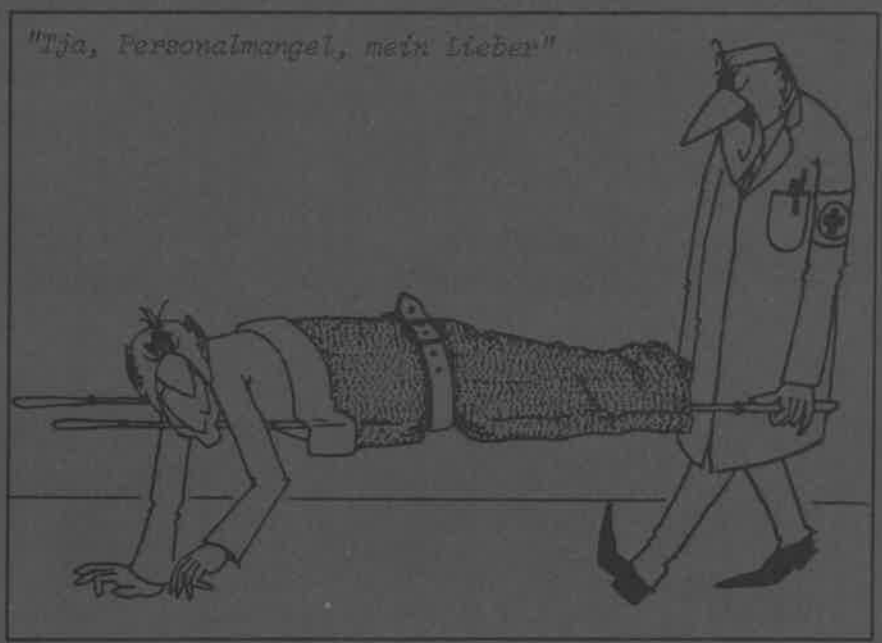
INFORMATIONSDIENST GESUNDHEITSWESEN

Schwerpunktthema: Ambulante Versorgung



Außerdem: Regionale Aktivitäten - Mainz
Frankfurt - Aachen - Stuttgart
Italien: Medizin und soziale Kontrolle

3

Offenbach/Stuttgart im Januar 1975
Preis vier Mark

Dieser Info wird gemacht vom Arbeitsfeld Gesundheitswesen im Sozialistischen Büro. Er dient der Kommunikation und Kooperation von Genossen und Gruppen, die mit sozialistischem Anspruch im Gesundheitswesen tätig sind.

Herausgeber: Sozialistisches Büro
6o5 Offenbach 4, Postfach 591

Redaktionsadresse: Arbeitsfeld Gesundheitswesen im Sozialistischen Büro
c/o Sozialistisches Regionalbüro, 7 Stuttgart
Neckarstr. 178

Verleger: Verlag 2ooo GmbH Offenbach

Erste Auflage, Januar 1975, 3000 Exemplare

Alle Rechte bei dem Herausgeber

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: Vorläufiger Koordinationsausschuß
des Arbeitsfeldes Gesundheitswesen im SB
Presserechtlich verantwortlich: Klaus Vack Offenbach
Druck: hbo-druck Bensheim

Der Info Gesundheitswesen kann auch im Abonnement bezogen werden. Bezugsgebühren für das Jahr 1975 DM 1o.-- + DM 2.8o Porto. Das Jahresabonnement beginnt mit Heft 3 und enthält vier reguläre Ausgaben (Einfachnummern). Die Einfachnummer kostet DM 3.--/DM 4.--, eine Doppelnummer DM 5.--/DM 6.--.

E R H Ä L T L I C H S I N D N O C H:

Info Gesundheitswesen, Heft 1, DM 3.--
Versuch einer Bestandsaufnahme - Bericht über die erste Arbeitstagung des Arbeitsfeldes - Berichte von Gruppen und Einzelgenossen aus Marburg, Frankfurt, Münster, Mainz, München, Erlangen, Essen, Würzburg, Papenburg und Westberlin

Info Gesundheitswesen, Heft 2, DM 4.--
Bericht über das zweite Treffen des Arbeitsfeldes - Beiträge zur Krankenhausreform (Zur Kostenexplosion der gesetzlichen Krankenversicherung - Informationen zum Krankenhausfinanzierungsgesetz - Das Krankenhaus im Gesamtgesundheitssystem und die gegenwärtige Reformbewegung am Krankenhaus) - Zur Einführung der 40-Stundenwoche im Krankenhaus - Mitbestimmung im Krankenhaus - Versuch einer Stadtteilarbeit im medizinischen Bereich in Berlin-Kreuzberg - Materialien zu Chile - Hinweise/Kleinanzeigen

INFORMATIONSDIENST GESUNDHEITSWESEN DES SOZIALISTISCHEN BÜROS

I N H A L T

Vorbemerkungen zu diesem Info
und Bericht des Koordinationsausschusses
des Arbeitsfeldes Gesundheitswesen
im Sozialistischen Büro Seite 3

SCHWERPUNKTTHEMA: AMBULANTE VERSORGUNG Seite 7

Zur Organisation der Gesundheitsversorgung
durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) Seite 7

Aktuelle Reformvorstellungen maßgeblicher Gruppen
der BRD zur ambulanten Versorgung Seite 27

Mitbeteiligung der Patienten an der Erkennung und Bekämpfung
der Krankheiten und ihrer Ursachen
im Bereich der ambulanten Versorgung Seite 35

Über den Kurs der "Neuen Ehrlichkeit" Seite 41

Prof. G. Jervis, Italien:
Medizin und soziale Kontrolle Seite 43

REGIONALE AKTIVITÄTEN Seite 53

Mainz: Über die Errichtung
eines regionalen Kommunikationsrahmens Seite 53

Frankfurt: Aufruf zur Arbeitstagung am 25./26.1.1975 Seite 58

Aachen: Das Lehrstück Reifferscheid Seite 59

Stuttgart: Typhusepidemie -
Oder die Seuche des Gesundheitswesens Seite 62

"express"-Tagung: Öffentlicher Dienst Seite 70

AMBULANTES GESUNDHEITSZENTRUM

In der Nähe von Frankfurt laufen zur Zeit die Bauvorbereitungen für ein ambulantes Gesundheitszentrum. In diesem geplanten Gesundheitszentrum wollen in ca. 18 Monaten mehrere Ärztinnen und Ärzte mit Sozialarbeitern,Psychologen, Arzthelferinnen, Krankengymnastinnen, MTA's usw. auf einer möglichst gleichberechtigten Basis zusammenarbeiten. Fest mitarbeiten werden bisher: 1 allgemeine Ärztin, 1 Frauenarzt, 1 Internist, 1 Kinderarzt, 1 Sozialpädagogin, 1 Sozialarbeiter, 1 Psychologe, 2 Arzthelferinnen, 1 MTA, 1 Verwaltungsfachmann.

Um die endgültige Planung für die erste und die zweite Baustufe dieses Projekts mit möglichst allen zukünftigen Mitarbeitern ab- und die inhaltliche Konzeption durchsprechen zu können, versuchen wir so rasch wie möglich abzuklären, welche Arzthelferinnen, Ärzte und Ärztinnen evtl. noch Interesse hätten, in diesem Gesundheitszentrum mitzuarbeiten.

Vom Bedarf her ist vor allem gedacht an: 1 Augenarzt, 1 Orthopäde, 1 HNO-Arzt, 1 Röntgenologe, 1 Psychiater (Neurologe), 1 weiterer Allgemeinmediziner, 1 Beschäftigungstherapeut(in), 2 - 4 Arzthelferinnen.

Interessenten bitte möglichst bald melden unter Telefon 06021/12534 oder schriftlich über Sozialistisches Büro, 6o5 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 7 enthält u.a.:
Der große Bluff mit der Atomenergie - Ein Beitrag zu den Risiken von Atomkraftwerken
Zur Berufsperspektive von Pharmazeuten in der Stadtteilarbeit
Das Krankenhausfinanzierungsgesetz - Eine kurze Analyse
Das GeFo 8 erscheint noch im Januar 1975 und enthält u.a. Materialien zur GKV, einen Bericht aus der ÖTV sowie einen Bericht von der Volksambulanz Berlin-Kreuzberg.

Das GeFo ist erhältlich in den linken Buchläden (DM 1.--) oder direkt beim Technischen Büro des GeFo (DM 1.-- + 0,70 Porto); Abonnement DM 6.-- für vier Ausgaben.

Technisches Büro des GeFo, 6239 Eppstein, Cuntzstr. 15

VORBEMERKUNGEN ZU DIESEM INFO UND BERICHT DES KOORDINATIONSAUSSCHUSSES DES ARBEITSFELDES GESUNDHEITWESEN IM SB

Auf dem letzten Treffen des Arbeitsfeldes Gesundheitswesen in Marburg am 22./23. Juni 1974 wurde ein Koordinationsausschuß (KOA) von etwa 15 Genossen aus verschiedenen Regionen der BRD und Westberlin gebildet, der inzwischen zweimal tagte. Laut Marburger Tagung hat der KOA die Aufgabe, künftige Arbeitstreffen intensiv vorzubereiten. Er ist außerdem für die Redaktion und kontinuierliche Herausgabe des Informationsdienstes Gesundheitswesen verantwortlich. Zur Information der Mitglieder des Arbeitsfeldes soll er zwischen zentralen Arbeitstagungen Rundbriefe herausgeben.

