helfen konnte
ja 15 nein 25 ohne Angabe 7
Welche?
Von 12 Antworten deuten 7 auf Probleme psychischer oder sozialer (oder beides) Ursache hin (im einzelnen: psychische bzw. psychologische Probleme 3, soziale Gründe 1, Drogensucht 1, Bronchien 1, Kopfschmerzen, Kreislauf, Magen 1). Die anderen: WS-Leiden, Rheuma, Nierenleiden, Krampfadern, Augenentzündung.

90) Warum gehen Sie in der Regel zum Arzt?

	Männer	Frauen	zusammen
akute Krankheiten	16	12	28
chron. Krankheiten	5	6	11
Vorsorge	4	9	13
ohne Angabe	1	3	4

mindestens 10 Leute haben doppelt geantwortet; unklar ist, wo die Frauenarztbesuche (bzw. ob überhaupt) eingeordnet wurden.

91) Glauben Sie, daß die Art der Behandlung davon abhängig ist, in welcher Kasse Sie versichert sind?

ja	26
nein	12
weiß nicht	4

möglich 2
ohne Angabe 2
46

91 b) Einheitliche Volksversicherung?

Einer der "Nein"-Antworter meinte, wer viel Geld hat, soll auch mehr zahlen!

ja	39
nein	4
weiß nicht	1
ohne Ang.	2
	46

92) Stimmt es, daß die Ärzte einen häufig nicht gründlich genug untersuchen?

ja	37	!!!
nein	7	
weiß nicht	1	
ohne Ang.	1	
	46	

93) Wie lange beim Arzt drin?

weniger als 5 M.	2
5 - 10 Min.	21
10 - 15 Min.	10
mehr als 15 Min.	7
unterschiedlich	1
ohne Angabe	5
	46

94) Zeitmangel der Ärzte?

ja	37
nein	7
ohne Ang.	2
	46

95) Was stört beim Arztbesuch?
Am meisten störte die Leute die lange Wartezeit (34), weiter eine zu kurze, oberflächliche Behandlung (20), die zu geringe Beratung (15), die unverständlichen Ausdrücke des Arztes (11), unbrauchbare Ratschläge (8), der weite Weg (3), Mief im Wartezimmer (1). 2 bemängelten nichts, 2 machten keine Angaben.

96) Darüber mit dem Arzt gesprochen?

	Mann	Frau	zusammen
ja	6	5	11
nein	15	17	32
ohne Angabe			3
			46

97) Finden Sie Vorsorgeuntersuchungen wichtig?

ja	41	
nein	2	
unbekannt	1	ohne Angabe 2

(einer meinte, sie wären zwar wichtig, aber nicht intensiv genug)

Welche Vorsorgeuntersuchungen kennen Sie?

	Männer	Frauen
keine	4	-
alle	4	12
Brust	5	10
Schwangerschaft	4	7
Prostata	8	3
Unterleib	-	1
Säugling	4	8
Kinder	3	5
Lunge Tb	4	1
Zucker	2	1
Zahn	1	1
Ohne Angaben	2	

(Blöde Antwortmöglichkeiten!)

Haben Sie davon Gebrauch gemacht?

ja	3		18
nein	12		7
zu jung	1	ohne Angaben	5

98) Gehen sie auch wegen kleiner Beschwerden sofort zum Arzt?

ja	1
nein	42

Warum nicht?

Hofft, daß es von selbst weggeht	6
Angst vor unentdeckten Krankheiten	2
umständlich, lange Wartezeit	14
Zeitmangel	12
Arzt kann kaum helfen	4
umständlich, zu weit weg	4

99) Wie könnte man die medizinische Versorgung verbessern?

100) Welche Mißstände sollte man am ehesten angehen?
Was sollte man am ehesten einführen, durchsetzen?

	zu 99)	zu 100)
Poliklinik	6	2
Ärztezentrum	19	4
mehr Ärzte	9	14
Prophylaxe	5	6
mehr Psychologie	1	-
Pflichtvorsorgeuntersuchungen	3	1
Hausbesuche	5	1
Telefonische Beratung	9	-
Bessere Ausbildung	1	1
Nummernsystem	9	1
Volkskrankenkasse	2	4
mehr Altenpflege	1	1
Verstaatlichung	1	1
billigere Medikamente	1	1
alles o.k.	1	2
ohne Angaben	2	8

zu 100)

Drogenberatung	1
überfüllte Wartezimmer	4
Kassen vereinfachen	1
staatl.verordnen wieviel Ärzte im Bezirk	2
mehr Krankenhausbetten	2
Patientensperre	1
Arzt/Patient-Verhältnis bessern	1
Privatpatienten abschaffen	1

101)Was ist ihrer Meinung nach die Ursache des Ärztemangels?

Es gibt keinen Ärztemangel	2
weiß nicht	4
falsche Ärzteverteilung	2
zu wenig Aufstiegschancen	1
NC	11
Ärzteverbände	2
zu wenig Anreiz in schwachen Gebieten	1
die Verwaltung ist schlecht	1
zu schlecht bezahlt	1
Scheiß-Regierung	1
zu lange Ausbildung	2
zu teure Ausbildung	1
Privatpatienten nehmen dem Volk die Ärzte weg	1
für junge Ärzte zu schwer Praxis aufzumachen	1
ohne Angaben	16

AUTONOMIE IM STADTTEIL - KEINE ANALYSE - KEINE PERSPEKTIVE?