Es sollen hier nur die wesentlichen Diskussionspunkte und Beschlüsse der bisherigen KOA-Sitzungen wiedergegeben werden:

I Informationsdienst Gesundheitswesen (Info)
II Arbeitsprogramm des Arbeitsfeldes für 1975
III Sozialistisches Regionalbüro Stuttgart
IV Rundbrief
V Regionale Organisierung
VI Finanzielles

I - Informationsdienst Gesundheitswesen

Für eine längerfristige Info-Konzeption und deren Realisierung ist es zunächst notwendig, die Bedürfnisse der Einzelgenossen und Gruppen und die Schwerpunkte ihrer Arbeit zu bestimmen. In diesem Klärungsprozeß soll sich das Selbstverständnis des Arbeitsfeldes Gesundheitswesen entwickeln und unsere Bedeutung in der sozialistischen Bewegung bestimmt werden. Dieses Selbstverständnis soll längerfristig durch Thesen des Arbeitsfeldes (ähnlich denen des SLB) zum Ausdruck gebracht werden. Das Info soll keine agitatorische Zeitung für jedermann sein, sondern soll Beiträge zur Unterstützung und Verständigung der an der Basis politisch Aktiven bringen. In dem Informationsbedürfnis der aktiv arbeitenden Genossen des Arbeitsfeldes Gesundheitswesen und in der Nützlichkeit für die praktische Arbeit liegt also das Schwergewicht in der Konzeption unserer Publikationen. Anzustreben ist eine Diskussion jedes Info auf lokaler Ebene im Hinblick auf die Frage, ob die Leser darin ihre Probleme wiederfinden und was das Info künftig leisten soll. Als kurzfristiger Träger von aktuellen Informationen sollen künftig verstärkt "links" und "express" in Anspruch genommen und ein zusätzlicher Rundbrief (siehe Punkt IV) aufgebaut werden.

Für den Aufbau des Info selbst wurde folgender Vorschlag akzeptiert: 1) Analysen und Materialien zu aktuellen Problemen des Gesundheitswesens; 2) Berichte aus der Praxis der Genoss(inn)en und Gruppen;

3) Informationen (aktuelle Nachrichten, Termine, Rezensionen, Hinweise über freie Klinikstellen usw.). Die Auswahl der Beiträge erfolgt von dem Redaktionskollektiv. Um ein zusätzliches Treffen zu ersparen, setzt es sich vorerst aus dem Koordinationsausschuß und, soweit möglich, aus den Verfassern der Beiträge zusammen.

Für Teil 1 (Analysen und Materialien) werden einerseits Schwerpunkte gesetzt, die in engem Zusammenhang mit bevorstehenden Arbeitstreffen stehen, andererseits sollen auch aktuelle Fragen aus der Praxis aufgegriffen werden (z.B. Rationalisierung) oder zu Beiträgen früherer Infos Stellung genommen werden.

Zu Teil 2: Da das Thema Krankenhaus bisher nur theoretisch unter dem Aspekt Krankenhausreformgesetz behandelt wurde, über dessen Auswirkungen auf die Betroffenen am Arbeitsplatz noch keine Beiträge vorliegen, sind insbesondere die Genoss(inn)en in den Krankenhäusern aufgefordert, über ihre praktischen Erfahrungen zu berichten; natürlich auch aus allen anderen Bereichen.

II - Arbeitsprogramm des Arbeitsfeldes für 1975

Bei der Festlegung eines Arbeitsprogramms haben wir versucht, die möglichen (und notwendigen) Aktivitäten des Arbeitsfeldes Gesundheitswesen zu gliedern, um längerfristige Themen für Arbeitstreffen und Infos zu bestimmen. Übergeordnete Sektoren sind:
+ Krankenhausbetrieb
+ Ambulante Versorgung
+ Ausbildung/Uni
+ Arbeitsmedizin und Pharmazie

Das Thema Krankenhaus soll auf jeden Fall kontinuierlich weiter behandelt werden. Wir sollten ein Treffen der im Krankenhaus arbeitenden Genoss(inn)en im Juni 1975 anvisieren. Neben der Betriebsgruppenarbeit kommt der gewerkschaftlichen Bildungsarbeit eine wichtige Rolle zu (insbesondere in Bezug auf die Politisierung des Pflegepersonals). Hierzu soll für interessierte ÖTV-Genossen im März 1975 ein Informationsseminar mit dem Arbeitsfeld Arbeiterbildung im Sozialistischen Büro stattfinden. Obwohl ein Bildungskonzept vom ÖTV-Hauptvorstand beschlossen wurde, bestehen in den einzelnen Kreisvorständen immer noch große Barrieren, dafür örtliche Mitarbeiterkreise aufzubauen.

Der Sektor ambulante Versorgung soll die nächste zentrale Tagung behandeln. Dieses Treffen am 1./2. Februar 1975 soll sich insbesondere mit der Beteiligung der Patienten beschäftigen und ist deshalb Schwerpunktthema dieses Info 3.

Für den Sektor Universität bietet sich als Thema die Auswirkungen der AO an. Die Erfahrungen in den klinischen Semestern müssen jedoch noch abgewartet werden. Ein Treffen hierzu ist für Ende WS 75/76 geplant. Bis dahin sollen Berichte und Analysen gesammelt werden und eine Uni-Gruppe dieses Treffen verantwortlich vorbereiten.

Zusätzlich zu diesem Arbeitsprogramm geht es im Aufbau des Arbeits-

feldes darum, die bestehenden Kontakte innerhalb des Arbeitsfeldes auszubauen und zu festigen und zu einer verbindlichen Arbeit im Bundesmaßstab und auf regionaler Ebene zu kommen. Der zweite Schritt sei die Verbindung zu den anderen Arbeitsfeldern, gegenseitige Information und, wo möglich, Kooperation und die Entwicklung gemeinsamer Projekte.

III - Sozialistisches Regionalbüro Stuttgart

Ab 1. Januar 1975 arbeitet das Sozialistische Regionalbüro in Stuttgart. Infolge des enormen Arbeitsanfalls des SB in Offenbach sollen bestimmte Arbeitsfelder, die bisher dort gemacht wurden, auf nach und nach zu bildende Regionalbüros verteilt werden. Das Stuttgarter Regionalbüro wird dabei u.a. das Arbeitsfeld Gesundheitswesen betreuen. In dem Regionalbüro Stuttgart arbeitet ab 1. Januar 1975 der Genosse Peter Grohmann als hauptamtlicher Sekretär. Die Adresse des Arbeitsfeldes Gesundheitswesen im Sozialistischen Büro lautet somit ab 1.1.1975 c/o Sozialistisches Regionalbüro, 7 Stuttgart, Neckarstr. 178. Der Vertrieb des Info läuft jedoch weiterhin über Verlag 2ooo GmbH, 6o5 Offenbach 4, Postfach 591.

IV - Rundbrief

Funktion: Austausch von Informationen und Arbeitsmaterial, d.h., Aufrechterhaltung der Kommunikation zwischen zentralen Treffen, Darstellung von Diskussions- und Arbeitserfahrungen, Vermittlung wichtiger Nachrichten, Kommunikation mit den anderen Arbeitsfeldern des SB, Information aus anderen linken Gesundheitsmedien. Die Diskussion des Rundbriefes ging u.a. um die Frage, ob der Kreis der Empfänger eingeschränkt werden soll. Um die Mobilisierungsfunktion des Rundbriefes vorerst zu erhalten, einigten wir uns darauf, ihn zunächst an alle Adressen zu verschicken und den Empfängerkreis erst später einzuengen. Darüber hinaus wird Peter Grohmann die Aufgabe zukommen, als zentraler Informationsvermittler im Arbeitsfeld Gesundheitswesen Informationen zu sammeln und zu verteilen, evtl. auch unabhängig von Info bzw. Rundbrief (Arbeitsmaterialien, technische Hinweise usw.). Für den Rundbrief bestimmte längere Beiträge sollen am besten auf Matritzen geschrieben nach Stuttgart geschickt werden.

V - Regionale Organisierung

Auf Grund der von Ort zu Ort unterschiedlich fortgeschrittenen Basisarbeit bestehen unterschiedliche Bedürfnisse: Zum Teil haben regionale Gruppen erst die Funktion, einen gewissen Rückhalt, eine Art "politische Heimat" zu sein, z.B. in der Diskussion um die SB-Thesen, um in dieser Auseinandersetzung Gemeinsamkeiten zu erarbeiten für praktische Ansätze. Bei anderen geht es um Erfahrungsaustausch und Einschätzung der konkreten Arbeitsergebnisse in der Betriebsgruppe oder in der Stadtteilarbeit. Die Bildung regionaler Arbeitskreise bzw. monatlicher Treffen in einem Plenum werden angeregt (Möglichkeit auch zur Aktivierung außenstehender Sympathisanten). Soweit es andere SB-Gruppen an einem Ort gibt, sollte mit ihnen Kontakt aufgenommen werden (z.B. Sozialarbeiter u.a.).

VI - Finanzielles

Diese Vorhaben kosten natürlich Geld. Bisher bestanden keine festgeschriebenen Regelungen zwischen dem SB und den Arbeitsfeldern. Zunächst ist festzuhalten, daß das SB aus seinem Gesamtaufkommen die einzelnen Arbeitsfelder, die gesamten Personalkosten und spezielle übergreifende Aktionen zu tragen hat. Von daher muß auch aus den Arbeitsfeldern ein eigener Beitrag zum SB geleistet werden. Unabhängig davon ist es außerordentlich wichtig, an der politischen Bestimmung des SB - z.B. durch die Thesendiskussion - teilzunehmen. Das heißt: Mitgliedschaften im SB sind nicht nur beschränkt auf einen "Funktionärskreis", sondern breiter als bisher. Das gilt auch für das Arbeitsfeld Gesundheitswesen.

Beschlossen wurde, daß besonders im Aufbau des Arbeitsfeldes ein eigener Pool geschaffen werden sollte. Das Konto des SB erhält ein Kennwort: Arbeitsfeld Gesundheitswesen. Spenden und Fördererbeiträge, die auf dieses Konto eingezahlt werden, kommen dem Arbeitsfeld direkt zugute. Solche zweckgebundene Spenden können eingezahlt werden an Arbeitsgruppe Sozialistisches Büro, Offenbach, Postscheckamt Frankfurt, Konto Nr. 295680-605 mit dem Vermerk "Arbeitsfeld Gesundheitswesen".