Unsere Stadtteilarbeit wurde begonnen mit der Absicht, auch im Stadtteil den "autonomen Kampf der Bewohner" zu entfalten, wie wir ihn aus den italienischen und französischen Klassenkämpfen kennen (beschrieben z.B. in "Der Westen wird rot" und "Nehmen wir uns die Stadt", beide bei Trikont). Die Praxis hat jedoch ergeben, daß sich "Autonomie" nicht so einfach übertragen läßt, und macht es wert, noch einmal grundsätzlicher über das Problem nachzudenken.

Die Autonomie, wie in Frankreich und Italien entwickelt, läßt sich in zwei Gesichtspunkte aufteilen: Äußerliche Autonomie von der Beherrschung durch den Gewerkschaftsapparat; inhaltliche Autonomie von dessen systemkonformer Politik. Dementsprechend sollte auch bei uns die Stadtteilarbeit gemacht werden: Eine feste Organisationsform sollte nicht angeboten und auf eine Analyse - verbunden mit einer Perspektive - verzichtet werden. Im Vordergrund stand die Devise "Von den Leuten lernen", dahinter die Hoffnung, die Leute wüßten selbst am besten, wofür es zu kämpfen gilt, man brauche nur einen kleinen Anstoß zu geben, und die Sache liefe dann ganz von selbst.

Betrachtet man jedoch rückblickend die Bewegung in Frankreich und Italien, so läßt sich feststellen, daß sich hier die Befreiung von den bestehenden politischen Organisationen nicht plötzlich und endgültig vollzog, sondern in einer langen und wechselseitigen Auseinandersetzung mit der Politik der KPI bzw. der KPF und den ihnen anhängenden Gewerkschaften. Auch inhaltlich sind die heute erreichten politischen Positionen das Ergebnis einer noch viel konsequenter als bei uns geführten Auseinandersetzung mit dem Revisionismus, in der die von bestimmten linken Gruppen vertretenen Standpunkte ohne Frage eine katalytische Wirkung hatten. Das autonome Bewußtsein ist nicht nur spontanes Bewußtsein.

Betrachten wir unter diesen Gesichtspunkten das Problem speziell in Bezug auf Medizin und Stadtteilarbeit, so stehen wir hier im Vergleich zur Politik in den Betrieben noch vor besonderen Schwierigkeiten. Was die Organisationsform anbetrifft, so fehlt hier die Einheit, wie sie in einem Betrieb durch die gemeinsame Arbeit schon gegeben ist. Im Gegenteil, durch die Privatisierung und die vom Kapital geförderte Maxime des individuellen Freizeitkonsums finden wir meist eine fast völlige Isolierung der Leute voneinander.

Wird, was die inhaltliche Seite anbelangt, die Organisation eines Betriebes von den darin Arbeitenden - mehr oder weniger - durchschaut, sieht es in der Medizin anders aus. Durch die Privatisierung des Arzt-Patient-Verhältnisses und die Gefangennahme des Patienten in einer persönlichen Abhängigkeit ist das Bewußtsein über die gesellschaftliche Organisation der medizinischen Versorgung dermaßen verschüttet, daß es selbst uns Medizinstudenten schwer fällt, ein halbwegs klares Bild davon zu bekommen.

Schwindet also die Hoffnung, von den Betroffenen selbst direkt eine politische Strategie in der Medizin übernehmen zu können, so stellt

sich die Frage: Was kann jetzt noch heißen, "von den Leuten lernen", und worin liegt die Bedeutung der Stadtteilarbeit? Stadtteilarbeit gibt uns die Möglichkeit, die Distanz zwischen dem Hörsaal der Klinik und den wirklichen Lebensbedingungen der Patienten aufzuheben, und ist somit ein Schritt dazu, den Patienten nicht als pathophysiologisches Faktum, sondern in seinem gesamten und damit politischen Lebenszusammenhang zu betrachten. "Von den Leuten lernen" heißt immer noch, die konkreten Bedingungen und Bedürfnisse zu erfahren, von denen eine Politik ausgehen muß, und deren ständige Überprüfung durch alle an ihr Beteiligten. Aufgabe einer politischen Praxis im Stadtteil ist aber auch,mit Hilfe einer Analyse die strategischen Punkte herauszustellen sowie aus den individuellen Meinungen und Kritiken die gesellschaftlichen Zusammenhänge herauszuarbeiten und in die politische Praxis zurückzutragen.

Zum Fragebogen

1. Betrachten wir noch einmal im Konkreten die Aktion, die neben dem Gesundheitsblatt am konsequentesten durchgeführt wurde. Der Fragebogen hatte ein doppeltes Ziel: Erstens überhaupt die Kontaktaufnahme mit der Bevölkerung im Stadtteil zu ermöglichen, die bedeutend weniger mißtrauisch reagiert, wenn man mit einem konkreten Projekt an sie herantritt; zweitens sollte er Informationen über medizinische und politische Brennpunkte im Stadtteil ermitteln. Hierzu wurden die Fragen bunt gemischt, um ähnlich der Technik psychologischer und soziologischer Tests ein möglichst "objektives" Bild zu erhalten. Welche Erfahrungen wurden nun mit dem Fragebogen gemacht?