Zu diesem Info

Dieser Info 3 enthält schwerpunktmäßig Berichte und Analysen zur ambulanten Versorgung, da dieser Sektor Thema des nächsten Arbeitstreffens sein soll. Das Treffen wird am 1./2. Februar 1975 in Münster stattfinden. Auf diesem Treffen schlagen wir vor, zu dem Schwerpunkt folgende Arbeitsgruppen zu bilden:

1. Beteiligung an der Diagnose und Therapie von bestimmten Krankheiten in Patientengruppen
2. Einflußmöglichkeiten der Patienten auf die institutionelle Struktur der ambulanten Versorgung
3. Durchführung von politischen Aktionen, um die gesellschaftlichen Ursachen von Krankheit zu bekämpfen.

Nähere Informationen und weitere Arbeitsmaterialien werden zusammengestellt. Alle Teilnehmer und Interessenten können diese Materialien in Stuttgart anfordern (Sozialistisches Regionalbüro, 7 Stuttgart, Neckarstr. 178). Eine Aufarbeitung der Materialien und der Arbeitstagung soll im Rundbrief 3 erscheinen.

Ober-Sensbach, 30. Dezember 1974
Redaktionskollektiv für die Endredaktion dieses Info 3.

ZUR ORGANISATION DER GESUNDHEITSVERSORGUNG DURCH DIE GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG (GKV)

INHALTSÜBERSICHT DIESES BEITRAGS:

1. Die gesetzliche Krankenversicherung
   als Knotenpunkt von Interessen
   1.1 Lohnarbeiter
   1.2 Die Interessen des Kapitals
       an der Gesundheitsversorgung der Lohnarbeiter
   1.3 Interesse der Ärzte

2. Die heutige institutionelle Fixierung der GKV
   2.1 Mitglieder
   2.2 Aufbringung der Mittel
   2.3 Träger
   2.4 Selbstverwaltung
   2.5 Leistungen
   2.6 Das Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen -
       Sicherstellungsauftrag

Im ersten Teil dieses Beitrags wird versucht, unter systematischen Gesichtspunkten die Herausbildung des heutigen Systems der GKV darzustellen. Dabei wird besonders am Anfang relativ abstrakt argumentiert; einige Grundkategorien der Politökonomie werden vorausgesetzt.

Wesentlich konkreter ist der zweite Teil. Er behandelt in Anlehnung an die Gliederung der RVO (Reichsversicherungsordnung, 2. Buch: Krankenversicherung) die heutige Verfassung der GKV, zum Teil ergänzt durch historische Rückblicke. Was dazu noch fehlt, ist eine Erörterung der Einflußmöglichkeiten der Kassen auf ihre Ausgaben (sie haben in der Tat so gut wie keine, solange die gegenwärtige Struktur der GKV unangetastet bleibt). Zur Ausgabenentwicklung vgl. den Beitrag "Zur Kostenexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung" im Informationsdienst Gesundheitswesen, Heft 2.

Die Zitierweise erfolgt nicht streng wissenschaftlich: um dem Leser ständiges Blättern zu ersparen, wurde jeweils im Text in Kurzform auf die zitierten oder verwendeten Autoren verwiesen. Anhand der Literaturliste am Ende können die Quellenbezüge dann hergestellt werden.

1. DIE GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG ALS KNOTENPUNKT VON INTERESSEN

1.1 Lohnarbeiter

Gesundheit ist zunächst - unabhängig von den Produktionsverhältnissen - für jeden Menschen Grundbedürfnis, Bedingung seiner Entfaltung. Für den Lohnarbeiter jedoch ist sie zugleich ökonomische Existenzbedingung, weil Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit seiner Arbeitskraft, der einzigen Ware, die er verkaufen kann, um sich zu reproduzieren.

Wenn wir uns zunächst der Frühphase kapitalistischer Produktionsverhältnisse zuwenden, können wir von zwei Dingen ausgehen. Erstens: Der "freie" Lohnarbeiter ist auch frei von sozialen Sicherungen; die Institutionen, die im Feudalismus eine gewisse soziale Sicherheit garantiert haben, Familie und kirchliche bzw. fürstliche Caritas, konnten dies nicht mehr leisten. Zweitens: Die Warenproduktion hat sich bereits soweit verallgemeinert, daß medizinische Dienstleistungen und Heilmittel als Ware produziert werden. Der Arbeiter muß also einen Teil seines Lohns aufwenden, um im Bedarfsfall den speziellen Gebrauchswert "Heilung von Krankheit" zu erwerben. Die Patient-Arzt-Beziehung erhält damit die ökonomische Form einer Beziehung zwischen Käufer und Verkäufer von Dienstleistungen.

Der Gebrauchswert "Heilung von Krankheit" zeichnet sich nun durch einige Besonderheiten aus (vgl. Ripke, S. 38):
- der Bedarf ist vom Individuum weder nach Zeitpunkt noch nach Ausmaß planbar (im Gegensatz z.B. zum Bedarf nach Nahrung);
- der Bedarf tritt gerade dann auch, wenn der Lohnarbeiter seine Arbeitskraft, eben wegen Krankheit, nicht verkaufen kann.

Diese Besonderheiten begünstigen den Zusammenschluß der Käufer zu Versicherungen,also kollektive statt individuelle Lösung des Problems.

Bereits an dieser Stelle können wir festhalten:

1. Der Fonds der Krankenversicherung, der aus den individuellen Beiträgen gebildet wird, bildet einen Teillohnfonds der Arbeiterklasse, denn er geht ein in die Reproduktion der Ware Arbeitskraft. Dies bleibt auch dann richtig, wenn der Fonds nicht mehr aus Beiträgen der Arbeiter allein, sondern auch aus Unternehmerbeiträgen und Staatszuschüssen gespeist wird.

2. Der Zusammenschluß der Käufer bedingt ein gewisses Ausmaß von Kontrolle des Kollektivs gegenüber dem Individuum. Da allerdings hier "der Konsum normalerweise keinen 'Genuß' darstellt, kann ... die Kontrolle, daß keiner mehr konsumiert als zur Behebung seiner Krankheit notwendig ist, sehr viel geringer gehalten werden als sagen wir bei einem gemeinsamen Fonds zum Kauf eines Autos." (Ripke, S. 38) - Weiter unten werden wir sehen, wie dieser Gegensatz Individuum - Kollektiv zur Verschleierung eines ganz anderen Widerspruchs herhalten muß.

3. Die Zusammenfassung individueller Ausgaben für Gesundheit in einen kollektiven Fonds macht, sobald dieser Fonds ein gewisses quantitatives Ausmaß erreicht hat, eine prinzipiell andere ökonomische Form

der Beziehung zwischen Patient und Arzt möglich als die Käufer-Verkäufer-Beziehung. Aus diesem Fonds können nämlich eigene 'Reparaturwerkstätten" der Ware Arbeitskraft errichtet und unterhalten werden, mit angestellten Ärzten etc. - Solche Eigeneinrichtungen der Krankenkassen (Ambulatorien, Sanatorien,Eigeneinrichtungen für Herstellung und Vertrieb von Arzneimitteln) hat es historisch gegeben, gibt es in geringerem Umfang auch heute noch. Daß sie sich nicht durchsetzen konnten, ist vor allem dem erfolgreichen Abwehrkampf der Ärzteschaft gegen die drohende Lohnabhängigkeit zu danken (vgl. dazu Abschnitt 1.3).

Historisch entstanden solche Hilfs- und Unterstützungskassen schon zu Beginn des 19. Jahrhunderts, also lange vor der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung, als Selbsthilfeorganisationen der neuen Klasse der Fabrikarbeiter, zunächst auf enger lokaler bzw. betrieblicher Grundlage (vgl. Peschke, S. 75 ff). Sie bildeten die ersten Ansätze gewerkschaftlicher Organisation und wurden bald auch bewußt als legale Deckform zur Hintergehung des Koalitionsverbots benutzt, was später unter dem Sozialistengesetz mit den freien Hilfskassen nochmal wiederholt wurde (vgl. Peschke, S. 314 f.). - Dieser freiwilligen sozialen Selbsthilfe waren allerdings enge Schranken gesetzt: einmal, da der Bedarf an Gesundheitsdiensten im allgemeinen erst bei Krankheit ins Bewußtsein tritt, also auch die Notwendigkeit einer vorsorglichen Beitragszahlung nicht unmittelbar einsichtig erscheint (dieser Gesichtspunkt dürfte auch bei der Schwäche der Arbeiterbewegung an der Front des Verteilungskampfes eine Rolle spielen, an der es um die Beiträge zur Sozialversicherung geht und um die Verfassung des Systems der sozialen Sicherheit); zum anderen aber - und dieser Gesichtspunkt dürfte der ausschlaggebende sein - weil das allgemeine Lohnniveau so niedrig lag, daß die Beiträge nur unter Opfern aufzubringen waren.

Damit stellte sich das Problem einer staatlich verfügten Zwangsversicherung mit Förderung durch Unternehmerbeteiligung oder Staatszuschüsse. Erste zaghafte Schritte in dieser Richtung erfolgten bereits 1845 mit der preußischen Gewerbeordnung (vgl. Peschke, S. 88 f.). - Warum und wie der Staat aber schließlich tätig wird, das läßt sich nur erklären, wenn die Interessen des Kapitals mit in die Betrachtung einbezogen werden.

1.2 Die Interessen des Kapitals an der Gesundheitsversorgung der Lohnarbeiter

Die Reproduktion des Lohnarbeiters als Klasse, und das heißt in gewissen Grenzen auch: Gesunderhaltung, ist eine der langfristigen Verwertungsbedingungen des Kapitals. Soweit die Sicherstellung der Verwertungsbedingungen nicht vom Einzelkapital (profitlich) gewährleistet werden kann, fällt diese Aufgabe dem Staat zu. - Für die Durchsetzung der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Bismarck'schen Sozialreform sind allerdings noch zwei andere Gesichtspunkte ausschlaggebend. Zum einen der Übergang des deutschen Kapitalismus von extensiven zu intensiven Ausbeutungsformen; vor allem aber: die Existenz einer starken, organisierten Arbeiterbewegung, die Maßnahmen zur Befriedung sozialen Konfliktpotentials erzwang.