Was den ersten Punkt betrifft, so hat sich der Fragebogen in der Tat als ein sehr gutes Mittel zur ersten Kontaktaufnahme erwiesen, d.h. es gelang, manchmal die schier unüberwindbare Barriere der Haustür zu durchbrechen und sich mit den Leuten an einen Tisch zu setzen..

Was den zweiten Punkt - die Information - betrifft, so stellt sich die Frage, wie macht man das: mit einem politischen Ziel Informationen sammeln? Die Praxis hat gezeigt, daß ein Fragebogen wie der unsrige, mit seinen bunt durcheinandergewürfelten Fragen, hierzu ungeeignet ist. Die meisten, die die Interviews machten, spürten instinktiv, daß es nicht darauf ankam, die einzelnen Fragen mit mathematischer Genauigkeit abzuchecken, sondern konnten vielmehr die meisten Informationen im freien Gespräch gewinnen. Hier wurde ersichtlich, daß die vorgeblich "objektiven" Techniken der bürgerlichen Sozialempirie nur ein oberflächliches, statisches Bild vom Bewußtsein der Befragten über ihre Situation liefern können, während dieses Bewußtsein in Wirklichkeit meist nicht geschlossen, sondern in sich widersprüchlich, daher mobil und selbst noch im Gespräch veränderbar ist. Politische Ansatzpunkte können nur in einem Dialog erkannt werden, in dem der Interviewer nicht als außenstehende, neutrale Person eine Meinung zur Kenntnis nimmt (was ja auch tatsächlich, selbst bei größtem Bemühen des Interviewers nie der Fall ist), sondern das im Gespräch Gesagte bewußt weiterentwickelt. Es käme also darauf an, jeweils zu bestimmten, sichtbaren Problemen einen kurzen Fragebogen zu konzipieren, der erstens nur grobe Richtlinien für die Befragung

SOZIALISTISCHES BÜRO + VERLAG 2000 GMBH
ALLE LIEFERBAREN TITEL: FRÜHJAHR 1974

Ansatzpunkte sozialistischer Politik in der BRD - Thesen der Arbeitsgruppe Sozialistisches Büro, DM 2.-- (Stand von 1970)
Kofler/Buro: Vom Handelskapitalismus zum Neo-Imperialismus der Gegenwart. Eine Einführung in die Entwicklung der bürgerlichen Gesellschaft, DM 5.--
Conert: Die politischen Grundrichtungen innerhalb der deutschen Sozialdemokratie vor dem ersten Weltkrieg, DM 5.--
Schäfer: Die Kommunistische Internationale und der Faschismus, DM 5.--
Evers/Lehmann: Politisch-Ökonomische Determinanten für Planung und Politik in den Kommunen der BRD, DM 1o.--
Autorenkollektiv Assistentenpool: Bedingungen und Perspektiven der Stadtteilarbeit, DM 4.--
Van Spall: Obersicht deutschsprachiger Periodika der unabhängigen sozialistischen Linken, DM 2.5o

REIHE BETRIEB UND GEWERKSCHAFTEN
Redaktionskollektiv "express": Spontane Streiks 1973 - Krise der Gewerkschaftspolitik, DM 6.--
Politisches Ende der EVA? Dokumentation zum Medienverständnis der Gewerkschaften, DM 3.--
Conert: Gewerkschaften heute - Ordnungsfaktor oder Gegenmacht, DM 3.--
Redaktionskollektiv "express": Gewerkschaftliche Vertrauensleute für eine antikapitalistische Betriebsstrategie, DM 2.5o
Betriebsratswahl Merck 1972. Eine Dokumentation, DM 4.--

REIHE INTERNATIONALE SOLIDARITÄT
Dokumente zur Entwicklung in Chile, DM 5.--
Wenzel/Krippendorff/Agnoli: Klassenkämpfe und Repression in Italien. Am Beispiel Valpreda, DM 5.--
Brasilien-Report, DM 2.5o
Industrialisierung, Fremdkapital und Zwangsarbeit in Südafrika, DM 4.--
Portugal und die NATO, DM 4.--

REIHE ROTER PAUKER
Unterrichtseinheit (UE) Arbeit, DM 4.--
UE Verhaltenssteuerung - Abweichendes Verhalten, DM 4.--
UE Lehrlingsausbildung in der BRD, DM 3.5o
UE Lateinamerika, DM 4.--
Disziplinierung von Lehrern. Materialien, Analysen, Hinweise zum Berufsverbot, DM 4.--
Materialien zur Arbeitsfeldanalyse des Lehrerberufs, DM 4.--
Materialien zur Geschichte der politischen Lehrerbewegung I (1789 - 1933), DM 2.5o
Materialien zur Schulbuchproduktion. Analyse, Tendenzen, Alternativen, DM 4.--
UE Bundeswehr und Rüstung in der BRD, DM 5.--
UE: Arbeiterliteratur, DM 5.--

PLAKAT-BAUERNVERLAG
Alavi: Theorie der Bauernrevolution, DM 4.--
Rechtziegler: Westdeutsche Landwirtschaft im Spätkapitalismus, DM 5.--
Bauer was nun? Beiträge zur Agrarfrage in der BRD, DM 4.--
Kemper: Marxismus und Landwirtschaft, DM 5.--
Bergmann: Agrarpolitik und Agrarwirtschaft sozialistischer Länder, DM 1o.-
Hampicke: Zur Kritik der bürgerlichen Agrarökonomie, DM 6.--

Verlag 2ooo GmbH, 6o5 Offenbach 4, Postfach 591

setzt und zweitens nicht nur in einem statistischen, sondern vor allem in einem politischen Interesse fragt; also nicht nur: "Wie oft gehen Sie zum Arzt", sondern: "Zu welchem Arzt genau gehen Sie in diesem Stadtteil und wie oft". Nur so können mit dem Fragebogen Informationen gewonnen werden, die sich in politische Aktionen umsetzen lassen. Gleichzeitig sollten die gemachten Interviews laufend ausgewertet werden, um die Erfahrungen in die noch zu machenden Interviews einbringen zu können.

2. Freilich: Die richtige Vorgehensweise garantiert noch nicht den Erfolg eines solchen, politischen Fragebogens. Wo wir in unseren Gesprächen auf Unmut oder gar Empörung über die Zustände in der medizinischen Versorgung trafen, glaubten die Leute doch meist nicht, daß diese Zustände veränderbar seien. Auch gelegentliche Äußerungen wie "man muß mal motzen" oder "wenn alle zusammenhalten, kann eine Aktion erfolgreich sein" waren nicht Ausdruck einer Bereitschaft, selbst aktiv zu werden. Die Angst, gemeinsames Engagement später mit persönlichen Nachteilen bezahlen zu müssen, scheint noch groß, das Vertrauen in die gemeinsame Kraft noch klein. Solidarität zwischen den Bewohnern herrscht selten, manchmal haben Hausbewohner zusammen Renovierungen durchgesetzt oder organisieren gemeinsam die Kinderversorgung; die meisten aber haben kaum engeren Kontakt mit den Nachbarn und versuchen, ihre Probleme individuell zu lösen. Wiewohl also den Leuten ihre Unterdrückung nicht in ihrer Totalität, sondern an konkreten Einzelpunkten bewußt wird, ist es doch dieser Unterdrückungszusammenhang, der sie als voneinander Vereinzelte täglich ihre Ohnmacht fühlen und schließlich an sie glauben läßt. Daneben scheint einer Mobilisierung gerade anhand medizinischer Probleme entgegenzustehen, daß, so sehr sie im konkreten Fall Anlaß zur Aufregung geben, der Gedanke an die Möglichkeit des eigenen zukünftigen Krankseins unangenehm ist und leicht verdrängt wird.

Aus diesen Erfahrungen haben wir den Schluß gezogen, daß es für die im Stadtteil Arbeitenden wichtig wäre, daß sie die Lebenssituation der Leute als Ganzes kennenlernten, begriffen und angingen, mithin in erster Linie versuchten, ihre (und die eigene) Isolation aufzuheben; daß sie vermieden, was in unserer Gruppe zeit- und teilweise schon manifeste Tendenz war:Herrn x oder Frau y als Patienten anzusprechen, zu befragen, zu mobilisieren, von ihrem Dasein als Mieter, Eltern, Nachbarn, Arbeitenden usw. aber zu abstrahieren.

Praktisch könnte sich eine solche Stadtteilarbeit in der Zusammenarbeit der oft im gleichen Stadtteil nebeneinander herwerkelnden, auf Teilbereiche spezialisierten Gruppen (vor allem Mieter-, Kindergruppen) entwickeln. Das Modell der Selbstorganisation, die kollektive Durchsetzung kollektiver Interessen, sollte nicht isoliert - weder im Gesundheitsbereich noch anderswo - betrieben werden.

'Gewußt wann': Das "Deutsche Ärzteblatt" bereitete im August 1973 seine Leserschaft propagandistisch auf den 3 Wochen später stattfindenden Militärputsch in Chile vor: "Dr. med. Allendes demokratischer Weg zum Sozialismus", so heißt es in einem Kommentar zur Lage in Chile, "hat das einstmals stabile, zwar nicht reiche, aber für südamerikanische Verhältnisse einigermaßen wohlentwickelte Land an den Rand des Chaos, in den Bankrott und in die Gefahr eines Bürgerkrieges geführt. Nur die demokratisch gesinnte Armee ist noch in der Lage, die Verfassung aufrecht zu halten". (Deutsches Ärzteblatt, Heft 34, August 1973)

"IHR SEID NICHT AUF UNSERER SEITE"
BRIEF DER ARMEN CHILES AN DIE ÄRZTE

Ihr kennt uns gut. Wir sind die Patienten aus dem allgemeinen Wartesaal, wir sind die Patienten der Poliklinik der "poblacion" (= Elendsquartier in Santiago de Chile, Red.) wir sind diejenigen, die vom Sozialversicherungsdienst behandelt werden. Wir sind die Armen Chiles, die die Statistiken für Unterernährung, Kindersterblichkeit und vorzeitigen Tod füllen.