Diese Arbeiterbewegung konnte ihre Interessen bei der konkreten institutionellen Ausgestaltung der GKV allerdings nicht durchsetzen: Die Zersplitterung der Krankenkassen, die mit der Einführung der GKV fixiert wurde, sollte sich (neben der Aufspaltung nach Versicherungsrisiken) als entscheidendes Moment der Schwäche herausstellen; sie konnte bis heute nicht überwunden werden. Mit der Beteiligung der Unternehmer in den Selbstverwaltungsorganen erhielten die Kassen von vornherein einen zwiespältigen Charakter: einerseits soziale Errungenschaft der Arbeiterklasse, andererseits Disziplinierungsinstrument in Händen des Kapitals. Diese Position in der Selbstverwaltung nämlich - eingeführt gegen den Widerstand der Reichstagsfraktion der SPD, später noch ausgebaut durch Erhöhung des Sitzanteils von ein Drittel auf ein Halb -, erlaubt dem Kapital hier direkt sein Verwertungsinteresse durchzusetzen: durch Niedrighalten der Leistungen Druck auf das historische und moralische Element des Werts der Arbeitskraft auszuüben. Hier liegt der eigentliche Kern der Kontroll- und Disziplinierungsfunktion der Kassen (die reichlich Niederschlag findet in Krankenordnungen, Vertrauensärztlichem Dienst, Selbstbeteiligungen, § 182 Abs.2, § 368 e RVO usw.). "Die entscheidende Bruchstelle zwischen der ausgebeuteten Klasse und der Ausbeuterklasse wird ins Proletariat selbst verlagert, wo sie die Form eines Widerspruchs zwischen den Interessen des Individuums und denen des Kollektivs annimmt" (Polack, S. 168). Die Beitragsteilung beinhaltet weitere Momente der Schwächung. Wenn sie sich einerseits bei Einführung der GKV als Lohnsteigerung auswirkte, so muß sie andererseits als Vorwand für die Selbstverwaltungsteilung herhalten, verbreitet allerlei Nebeldünste bezüglich des sozialen Charakters des Kapitals und wirkt sich schließlich fatal aus, indem eine scheinbare Interessenidentität zwischen Kapital und Arbeit hervorgebracht wird: eine Beitragssteigerung bedeutet nämlich für den Lohnarbeiter eine Verminderung seines ausgezahlten Lohns, für den Kapitalisten eine Verminderung seines Profits, beide können am gleichen Strang ziehen.

Überdies hat der Kapitalist damit ein weiteres Zwangsmittel gegen den Arbeiter in der Hand: im Fall eines wilden Streiks kann er die Krankenversicherung einseitig kündigen, ohne den Arbeiter davon zu unterrichten; will der seinen Versicherungsschutz nicht verlieren, muß er sich zum vollen, d.h. aber für ihn, zum doppelten Beitragssatz freiwillig weiterversichern (vgl. Ripke, S. 49).

Schließlich bedeutet die Staatsaufsicht, die im Zuge der historischen Entwicklung immer weiter perfektioniert wurde und heute in der gesetzlichen Fixierung jedes Details der Verfassung der GKV gipfelt, eine entscheidende Fessel für wirksame Interessenvertretung der Arbeiterklasse.

1.3 Interessen der Ärzte

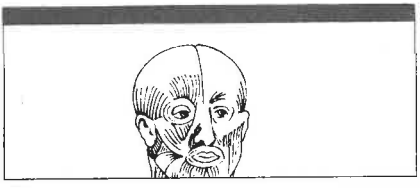
Zur Zeit der Einführung der GKV lag der Sicherstellungsauftrag allein bei den Kassen. Diese schlossen Einzelverträge mit Ärzten über die Versorgung ihrer Mitglieder ab und hatten zu Anfang Mühe, genügend qualifizierte Ärzte für diese Aufgabe zu finden. Die Forderung nach freier Arztwahl war damals noch eine gewerkschaftliche Forderung, nämlich nach qualifizierter ärztlicher Betreuung, gegen die Aus-

Gewerk-schaften und Medizin

Herausgegeben vom SAB

Diskussionsreihe

Mit der Diskussionsreihe „ GEWERKSCHAFTEN UND MEDIZIN " will der „Sozialwissenschaftliche Arbeitskreis" nicht nur die Ergebnisse eigener Arbeit zur Diskussion stellen, sondern ebenso Arbeiten von Gruppen und Individuen in der BRD und in Westberlin, die sich mit dem Thema Gesundheitssystem und gewerkschaftlicher Arbeit wissenschaftlich und praktisch auseinandersetzen.



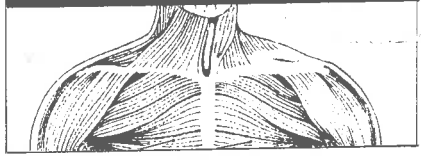
GEWERKSCHAFTEN UND MEDIZIN 1
Bedingungen und Möglichkeiten
176 Seiten; brosch.; DM 8,80

Die abgedruckten Arbeiten sind in Auseinandersetzung mit Problemen praktischer Gewerkschaftsarbeit entstanden, an denen die Gruppe beteiligt war.

GEWERKSCHAFTEN UND MEDIZIN 2
Betriebsärztliche Versorgung in der BRD und anderen EG - Staaten
186 Seiten; brosch.; DM 8,80

In der Arbeit, die von Sabine Kaiser im Rahmen des SAB verfaßt wurde, wird die Entwicklung und aktuelle Situation der betriebsärztlichen Versorgung in der BRD dargestellt und mit anderen kapitalistischen Ländern verglichen. Sie stellt empirisch exemplarische Materialien zum Verhältnis von Ökonomie, Politik und Recht dar und leistet einen Beitrag zur Darstellung des produktionsbezogenen Gesundheitssystems.

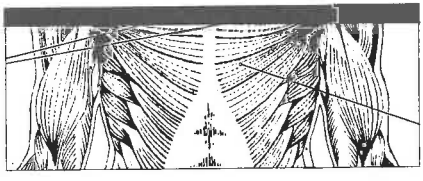
GEWERKSCHAFTEN UND MEDIZIN 3
Rahmenbedingungen und Reformvorschläge zur Gesundheitspolitik
176 Seiten; brosch.; DM 12,–



GEWERKSCHAFTEN UND MEDIZIN 4
Mitbestimmung und Rationalisierung im Krankenhaus (Arbeitstitel)
ca. 190 Seiten; brosch.; ca. DM 12,–
(Erscheint im Frühjahr 1975)

GEWERKSCHAFTEN UND MEDIZIN 5
Zur Studiensituation von Medizinstudenten (Arbeitstitel), ca. 120 Seiten; brosch.; ca. DM 8,80 (Erscheint im Frühjahr/ Sommer 1975)

GEWERKSCHAFTEN UND MEDIZIN 6
Entwürfe für einen medizinsoziologischen Unterricht an den Aus–, Fort– und Weiterbildungseinrichtungen des Gesundheitssystems (Arbeitstitel), ca. 160 Seiten; brosch.;ca.DM 12,–
(Erscheint im Herbst 1975)



Autorenkollektiv
GESUNDHEITSSYSTEM IN DER BRD
Materialien zur Analyse
262 Seiten; brosch.; DM 12,80

Fordern Sie unseren Gesamtkatalog an !

VSA — Verlag für das Studium der Arbeiterbewegung GmbH
1 Berlin (West) 36, Erkelenzdamm 7,
Tel. 030/614 60 10

lieferung an Quacksalber. Mit der Ausdehnung der Versicherungspflicht gewann allerdings sehr bald der Fonds der GKV entscheidende wirtschaftliche Bedeutung für die Ärzteschaft. Und in dem Maße, wie dies deutlich wurde, formierte sich die Politik der Ärzteschaft zur konsequenten und sehr erfolgreichen Interessenpolitik. Dabei ging es um folgende Ziele:

Ausschaltung bzw. Kontrolle der innerärztlichen Konkurrenz (Stationen: Gründung und Konsolidierung des "Verbandes der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen", des späteren Hartmannbundes; Ablösung des Einzelvertragssystems durch Kollektivverträge zwischen Kassen und Ärzteverbänden - Annäherung an dieses Ziel mit dem Berliner Abkommen 1913; endgültig durchgesetzt 1931 -; Zwangsmitgliedschaft in den ärztlichen Standesorganisationen - seit dem Faschismus -; seit 1955 Sicherstellungsauftrag und damit die gestalterische Kompetenz für die kassenärztliche Versorgung praktisch allein in den Händen der Kassenärztlichen Vereinigungen; Numerus clausus)

Abwehr der drohenden Lohnabhängigkeit (vgl. 3 unter Abschnitt 1.1): Kampf gegen Eigeneinrichtungen der Kassen und gegen ambulante Versorgungsinstitutionen des Staats; Absicherung des Monopols der frei praktizierenden Ärzte in der ambulanten Versorgung.

Widerstand gegen jede Ausweitung der Versicherungspflicht im Interesse der Erhaltung einer (noch) besser bezahlenden Privatklientel.

Nur der letzte Punkt konnte von der Ärzteschaft nicht voll durchgesetzt werden. Ansonsten ist die heutige Verfassung der GKV wesentlich auch Ergebnis der erfolgreichen gesetzlichen Absicherung der ökonomischen Interessen der Ärzteschaft.