In diesen Tagen arbeitete man wohl in den Hospitälern. Das medizinische Personal und ein Teil von Euch versorgten die Krankenhäuser. Aber einige von Euch arbeiteten nicht. Einige von Euch waren im Streik.
Während einige von Euch streikten, waren wir alle in den Fabriken oder auf dem Feld, reparierten Eure Autos, bauten Kühlschränke für Euch, nähten die Kleider, die Eure Frauen in den Boutiquen der Oberstadt kaufen. Wir bauten auch die Häuser, die Ihr beziehen werdet. Die Autos und Häuser sind teuer, die wir für Euch machen. Warum? Weil wir arm sind uns sie nicht kaufen können. Wir machen die Dinge für Euch und nicht für uns. Was für eine eigenartige Gesellschaft! Wir fragen uns, wer Ihr in Wirklichkeit eigentlich seid. Jahrelang haben wir den Acker besät und abgeerntet, Häuser gebaut und Autos konstruiert, Kleider genäht und Möbel gezimmert. Während wir verdreckt auf dem Feld schwitzen oder uns auf dem Bau schmutzig machten, habt Ihr Bücher gelesen, studiert und in Laboratorien experimentiert. Derweil haben wir für Eure Kleidung und Euer Essen gesorgt und Eure Häuser gebaut. Hätten wir das nicht gemacht, wärt Ihr vor Hunger umgekommen, hättet nackt herumlaufen oder auf dem Boden schlafen müssen. Oder aber Ihr hättet Euch eben auch dreckig machen müssen und schwitzen, um zu überleben.

Wir hatten nichts dagegen. Ihr konntet essen, Euch gut kleiden und Eure Wohnung beziehen, konntet studieren und Arzt werden. Wir konnten das nicht, weil wir für Euch produzierten.
Jetzt seid Ihr im Streik. Zusammen mit den größten Spediteuren, zusammen mit den Großgrundbesitzern und den großen Industriellen, zusammen mit den Großkaufleuten, die, wie Ihr nur zu gut wißt, die reichen Leute von Chile sind. In dieser Notsituation haben sich einige von Euch auf die Seite der Reichen gestellt.
Niemals haben wir gesehen, daß Ihr Euch auf die Seite der Armen gestellt habt, die Seite der Arbeiter, Landarbeiter und pobladores, auf die Seite derjenigen, die für Euch arbeiten. Dies sagen wir, weil Ihr niemals in Streik getreten seid, wenn unsere Babys zu Beginn des Sommers in den "poblaciones" wie Fliegen wegstarben an den Folgen von Sommerdurchfall. Ihr habt niemals gestreikt für unsere Frauen, die mit 20 Jahren schon keine Zähne mehr im Mund haben. Niemals habt Ihr gestreikt wegen unserer Unterernährung. Und Ihr kanntet die sanitären Bedingungen,
ZUM TEUFEL - UND OB IHR SIE KANNTET.
UND WIR KENNEN EUCH UND DIE ART, WIE IHR UNS BEHANDELT HABT!!

Kaum betraten wir den Behandlungsraum, habt Ihr uns schon geduzt, in diesem Ton, mit dem der Patron eines fundo seine Landarbeiter behandelt: "Mach schnell, nun leg Dich schon hin!" Immer hat uns dieses Duzen irritiert, weil es nicht ein brüderliches Duzen von einem Arbeiter zum anderen war, sondern das hochmütige Duzen des Reichen gegenüber dem "Unterlegenen".
Und wir dachten bei uns: "Weiß er denn nicht, daß das Essen, das ihn am Leben hielt, während seiner Studien in der Medizinischen Fakultät, von uns produziert worden ist?"
Das dachten wir, aber wir sagten es nicht, weil wir uns damals noch vor Leuten fürchteten, die vornehm reden; wir hatten Scheuklappen vor den feinen Herren, uns erschreckten die schönen Teppiche, die luxuriösen Häuser, die Direktorenbüros und alle solche Sachen. Es war uns nicht aufgegangen, daß wir dies alles ja mit unseren eigenen Händen gemacht hatten. Es war uns nicht bewußt, daß diese studierten Herren, die so viel wissen, gleich wie wir geboren wurden, nackt und unwissend. Und es wäre uns gar nicht eingefallen, daß sie aus ihrer Unwissenheit und Nacktheit deshalb herausgekommen sind, weil wir sie bedienen, bekleiden und verpflegen. Jetzt ist es uns aufgegangen.

Aber nicht nur das. Wir haben noch mehr erkannt: "Was würde geschehen, wenn wir nicht weiter produzieren würden, um die Zukunft des Arztes zu sichern?"
Habt Ihr einmal darüber nachgedacht, was dann geschehen würde?
Die Dinge in unserem Land haben sich verändert und sind weiter dabei, sich zu verändern. Die Armen aus der Stadt und vom Land werden nicht zulassen, daß diejenigen sich weigern, uns heute zu behandeln, für die wir gestern geschwitzt und geschuftet haben. Wir überließen Euch die Dinge, die wir produzierten, anstatt sie selbst zu verbrauchen. Aber wir gaben sie Euch nicht gratis. Wir gaben sie Euch, damit Ihr uns danach auch behandelt.

Einige von Euch haben uns betrogen. Aber nicht noch einmal! Keine Ausbeuter mehr, die uns schwitzen lassen, wie sie es wollen und uns hinterher die kalte Schulter zeigen. Keine Geschäftemacher in Medi-

zin mehr, sondern wahre Ärzte. Keine Sammler von Geldscheinen mehr, sondern Sozialarbeiter, die bereit sind, dem Bienenkorb auch wieder zurückzugeben, was sie daraus entnommen haben.