2. DIE HEUTIGE INSTITUTIONELLE FIXIERUNG DER GKV

2.1 Mitgliedschaft

Entscheidend für die Pflichtversicherung sind zwei Kriterien: Berufszugehörigkeit und Einkommenshöhe. Bei Einführung der GKV wurden zunächst nur Lohnabhängige in bestimmten Bereichen der unmittelbaren materiellen Produktion bis zu einer gewissen (niedrigen) Einkommensgrenze pflichtversichert (1885: ca. 5 Millionen, was ca. 9 % der Bevölkerung entspricht). Im Laufe der weiteren Entwicklung wurde der Kreis der Pflichtversicherten ständig ausgedehnt:

- durch Ausdehnung der Versicherungspflicht auf weitere Bereiche der Produktion (und der Zirkulationssphäre);
- durch Erhöhung der Einkommensgrenze (Versicherungspflichtgrenze);
- durch Übernahme der Gesundheitsversorgung von Teilen der Bevölkerung, die nicht direkt im kapitalistischen Produktionsprozeß stehen (Beispiel: Mitversorgung der Familienangehörigen seit 1930 Pflichtleistung der Kassen; vorher nur Kann-Bestimmung);
- Durch Einführung der Versicherungspflicht für bestimmte Selbständige (z.B. seit Oktober 1972 Landwirte) und Öffnung der GKV für höherverdienende Lohnabhängige (Recht auf freiwilligen Beitritt).

Einige Zahlen zu dieser Entwicklung: 1911: ca. 10 Millionen Pflichtversicherte; 1932: 18,7 Millionen; 1951: 20 Millionen; 1969: 30 Millionen.

Pflichtversichert sind heute:
- Arbeiter (alle, ohne Rücksicht auf Lohnhöhe; auch Gesellen, Lehrlinge);
- Angestellte mit einem Einkommen bis zur Versicherungspflichtgrenze (letztere ist an die allgemeine Lohnentwicklung gekoppelt, wird jährlich neu errechnet; 1975: 2100 DM Monatseinkommen; 1974: 1875 DM Monatseinkommen; 1971: 1425 DM Monatseinkommen);
- Arbeitslose; Rentner;
- Bestimmte Schüler- und Selbständigengruppen (ab Oktober 1975 geplant: auch Studenten).

Zu freiwilliger Versicherung in der GKV sind u.a. berechtigt:
- Selbständige, deren Einkommen nicht über der Versicherungspflichtgrenze liegt;
- Angestellte mit einem Gehalt über der Versicherungspflichtgrenze unter gewissen einschränkenden Bedingungen.

Die Verteilung der Gesamtbevölkerung der BRD auf GKV bzw. Private Krankenversicherungen (PKV) im Jahr 1971 zeigt die folgende Tabelle:

		Anzahl in 1000	Anteil an der Bevölkerung
GKV-Mitglieder	Pflichtmitglieder	18.402	30,1
	Rentner	8.256	7,9
	Freiwillige Mitglieder	4.822	7,9
	Mitversicherte Familienangehörige	23.110	37,8
	Total GKV	54.590	89,2
	Private KV	5.212	8,5
	Sonstige KV	885	1,4
	Nicht krankenversichert	550	0,9

(Schema nach V.d. Bussche, S. 41)

Die Tendenz zur ständigen Ausweitung des Kreises der GKV-Versicherten bedroht die Existenzgrundlage der Privaten Krankenversicherung und stößt auf erbitterten Widerstand von dieser Seite. Innerhalb dieser

Konkurrenz GKV - PKV deutet sich allerdings in den letzten Jahren eine neuartige Entwicklung an, nämlich die Überlagerung der GKV durch Zusatzversicherungen, die mit der privaten Versicherungswirtschaft abgeschlossen werden (vgl. Hans See, S. 108-112; AsM 5/1973, S. 15o-153).

2.2 Aufbringung der Mittel

Die nötigen Finanzen werden im wesentlichen durch Beiträge der Mitglieder aufgebracht. Staatszuschüsse (wie z.B. zur Mutterschaftshilfe, geplant auch zur Studentenversicherung) spielen nur eine untergeordnete Rolle. (Gesamtfinanzierung der Krankenversicherung nach Quellen (1972): Unternehmen 45 %, Staat 5 %, private Haushalte 49 %, Sonstige 1 % (V.d.Bussche, S. 29)).

Für versicherungspflichtige Arbeiter und Angestellte werdendie Beiträge je zur Hälfte vom Versicherten und vom Arbeit"geber" bezahlt (zur politischen und ökonomischen Einschätzung dieser Beitragsteilung siehe unter Abschnitt 1.2). Versicherungsberechtigte haben die Beiträge im allgemeinen allein zu tragen. Für Rentner bezahlen sie im allgemeinen die Rentenversicherungsträger, für Arbeitslose die Bundesanstalt für Arbeit.

Die Beiträge der Erwerbstätigen werden durch zwei Parameter bestimmt: den Beitragssatz und die Beitragsbemessungsgrenze (BBG). Letztere ist im allgemeinen identisch mit der Versicherungspflichtgrenze. Der Beitragssatz legt die Höhe des Beitrags in Prozenten des Grundlohns fest (Grundlohn ungefähr gleich dem regelmäßigen Einkommen). Das Einkommen wird allerdings nur bis zur BBG belastet, d.h., ein höher Verdienender bezahlt nur soviel Beitrag wie einer, dessen Einkommen in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze liegt.

Die Beiträge sind also nach Einkommen gestaffelt; andererseits hat jedes Mitglied einer Krankenkasse (mit Einschränkungen, s.u.) Anspruch auf die gleichen Leistungen, ebenso wie die Familienangehörigen eines Versicherten, ohne daß sich dadurch der Beitrag des Versicherten erhöht. Dieses Solidaritätsprinzip innerhalb der GKV (gleiche Leistung bei verschiedenen Beiträgen - im Unterschied zu dem Äquivalenzprinzip, das in der privaten Krankenversicherung vorherrscht), wird allerdings auch vielfach durchbrochen:

- Barleistungen wie Krankengeld erfolgen nicht einheitlich, sondern richten sich nach dem Einkommen bzw. dem Grundlohn;
- Einkommen oberhalb der BBG werden zwar absolut höher, relativ jedoch geringer belastet als die übrigen Einkommen;
- Umverteilungen finden im wesentlichen nur unter den Mitgliedern einer Kasse statt. Angestellten-Ersatzkassen z.B. vereinen Mitglieder mit höheren Einkommen und geringem Morbiditätsrisiko, haben aber auch mehr Geld. - Zwischen den verschiedenen RVO-Kassen gibt es nur einen beschränkten Finanzausgleich.

Der Beitragssatz ist der einzige Parameter, über den die Krankenkasse (per Satzung) verfügen kann. In den letzten Jahren sind die durchschnittlichen Beitragssätze laufend gestiegen, 1975 werden sie auf breiter Front die 10 % Marke überschreiten. Gestiegene Kosten wurden also bisher auf die Versicherten abgewälzt.

2.3 Träger der GKV

Heute gibt es ca. 1600 verschiedene Träger, ca. 400 Ortskrankenkassen (AOK's), über 1000 Betriebskrankenkassen (diese bieten für den Unternehmer Vorteile, z.B. Kontrolle des Krankenstandes), ca. 170 Innungs-, 19 Landwirtschaftliche-,1 See-, 1 Knappschaftskrankenkasse und 15 Ersatzkassen (zum Vergleich: 1911: 22000, 1951: ca. 2000 Kassen).

Übersicht über die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nach Patzer, S. 10

TRÄGER DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

	Pflicht oder Gesetzliche Krankenkassen			Berufliche Sonderkrankenkassen und andere Träger der Krankenversicherung			
Versicherungsträger:	Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen	Bundesknappschaft	Seekasse	Landwirtschaftliche Krankenkasse	Landesversicherungsanstalt Abt. Kr.Vers.	Ersatzkassen	
Selbstverwaltung:	1/2 Arbeitnehmer(AN) 1/2 Arbeitgeber (AG)	2/3 AN 1/3 AG	1/2 AN 1/2 AG	Keine:wird durch Landw. Berufsgen. verwaltet.	Durch Organe d. Landesversanstalt.	Nur Arb.nehmer	
Aufsichtsbehörde:	Oberste Verw.behörde d.Gebietskörperschaften	Bundesversicherungsamt	Bundesvers.amt	Oberste Verw. behörden der Gebietskörp.	Oberste Verw. behörde des Landes	Bundesversicherungsamt	
Gewährleistungsträger bzw.Trägerkörperschaft:	Für OKK:Gemeindeverbd. Für BKK:Arbeitgeber Für IKK:Innung	Bund	Seeberufsgenossenschaft	Landw.Berufsgenossenschaft	Landesversanstalt	Nicht vorhanden	
Zuständigkeit, Personenkreis:	Für OKK:versicherungspflichtige u.-berechtigte,die Wohnen od.Beschäftigung gehören. Für BKK:Versicherungspflichtige u.-berechtigte An des Betriebes,für den die BKK errichtet ist. Für IKK:versicherungspflichtige u.-berechtigte An in Innungsbetrieben. Für alle drei Kassen: Rentner,Rentenbewerber,Arbeitslose	Beschäftigte in knappsch. Betrieben. Rentenempfänger und -bezieher, Arbeitslose.	Beschäftigte deutscher Seefahrzeuge, Rentenempfänger und -bezieher, Arbeitslose..	Beschäftigte landwirtschaftl. Unternehmer sowie mitarbeitende Fam. angehörige u. Altenteiler,	Gemeinsch.aufgaben: Rehabilitat., Versicherungspflichtige u. -berechtigte,die im Kassenbezirk wohnen u.zum Personenkreis gehören, für den die Ersatzkasse zugelassen ist.	Aufnahmeberechtigte: Versicherungspflichtige u. -berechtigte,die im Kassenbezirk wohnen u.zum Personenkreis gehören, für den die Ersatzkasse zugelassen ist. Erweiterg.des beitrittsberechtigten Pers.kreises nicht möglich.	
Errichtung:	OKK:muß überall vorhanden sein. BKK:auf Antrag des Betriebsinhabers. Ag: bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen. IKK:auf Antrag der Innung,bei Vorliegen best.Voraussetzungen.	Abt.Kr.Vers. in der Bundesknappschaft.	Abt.Seekrkasse i.d. Seekasse: finanzsel. aber rechtl.nicht selbständig; aber finanz. selbständig; von Bknappschaft unabhängig.	Bei jeder landwirtschaftl. Berufsgenossenschaft besteht eine landwirtsch. Kr.kasse.	Gesetzl.zugewiesen:Rentner und Rentenbewerber, Arbeitslose.	Es bestehen: 7 Ekk für Angest. 8 Ekk für Arbeit. Neue Ekken können nicht errichtet werden;	
				Betriebsführg. der Kr.Kassen: Verwaltung der Rücklagen der Kr.Kassen.			