Laßt uns die Säle der Universitäten mit unseren Söhnen, dem einfachen Volk füllen! Das Volk, das seine eigenen Schmerzen kennt und das lernt, sie zu lindern. Wir wollen die weißen Kittel der Studenten für die Söhne der Landarbeiter, der Arbeiter und pobladores. Raus aus dem Universitätsbereich mit den Ausbeutern und Geschäftemachern der Medizin! Raus aus den Universitäten mit den Verächtern, den Undankbaren und Gefühllosen!

Nur das kann eine gute Gesellschaft werden.
Und einige von Euch werden keinen Platz mehr darin haben.

Die Armen der Stadt und des Landes

GESUNDHEIT UND ARBEITER

Aus der Erfahrung der ärztlichen Arbeit in einem Arbeitsviertel in Santiago de Chile schrieb Dr. C. seine Erfahrungen und Überlegungen nieder. (Der Name kann nicht angegeben werden, da sich dieser noch nicht in der Liste festgenommener, gefolterter, getöteter Ärzte befindet, die kürzlich eine Gruppe von Ärzten, die im Exil leben, veröffentlicht hat):
Eine tiefergehende Analyse der Gesundheitsprobleme weltweit betrachtet zeigt klar: In einer kapitalistischen Gesellschaft ziehen einige Wenige ihren Vorteil und bereichern sich durch das, was alle produzieren. Dieses Prinzip gilt auch für den Gesundheitssektor: Eine kleine Gruppe kann, bedingt durch den Inhalt ihres Geldbeutels, alle notwendigen und heute verfügbaren medizinischen Möglichkeiten ausnützen. Die große Masse der Arbeiter muß mit unausreichenden Mitteln auskommen.

Der Mensch kann keine seiner Pflichten und Verantwortlichkeiten erfüllen, wenn man das Recht auf ein menschliches Leben verneint, wenn man das Grundrecht auf Gesundheit nicht anerkennen will.
Das Grundrecht auf Gesundheit ist im internationalen Maßstab zu betrachten.

Die Hindernisse zur Lösung der Gesundheitsprobleme:

1. Ein hoher Anteil der Bevölkerung Südamerikas, speziell in Landzonen, lebt in niedrigen Lebensverhältnissen. Das beinhaltet:
   - schlechte Ernährung, schlechter Gesundheitszustand, schlechte Wohnverhältnisse, niedriges Bildungsniveau und Halbanalphabetismus (= durch Fehlen der Übung wird das gelernte Lesen und Schreiben wieder vergessen - verlernt).

   Das bedingt eine Barriere zur Verbesserung der Gesundheitsprogramme.

2. Der größte Anteil der Möglichkeiten zur Verbesserung des Gesundheitszustandes, sei es Personal wie Medikamente und Apparate sind ausgerichtet an der Verfügung einer Minderheit, der bürgerlichen Klasse.

3. Die größten Möglichkeiten des Gesundheitsdienstes sind in den Krankenhäusern zentralisiert. Es fehlen daher die nötigen Einrichtungen für die Sanitätsstationen, personeller wie auch technischer Art. In diesen "consultorios", Sanitätsstationen, gibt es keine Labors, keine Röntgenapparate, fehlt Personal; da es nur die üblichen Öffnungszeiten gibt, ist keine Möglichkeit der Beratung und der Behandlung nach der normalen Arbeitszeit gegeben, obwohl nach Arbeitsschluß der Arbeiter die größte Notwendigkeit gegeben wäre.

4. Die Vorbereitung der Medizinstudenten geht an der nationalen Realität vorbei und vermittelt ein Gefühl,das individualistisch und nach dem "Lukrativen" ausgerichtet ist, dem Modell folgend, das die Professoren vergeben und leben. Das hat zur Folge, daß die Studenten immer mehr in Aspekten der Verwertbarkeit ihrer Arbeit denken, immer mehr den echten humanen Aspekt ihrer Arbeit verlieren, immer mehr daran denken, wo das Meiste zu verdienen ist und nicht, wie den Arbeitern am besten zu unterstützen ist.

5. Das Klassendenken, das Sich-Höher-Vorkommen, das kleinbürgerliche Denken macht, daß viele Krankenschwestern sich "besser dünken" und daher die Patienten, die zu den Beratungsstellen kommen, schlecht behandeln.

6. Das Fehlen der Verantwortlichkeit und eigener Initiative, die man bei vielen Hilfskräften der Krankenschwestern feststellt, rührt aus der Nichtbeteiligung dieser Hilfskräfte bei den Gesundheitsprogrammen, aus den sehr niedrigen Löhnen und Überstunden etc. her. - Derjenige, der den meisten Kontakt mit der Bevölkerung hat, verdient am wenigsten.

7. Die Gemeinwesen, die Bevölkerung in den Städten und Dörfern ist erzogen worden durch ein paternalistisches System, technokratisch, inhuman und ineffizient. Darum ist bisher keine Mitarbeit der Gemeinwesen, noch weniger eine Mitbeteiligung im Gesundheitswesen erfolgt.

April 1971, Santiago de Chile

SPENDEN FÜR CHILE

Angesichts der fortdauernden und sich verschärfenden Verfolgung der Linken in Chile ist und bleibt gerade auch die finanzielle Hilfe für den Widerstand in Chile eine der wichtigsten Aktionen konkreter Solidarität. Deshalb rufen wir erneut zu Spenden auf. Spenden können eingezahlt werden unter Kennwort "Chile-Solidarität" an Postscheckkonto Dr. Andreas Buro - Sonderkonto - 33 Braunschweig, PSA Hannover, Konto Nr. 239848-309 oder an Bankkonto Hannelore Vack, 605 Offenbach bei Bank für Gemeinwirtschaft Niederlassung Offenbach, Konto Nr. 17439961. Spendenaufrufe mit anhängender Zahlkarte, numerierte Sammellisten und Aufklärungsmaterial stellt das SB auf Anforderung zur Verfügung: Sozialistisches Büro, 605 Offenbach 4, Postfach 591.

HINWEISE/KLEINANZEIGEN

ENTLASSUNGEN AM KNAPPSCHAFTS-KRANKENHAUS BOCHUM-LANGENDREER (KKL)

Inmitten der Diskussion um die Durchsetzung der 40-Stunden-Woche wurden der Krankenpfleger Jürgen Lilek und der Arzt J. Pietschmann, beide aktive Gewerkschafter, entlassen. Fachliche Gründe scheiden offenbar aus, da selbst der Chefarzt der Chirurgischen Abteilung. Dr. Homann, sich unmißverständlich gegen die Kündigungen ausgesprochen hat. Der Personalrat nahm die Entlassungen "zur Kenntnis", ohne einzuschreiten. Die ÖTV, zuständige Gewerkschaft der im Krankenhaus Beschäftigten, verweigerte bisher den Entlassenen Rechtsschutz und schwieg ansonsten. Über die Vorfälle wurde eine Dokumentation zusammengestellt, die interessierte Genossen beziehen können bei: Norbert Schnieders, Bochum, Im Esch 21.

Es ist augenblicklich nicht möglich, die Hintergründe der Entlassungen im einzelnen zu überprüfen. Allgemein zeichnet sich jedoch ab, und dafür sprechen noch einige andere Fälle der jüngsten Vergangenheit, daß nun auch im öffentlichen Gesundheitswesen der Radikalenerlaß zunehmend seine Anwendung findet.

ACHTUNG: BERUFSVERBOTE

In der Reihe Roter Pauker wurde als Heft 3 Anfang 1973 die Broschüre "Disziplinierung von Lehrern" erstellt. Seitdem haben Berufsverbote (Nichteinstellungen, Einstellungsverzögerungen und Entlassungen) - nicht nur von Lehrern - gewaltig zugenommen: Waren es vorher noch einzelne 'Fälle', so wird in den letzten zwei Jahren die Berufsverbotspraxis gezielter betrieben.

Zur Unterstützung des Kampfes gegen die Berufsverbote halten wir eine Neubearbeitung der Berufsverbotsbroschüre für notwendig, Material dazu wird bereits gesammelt.

Wer zu dieser Broschüre mit Dokumentationen, Zeitungsausschnitten u.ä. beitragen möchte, schicke diese Papiere bitte an den SLB im Sozialistischen Büro, 605 Offenbach 4, Postfach 591. Einzelgenossen oder Gruppen, die sich mit dieser Sache bereits beschäftigen und interessiert sind, an einer Neufassung der Berufsverbotsbroschüre mitzuarbeiten, wenden sich bitte ebenfalls an den SLB.

PHARMAZIE

Bisher ohne Alternative - wenn auch überwiegend technologische Kritik liefernd - ist das Arzneimitteltelegramm, herausgegeben vom "Unabhängigen Arbeitskreis Arzneimittelpolitik Berlin (UAAB)", Redaktion 1 Berlin 39, Pelzower Str. 6 f, erscheint monatlich, kostet 36 DM/Jahr (Stud. DM 24)

BILDUNGSARBEIT IM ÖFFENTLICHEN DIENST

Die Hefte 6 und 7 des Info Arbeiterbildung zum Schwerpunktthema "Bildungsarbeit im öffentlichen Dienst" bringen für die Bildungsarbeit im Bereich des öffentlichen Dienstes wichtige Materialien. In Teil I (Info 6) werden die Entwürfe für neue Leitsätze für Vertrauensleute der Gewerkschaft ÖTV behandelt und der Entwurf einer Bildungskonzeption der Gewerkschaft ÖTV wiedergegeben. In Teil II (Info 7) erscheinen im einzelnen folgende Beiträge bzw. Erfahrungsberichte: 1) Zum Beamtenstreikrecht; 2) Ein Beispiel gewerkschaftlicher Erwachsenenbildung mit Postkollegen; 3) Erfahrungsbericht einer Postler-Gruppe; 4) Die "subjektive Seite" (Arbeitserfahrungen und Lehrgangserfahrungen aus Wochenlehrgängen mit Teilnehmern aus dem öffentlichen Dienst); 5) Die ÖTV-Gesamtorganisation.