Ideologisch wird diese enorme Aufsplitterung so verbrämt: "Die Krankenkassen haben infolge ihrer großen Zahl und ihrer Dezentralisierung besonders engen Kontakt zu den Versicherten während ihres Arbeitslebens und zu den Arbeitgebern (!)." (Bumi f. Arbeit, Übersicht über die Soziale Sicherung, S. 121).

Die Mitgliederstärke dieser Kassen variiert zwischen 500 und 3 Millionen; ihre Finanzkraft und folglich ihre Leistungsfähigkeit ist zusätzlich abhängig von der Mitgliederstruktur (Altersaufbau, Morbidität) und von der durchschnittlichen Einkommenshöhe der erwerbstätigen Mitglieder. Alle diese Parameter variieren regional und mit Berufszweigen bzw. Stellung im Beruf (Konsequenz: Einschränkung des Umverteilungsprinzips).

Die Verwaltungskosten sind um ein Vielfaches höher als eine Einheitsversicherung nötig machen würde. Die Einführung einer Einheitsversicherung 1945 in Berlin erlaubte es, die Zahl der Verwaltungsangestellten von 10 000 auf 3000 zu reduzieren! (Vgl. Berger, S. 76). - Schließlich wird durch diese Zersplitterung eine starke gesundheitspolitische Interessenvertretung der Versicherten mit erschwert bzw. verhindert. - Die Landes- bzw. Bundesverbände der einzelnen Kassenarten nehmen diese Aufgabe kaum wahr.

2.4 Selbstverwaltung

Selbstverwaltung gibt es in der GKV seit ihrer Einführung. Sie bot damals mit der Proportion ein Drittel Unternehmer zu zwei Dittel Versicherte noch Möglichkeiten für eine offensive Interessenvertretung. Und es gab eine Zeit, wo diese Möglichkeiten von der Arbeiterbewegung auch genutzt wurden. - Als nach dem Fall des Sozialistengesetzes die freien Hilfskassen als Tarnorganisationen entbehrlich geworden waren, wandten sich die klassenbewußten Arbeiter den staatlichen Zwangskassen zu, und nach knapp 10 Jahren war die gesamte Verwaltung der Ortskrankenkassen in den Händen von Sozialdemokraten (vgl. Peschke, S. 319 ff.). - Ausdruck dieser Entwicklung sind z.B. die überwiegend progressiven Forderungen, die 1904 vom Zentralverband der Ortskrankenkassen aufgestellt wurden: Schaffung einer Einheitsversicherung für die Risiken Krankheit, Unfall, Invalidität; - Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle Erwerbstätigen, Beitrittsrecht für alle übrigen; - Zahlung der Beiträge allein durch die Unternehmer; - Einschränkung der Staatsaufsicht; usw. (Die alte Forderung der Sozialdemokratie nach alleiniger Selbstverwaltung durch die Versicherten war allerdings fallengelassen worden.) - "Doch das Programm von 1904 blieb Sache der Krankenkassenfunktionäre. Es wurde nicht eine Angelegenheit der gesamten Arbeiterbewegung." (Peschke, S. 322)

Mit der Ausdehnung des Revisionismus in der deutschen Arbeiterbewegung gewannen auch innerhalb der Kassen Bürokratisierungstendenzen die Oberhand (vgl. Peschke, S. 331). Waren um die Jahrhundertwende die Arbeitsplätze in der Kassenverwaltung noch für Vertrauensmänner der Arbeiterklasse reserviert, die von den Kapitalisten gemaßregelt und mit Hilfe schwarzer Listen von Arbeit und Verdienst ausgeschlossen waren, so konnten in der Weimarer Zeit diese Stellen besetzt werden von politisch zuverlässigen Reformisten, die streng über die Ein-

haltung der Bestimmungen zum "Schutz der Kassen" gegen die "Ansprüche" der Arbeiter wachten (Peschke, S. 387). - "... die verheerenden Spuren ..., die das bürgerlich-parlamentarische System der Demokratie bis hin in die von der Arbeiterklasse geschaffenen Werkzeuge ihres sozialen Kampf hinterläßt: eine von der Basis abgeschnittene Hierarchie, das Fehlen jeglichen wirklichen Dialogs zwischen Vertretern und Vertretenen sowie die fortschreitende Technokratisierung eines grundlegend politischen Problems bringen ... eine bürokratische Aktivistenkaste hervor, die auf die 'Verteidigung' der bestehenden Institution spezialisiert ist ..." (Polack, S. 167).

Rechtsgrundlage für die heutige Form der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung ist das Selbstverwaltungsgesetz (SVwG) von 1951. Die Forderung von SPD und DGB nach alleiniger Besetzung der Selbstverwaltungsorgane durch die Versicherten konnte damals nicht durchgesetzt werden; es blieb bei der historisch tradierten Selbstverwaltungsteilung zwischen Unternehmern und Versicherten (Ausnahme: Ersatzkassen - vgl. das Schaubild unter 2.3), jetzt allerdings mit ungünstigerem Stimmenverhältnis.

Bei jeder RVO-Kasse gibt esdemnach zwei "Selbstverwaltungsorgane":

- Vertreterversammlung ("Legislative", paritätisch besetzt mit Unternehmer- und Versichertenvertretern,maximal je 3o, gewählt von Versicherten und Unternehmern in getrennten Wahlgängen (Sozialwahlen), alle 6 Jahre; die wichtigsten Aufgaben: Voranschlag; Abnahme der Jahresrechnung; Vereinbarungen und Verträge mit anderen Kassen; Satzungsänderungen, dabei insbesondere Festsetzung des Beitragssatzes; Erlaß der Krankenordnung zur "Überwachung der Kranken" (§347 RVO))

- Vorstand ("Exekutive", ebenfalls paritätisch besetzt, gewählt von der Vertreterversammlung; die Mitglieder des Vorstands können nicht gleichzeitig Mitglieder der Vertreterversammlung sein; Aufgaben: Verwaltung der Kasse, z.B. Abschluß von Verträgen mit Ärzten etc., Grundstücksgeschäfte, Beschluß über den Bau von Eigenbetrieben (Sanatorien etc.) ...; Wahl des Geschäftsführers (außer bei Betriebskrankenkassen, dort durch den Arbeitgeber bestellt); Entscheidung über die Einstellung der übrigen Beschäftigten der Krankenkasse)

Hinzu kommt der eigentliche Verwaltungsapparat (Beamte, Angestellte) mit dem Geschäftsführer an der Spitze. Die Angestellten unterliegen einer Dienstordnung, die ähnliche Treueverpflichtungen enthält wie das Beamtenrecht.

Das SVwG sieht - fakultativ - noch die Institution von "Versichertenältesten", einer Art Ombudsman der Versicherten, vor, die evtl. zur Vertretung von Interessen der Versicherten genutzt werden könnte. Die Satzungen der Krankenkassen machen von dieser Möglichkeit jedoch durchweg keinen Gebrauch.

Die gesamte Tätigkeit der Kassen ist durch Gesetze (im wesentlichen RVO) und Rechtsverordnungen sowie durch die staatliche Genehmigungs-

pflicht bezüglich der meisten Entscheidungen (z.B. über Satzung, Beitragssatz etc.) soweit bis ins Detail geregelt, daß für die sogenannte Selbstverwaltung nur unbedeutende Restfunktionen bleiben.

Die Definition der Sitze in Vertreterversammlung bzw. Vorstand als "Ehrenämter" enthält die Verpflichtung auf das "Gemeinwohl" und damit eine Entpolitisierung des Wahlauftrags; die Bindung an Weisungen der Wähler ist ausgeschlossen. Vollendet wird die Entfernung der Selbstverwaltungsorgane von den Betroffenen durch die Praxis der Sozialwahlen. Direkt gewählt wird nur die Vertreterversammlung. Die Wahlen sind Listenwahlen; vorschlagsberechtigt sind auf der Seite der Versicherten Arbeit"nehmer"-Organisationen, also vor allem Gewerkschaften sowie Vereine, deren Satzung eine sozialpolitische Zielsetzung ausweist. Die Sitze in der Vertreterversammlung können bis zu einem Drittel mit "Beauftragten" dieser Organisationen besetzt werden, die selbst gar nicht bei der betreffenden Kasse versichert sind. - Schließlich, wenn nur eine Liste vorgeschlagen wurde oder auf den konkurrierenden Listen insgesamt nur so viele Bewerber stehen als Posten zu vergeben sind, dann gelten die Bewerber automatisch als gewählt. Bisher wurden fast ausschließlich diese sogenannten "Friedenswahlen", also Wahlen ohne Wahlhandlungen praktiziert. Die zwar geringen, aber formell vorhandenen Möglichkeiten zur Entfaltung gesellschaftspolitischer Aktivitäten der Versicherten blieben also ungenutzt. Vgl. den Aufsatz von Patzer, Zur Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung).