Diese Materialien sind insbesondere auch für die Genosser wichtig, die an einer gewerkschaftlichen Erwachsenenbildung im Bereich Gesundheitswesen beteiligt oder interessiert sind.

Info Arbeiterbildung, Heft 6, Doppelnummer, DM 5.--,
Info Arbeiterbildung, Heft 7, Einfachnummer, DM 3.--,
Bezug: Verlag 2000 GmbH, 605 Offenbach 4, Postfach 591

GESUNDHEITSPOLITISCHES FORUM

Das Gesundheitspolitische Forum (GeFo) erscheint viermal im Jahr und wird herausgegeben von im Gesundheitssektor arbeitenden Gruppen. Das jetzt erschienene GeFo 6 enthält u.a.
- Sensorische Deprivation
- Folter in der BRD
- Eine neue Herrschaftstechnik?
- Archipel Eppendorf

J.S. Horn: Arzt in China
Kampfkomitee Reinickendorf

Das GeFo 7 erscheint im November 1974 und enthält schwerpunktmäßig Artikel zur Berufsperspektive von Apothekern und zum Krankenhausfinanzierungsgesetz.

Das GeFo ist erhältlich in den linken Buchläden (DM 1.--) oder direkt beim Technischen Büro des GeFo (DM 1.-- + DM 0,70 Porto), im Abonnement (DM 6.-- für vier Ausgaben). Adresse: Technisches Büro des GeFo, 6239 Eppstein, Cuntzstr. 15

DAS SOZIALISTISCHE BÜRO - WORUM GEHT ES?

Sozialisten arbeiten heute in den Betrieben, in lokalen Gruppen, in Clubs, Basisgruppen an den Hochschulen und Schulen, innerhalb der Jugendverbände und als kritische Gruppierungen innerhalb der "offiziellen" Organisationen (Gewerkschaften, Kirchen, Parteien). In dieser weit verzweigten Praxis liegt die Chance einer neuen sozialistischen Bewegung. Aber: Ergebnisse der theoretischen Diskussion, praktische Erfahrungen, Modelle spezifischer und lokaler Gruppen bleiben ohne Auswirkung für die sozialistische Linke insgesamt, wenn sie nicht vermittelt werden. Und: noch immer fehlt es an Kooperation, die über die eigene Basisarbeit hinausgeht, und wenn es darauf ankommt, in kollektiver und solidarischer Aktion über den spezifischen Gruppen- oder Arbeitsbereich hinausgehende Forderungen und Selbstorganisation durchzusetzen, dann ist die Koordination meist unzureichend. Das Sozialistische Büro will helfen, eine bessere Kommunikation und Kooperation unter der sozialistischen Linken und ihren verschiedenen Gruppierungen zu entwickeln und damit zur größeren Effektivität sozialistischer Arbeit und zur Entwicklung einer neuen sozialistischen Klassenorganisation beitragen.
Deshalb machen wir "links", eine unabhängige, auf politische Praxis gerichtete sozialistische Zeitung. Deshalb gibt das Sozialistische Büro mit der GFP "express" (die Zeitung für sozialistische Betriebs- und Gewerkschaftsarbeit) heraus. Deshalb wurden zur Unterstützung einer sozialistischen Berufspraxis in verschiedenen Arbeitsfeldern Informationsdienste aufgebaut, so der Informationsdienst des Sozialistischen Lehrerbundes und die Infos Arbeiterbildung, Sozialarbeit und Gesundheitswesen. Ergänzend fördert das Sozialistische Büro mittels eines Bücher- & Papervertriebs die Herstellung und Verbreitung ausgewählter Schriften für die theoretische Arbeit, für Schulung, für Praxis in strategisch wichtigen Feldern, über lokale und projektbezogene Aktivitäten usw. In verschiedenen Broschürenreihen werden wichtige Materialien publiziert, so in der Reihe Betrieb und Gewerkschaften, der Reihe Internationale Solidarität, der Reihe Roter Pauker (Materialien für Lehrer) und der Reihe Plakat-Bauernverlag.

Die Entwicklung einer sozialistischen Perspektive ist die Voraussetzung dafür, daß im Zuge der Verschärfung betrieblicher und gewerkschaftlicher Kämpfe eine politische Organisation der Sozialisten in Westdeutschland sich entwickelt, die fähig wird, Klassenkämpfe mit politischer Zielsetzung zu führen. Das Sozialistische Büro sieht seine Aufgabe darin, zu diesem Prozeß der Entwicklung einer neuen Klassenorganisation beizutragen. Das Sozialistische Büro hält es aber für falsch, nun zur Gründung einer sozialistischen Partei aufzufordern. Die Entwicklung einer politischen Klassenorganisation kann nicht durch Verkündung vorgefertigter Programme von oben her erfolgen. Sie ist möglich nur dann, wenn sie von der Arbeiterklasse selbst getragen wird.

Das Sozialistische Büro kann und wird seine - wenn auch vorläufige - organisatorische Struktur in den Dienst einer solchen Organisierung stellen. Durch kontinuierliche Diskussion, sind die Perspektiven und Aktionsformen einer künftigen politischen Klassenorganisation so herauszuarbeiten, daß an ihrer Bestimmung alle diejenigen sich beteiligen können, die diese Organisation tragen werden.

Sozialistisches Büro, 6o5 Offenbach 4, Postfach 591