2.5 Leistungen

Bestimmte, gesetzlich vorgeschriebene Regelleistungen dürfen von keiner Kasse der GKV unterschritten werden. Sie umfassen im wesentlichen: Vorsorge (beschränkter Katalog), Krankenpflege (ärztliche/zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei, Brillen, Heil- und Hilfsmitteln, neuerdings auch Rehabilitationsmaßnahmen), Krankengeld, Krankenhauspflege, Mutterschaftshilfe, Sterbegeld, und als Familienhilfe sämtliche genannten Leistungen mit Ausnahme des Krankengeldes (§§ 179-224 RVO). Einige dieser Leistungen sind allerdings keine Pflicht-, sondern Ermessensleistungen der Kasse; sie kann im Einzelfall entscheiden, ob sie eine Maßnahme bewilligt oder nicht. - Per Satzung kann die Krankenkasse ihre Leistungen innerhalb eines engen, ebenfalls gesetzlich vorgeschriebenen Rahmens erhöhen (Mehrleistungen). - Die baren Leistungen der Kasse (wie Krankengeld, Mutterschaftsgeld etc.) heißen Barleistungen, die übrigen Leistungen werden als "Sachleistungen" (gegen Vorlage des Krankenscheins) erbracht.

Eigenbeteiligungen gibt es zur Zeit nur in ganz geringem Umfang (2o % an den Arzneimitteln, jedoch nur bis maximal DM 2.5o je Rezeptblatt, und nicht für alle Versicherten). Es ist jedoch historische Erfahrung, daß in Zeiten wirtschaftlicher Schwierigkeiten immer wieder Leistungen reduziert und der Anteil der Eigenbeteiligungen ausgebaut wurde, - so insbesondere in den 2Oer Jahren. Und angesichts dieser historischen Erfahrung gewinnen die jüngsten Vorschläge von FDP und CDU/CSU zur Bewältigung der Kostenexplosion in der GKV drohenden Charakter. Sie empfehlen Eigenbeteiligung als materiellen Hebel, um "unangemessenen Konsum" von Gesundheitsleistungen einzudämmen.

Faktisch wären das materielle Hebel zur massiven Verschlechterung der Versorgung insbesondere für die weniger verdienenden Lohnabhängigen.

Wie die Krankenpflege etc. auszusehen hat, welche Untersuchungsmethoden, welche Heilverfahren angewandt werden, kurz: der Inhalt der kassenärztlichen Versorgung, liegt (jedenfalls bezüglich der Regelleistungen) nicht in der Kompetenz der einzelnen Kassen oder des einzelnen Kassenarztes. Dieser Inhalt wird vielmehr festgelegt in Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte (bzw. Zahnärzte) und Krankenkassen; diese erlassen Arzneimittelrichtlinien, Kinder-Richtlinien, Krebsfrüherkennungs-Richtlinien usw. (vgl. 2.6.5). Die Richtlinien enthalten jeweils auch Ausführungsbestimmungen des restriktiven § 182 Abs. 2 RVO (vgl. dazu unten).

Entscheidend für die Leistungsverpflichtung bezüglich ärztlicher Maßnahmen ist die Anerkennung eines Gebrechens als Krankheit (einzige Ausnahme bisher: Mutterschaft; geplant: Empfängnisverhütung). So bedurfte es langer und zäher Auseinandersetzungen, bis psychosomatische Leiden als behandlungsbedürftige Krankheiten anerkannt wurden, allerdings nur sofern bei psychotherapeutischer Behandlung "Krankheiten im Sinne der RVO geheilt oder wesentlich gebessert werden können" (Psychotherapie-Richtlinien). Unzählige Verfahren waren bei der Sozialgerichtsbarkeit anhängig, weil Kassen sich weigerten, z.B. für Körperersatzstücke aufzukommen, die nicht unmittelbar zur Herstellung der Erwerbsfähigkeit nötig waren, bis endlich (Oktober 1974) der § 182 b in die RVO eingefügt wurde, der hier einen Rechtsanspruch der Versicherten festlegt.

"In Fällen, in denen eine Beseitigung von Mängeln im fortgeschrittenen Alter nicht mehr möglich sein wird, der Betroffene nur beschränkt oder überhaupt nicht mehr im Arbeitsprozeß stehen wird, wird man aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr von einer Behandlungsbedürftigkeit sprechen können" (Dannecker, S. 111; Unterstreichung d. Verf.). - Hier wird unverhohlen ausgedrückt, was Wiederherstellung der Gesundheit unter kapitalistischen Verhältnissen wesentlich heißt: Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Verankert ist dieser Grundsatz kapitalistischer Gesundheitsversorgung in § 182 Abs 2 RVO: "Die Krankenpflege muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten." - Und bekräftigt nochmal in § 368 e RVO: "Der Versicherte hat Anspruch auf die ärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln ärztlicher Kunst zweckmäßig und ausreichend ist ... Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen, der Kassenarzt ...(darf) sie nicht bewirken oder verordnen, die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen ...".

Man vergleiche dies mit den entsprechenden Bestimmungen der gesetzlichen Unfallversicherung; dort ist "Heilbehandlung ... mit allen geeigneten Mitteln" (§ 556 RVO) vorgeschrieben, und die gesetzliche Unfallversicherung gewährleistet die anerkannt beste kurative medizinische Versorgung in der BRD. (Durchgangsärzte mit speziellen Kenntnissen entscheiden, ob ein Patient, der normalen Krankenversorgung überlassen werden darf (!) oder ob er einer Spezialbehandlung zugeführt wird.)

2.6 Das Verhältnis zwischen Ärzten und Krankenkassen Sicherstellungsauftrag

2.6.1 Sicherstellungsauftrag - Struktur der ambulanten Versorgung

§ 368 Abs. 1 RVO: "Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen (hier sind gemeint: Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftliche Krankenkassen; Anm. d. Verf.) wirken zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen (kassenärztliche Versorgung) zusammen. Ihre Beziehungen regeln sich nach den Vorschriften der §§ 368 a bis 368 q."

Diese §§ bilden das Kernstück der heutigen GKV-Verfassung. Sie wurden neu geregelt 1955 in dem Gesetz über Kassenarztrecht (GKAR), das sämtliche von Seiten der Ärzte bereits seit 1902 (30. Deutscher Ärztetag - vgl. Thiele, S. 37 f.) erhobenen Forderungen verwirklicht. Die Kassen können demnach nicht mit einzelnen Ärzten, sondern nur mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Verträge abschließen (Ausnahme: Knappschaftliche Krankenversicherung). Mit dem § 368 n wurde der Sicherstellungsauftrag praktisch den Ärzteverbänden übertragen: "Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die ... den Kassen obliegende ärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht." - Nahezu jegliche Kontrolle wurde zur KV-internen Angelegenheit.

Mit dem Sicherstellungsauftrag ist zugleich das Ambulanzmonopol der niedergelassenen Ärzte zementiert. § 33 Abs. 1 der Zulassungsordnung (ZO-Ärzte) bestimmt: "Der Kassenarzt hat die kassenärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben" (Unterstreichung d. Verf.). Das heißt, die kassenärztliche Versorgung wird im zünftigen Einmannbetrieb vorgenommen, ergänzt nur durch nichtärztliches Hilfspersonal - die Beschäftigung von Assistenten (das sind Kassenärzte in Ausbildung) ist beschränkt möglich, sie darf aber nicht zur Ausdehnung der Praxis führen (§ 32 ZO, Abs. 2 und 3). Dieses System wird angesichts des Fortschritts der Produktivkräfte in der Medizin zunehmend anachronistischer. Die Ärzteverbände - um ihr Monopol nicht zu verlieren - suchen dieser Tendenz seit einigen Jahren dadurch Rechnung zu tragen, daß sie die Zulassung von Gruppenpraxen, Apparategemeinschaften etc. (§ 33 ZO) weniger restriktiv handhaben als vordem.

Andere Institutionen als die des niedergelassenen Arztes bleiben im wesentlichen von der ambulanten Versorgung ausgeschlossen. Zwar können leitende Krankenhausärzte die "Beteiligung" an der kassenärztlichen Versorgung beantragen und dürfen dann auf Überweisung durch niedergelassene Kassenärzte tätig werden (was die Herren instand setzt, auf Kosten öffentlicher Einrichtung, nämlich unter Ausnutzung der Krankenhausausstattung in die eigene Tasche zu wirtschaften). Ambulanzen an öffentlichen Krankenhäusern bzw. Polikliniken sind jedoch, mit Berufung auf den Sicherstellungsauftrag, nicht erlaubt. Lediglich mit den Universitäten schließen die KVen (nicht die Kassen!) Verträge ab, die den Unipolikliniken "Untersuchung und Behandlung von Versicherten in dem für die Durchführung ihrer Lehr- und Forschungs-

aufgaben benötigten Umfang gewährleisten" (§ 368 n Abs. 2 RVO).

Auch gegen Eigeneinrichtungen der Kassen haben sich die Ärzte abgesichert: "Zahl und Umfang der Eigeneinrichtung dürfen nur auf Grund vertraglicher Vereinbarung vermehrt werden" (§ 368 d Abs. 1). - Im übrigen können die Ärzte ja mit ihren Honorarforderungen dafür sorgen, daß den Kassen gar kein Geld bleibt, um die Investitionen aufzubringen, die für die Errichtung von Eigenbetrieben zunächst nötig wären.

Als 1971 Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten als Regelleistungen eingeführt wurden, konnten die Ärzteverbände auch hier ihren Monopolanspruch durchsetzen, obwohl sie im Durchschnitt weder nach Qualifikation noch nach apparativer Ausstattung noch nach regionaler Verteilung in der Lage sind, die Vorsorge sicherzustellen. Weil z.B. die meisten Praktiver kein Rektoskop haben, wird bei der Krebsuntersuchung für Männer die Vorsorge "abhängig gemacht von der Länge des Zeigefingers des Praktikers" (Lüth, S. 106). Die Ausweitung von Vorsorgeuntersuchungen über den jetzigen beschränkten Katalog hinaus wird in § 181 a RVO ausdrücklich davon abhängig gemacht, daß "genügend Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, um die aufgefundenen Verdachtsfälle eingehend zu diagnostizieren und zu behandeln", also an die beschränkten Möglichkeiten der Allgemeinpraxis gebunden.

Das Ambulanzmonopol bedingt noch ein weiteres strukturelles Phänomen der Gesundheitsversorgung in der BRD, nämlich die rigide Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung. Sie führt "zu Verlängerungen der Krankenhausverweildauer, kostspieligen Doppel- und Mehrfachuntersuchungen und Informationsverlusten mit irreparablen Folgeschäden"; sie "ist von der ärztlich-medizinischen Aufgabenstellung her nicht zu begründen und wird in keinem anderen Land der Erde praktiziert". (Arbeitsgemeinschaft Unabhängiger Ärzte: "Verraten und verkauft", S. 5.)

Unter dem Druck der Kostenexplosion fordern jetzt auch die Kassen eine Einschränkung des Ambulanzmonopols. In ihren "Grundsätzen und Forderungen zum Vertragsrecht der Krankenkassen" (April 1974) verlangen sie das Recht, auch mit anderen Institutionen als der KV Verträge über ambulante Versorgung abschließen zu können (vgl. Gaedt/Schagen, S. 7/15 f.).

Die Aufgaben der kassenärztlichen Versorgung umfassen nach § 368 Abs 2:
- ärztliche (zahnärztliche) Behandlung;
- Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten;
- Betreuung bei Mutterschaft;
- Anordnung von Hilfeleistungen anderer Personen;
- Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln;
- Verordnung von Krankenhauspflege;
- Ausstellen von Bescheinigungen, z. B. über Arbeitsunfähigkeit;
- Anordnung von Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Kassenpraxis entscheidet also über den Aufwand an Medikamenten (hilft damit der Pharmaindustrie, ihre Profite realisieren), entscheidet über die Orte von Behandlungsfällen (ambulant/stationär), über Arbeitsunfähigkeit usw. Sie ist Schaltzentrale für sämtliche Leistun-

gen innerhalb der GKV und bestimmt indirekt Umfang und Einsatz anderer medizinischer Institutionen.

2.6.2 Niederlassungsfreiheit - Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit

Das Gesetz von 1955 sah eine Bedarfsplanung für die kassenärztliche Versorgung vor (§§ 368 a-c und ZO-Ärzte bzw. -Zahnärzte). - Demnach grenzen KV und Landesverbände der Krankenkassen innerhalb des Gebiets der KV (= Bundesland) gemeinsam Zulassungsbezirke ab. Für jeden Zulassungsbezirk ist ein Zulassungsausschuß zu errichten (paritätisch besetzt: 3 Ärzte und 3 Kassenvertreter, Ehrenämter). Dieser Zulassungsausschuß hat Kassenarztsitze festzulegen, und zwar (bis 1960) auf Grund einer Verhältniszahl, die einem Arzt die Versorgung von in der Regel 500 Kassenmitgliedern (plus deren Familienangehörigen) zuordnet (Kassenzahnarztsitz: 900 Mitglieder). Nach § 15 Abs 1. ZO können weniger vordringliche Zulassungen im Zulassungsbezirk zurückgestellt werden, solange die vordringlich nötige Besetzung eines Kassenarztsitzes mangels geeigneter Bewerber nicht möglich ist.

Gegen diese Zulassungsbeschränkung klagten die Ärzte und erhielten vor dem Bundesverfassungsgericht 1960 recht. Der Gerichtshof war der Auffassung, die Kassenpraxis sei für den niedergelassenen Arzt von so großer wirtschaftlicher Bedeutung, daß eine Zulassungsbeschränkung einer Einschränkung des Grundrechts auf freien Berufsausübung (Art. 12 Abs. 1 GG) gleichkomme. Der Anspruch der Bevölkerung auf gleichmäßige und ausreichende ärztliche Versorgung wurde zwar auch als schutzwürdiges Rechtsgut anerkannt, bevor jedoch das Grundrecht auf freie Berufsausübung angetastet werde, müssen andere Möglichkeiten der Sicherstellung ausgeschöpft werden (z.B. Umsatzgarantien für Landpraxen, kurz: die materiellen Hebel, die Bewahrung des Grundrechts darf was kosten!). Das BVerfG erklärte also die Verhältniszahl für verfassungswidrig; alle Bestimmungen der Zulassungsordnung, die dem Vollzug des § 368 a Abs. 1 in seiner zulassungsbeschränkenden Funktion dienen, waren damit nichtig. 1961 erfolgte die entsprechende Entscheidung für Zahnärzte.

Seitdem herrscht uneingeschränkte Zulassungs- und Niederlassungsfreiheit. Die Folgen für die regionale Verteilung der Ärzte, Unterversorgung von Land-, Stadtrandgebieten und in Arbeitervierteln sind bekannt, - und mittlerweile so katastrophal, daß im Frühjahr 1974 sogar die bestimmt nicht Sozialismus-verdächtigte bayerische Landesregierung mit Vorschlägen überraschte, die auf Wiedereinführung einer Bedarfsplanung abzielen. Dies ist auch der Inhalt der Forderungen VI - IX der Krankenkassen in ihren "Grundsätzen und Forderungen ..." vgl. Gaedt/Schagen, S. 16 f.). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) reagierte prompt, mit einem für sämtliche KVen verbindlichen Beschluß über Abzweigung von Mitteln aus der Gesamtvergütung (vgl. dazu 2.6.4), um die erwähnten materiellen Hebel zu finanzieren. Der NAV (Verband niedergelassener Ärzte) kündigte in einem Brief an Franz Joseph Strauß erneute Anrufung des BVerfG an.

2.6.3 Kassenärztliche Vereinigung, Kassenärztliche Bundesvereinigung (§§ 368 k - n RVO)

Die Kassenärzte sind "zur Wahrnehmung der ihnen durch das Gesetz übertragenen Aufgaben" länderweise in Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert (11 Bundesländer und Berlin, also 12 KVen); jeder Kassenarzt ist mit seiner Zulassung automatisch Mitglied. Dachverband ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Körperschaft des öffentlichen Rechts, ebenso wie die KVen. - KV und KBV haben, ähnlich wie die Krankenkassen, eine Selbstverwaltung mit den Organen Vertreterversammlung und Vorstand. Allerdings müssen die Ärzte in ihren Selbstverwaltungsgremien keine fremden Interessen hinnehmen wie die Kassen mit der Unternehmerbeteiligung. Die zentrale Stellung dieser Zwangsorganisationen der Ärzte innerhalb des Systems der GKV wird deutlich an ihrem Aufgaben-Katalog:

Aufgaben der KV:
- "Gesetz- und vertragsmäßige Durchführung der kassenärztlichen Versorgung";
- Überwachung der Ärzte bezüglich der Erfüllung ihrer kassenärztlichen Pflichten;
- Abschluß von Gesamtverträgen mit den Kassen (vgl. 2.6.4);
- Verteilung der Gesamtvergütung für kassenärztliche Leistungen an die Ärzte;
- Wahrnehmung der Rechte der Kassenärzte gegenüber den Kassen (eine entsprechende Bestimmung für die Krankenkassen über Wahrnehmung der Rechte der Versicherten gegenüber den Ärzten fehlt in der RVO!);
- Verträge mit den Universitäten über Einbeziehung der Universitäts-Polikliniken in die ambulante Versorgung (vgl. 2.6.1);
- Kann-Bestimmung: Übernahme von weiteren Aufgaben der ärztlichen Versorgung, insbesondere für die Ersatzkassen und andere Träger der Sozialversicherung.

Aufgaben der KBV:
- Abschluß von Mantelverträgen (die den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge (vgl. 2.6.4) regeln);
- Richtlinien für die Durchführung der Gesamtverträge (verbindlich für die KVen);
- Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der KVen (ebenfalls verbindlich).

Zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung errichten die KVen Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse. Ein vom Prüfungsausschuß gemaßregelter Arzt kann beim Beschwerdeausschuß Einspruch einlegen, ebenso wie die Kassen; falls der Einspruch abgelehnt wird, ist die nächste Instanz die öffentliche Sozialgerichtsbarkeit. - Die Kassen können zu diesen Ausschüssen einen von ihnen beauftragten Arzt als Berater entsenden. Wenn die Gesamtvergütung (s. 2.6.4) nach Einzelleistungen berechnet wird - was heute überwiegend Praxis ist - bleiben die Zusammensetzung der Ausschüsse ebenso wie ihre Verfahrensweisen einer vertraglichen Regelung vorbehalten (§ 368 n Abs. 5). Hier haben die Kassen also die Möglichkeit, mehr als nur beratend an der Kontrolle der kassenärztlichen Versorgung teilzunehmen. Sie nutzen sie im Sinne ihrer Disziplinierungsfunktion gegenüber den Versicherten (vgl. unter 1.2.).

2.6.4 Vergütung der kassenärztlichen Versorgung (§§ 368 f - i RVO)

Entsprechend dem Kollektivvertragssystem (vgl. 2.6.1) bezahlen die Kassen Arzthonorare nicht an den einzelnen Arzt, sondern sie entrichten eine Gesamtvergütung für kassenärztliche Leistungen an die KV. Die Verteilung der Gesamtvergütung unter den einzelnen Ärzten ist vorwiegend interne Angelegenheit der KV.

Die Höhe der Gesamtvergütung wird zwischen KV und Kassen bzw. deren Verbänden in den sogenannten Gesamtverträgen ausgehandelt (für den Abschluß von Verträgen mit bundesunmittelbaren Trägern, d.h. Kassen, deren Bereich über den einer KV hinausgeht, ist die KBV zuständig). Der Vertrag soll die wirtschaftliche Lage der Krankenkasse "angemessen" berücksichtigen, muß auch Bestimmungen über Anpassung an während der Laufzeit eingetretene Veränderungen (z.B. Veränderung der Grundlohnsumme, des Umfangs der kassenärztlichen Tätigkeit) enthalten. Für die Berechnung der Gesamtvergütung schlägt der Gesetzgeber ein Verfahren vor: Kopfpauschale (= durchschnittlicher Jahresbedarf eines Versicherten) mal Zahl der Versicherten - läßt aber auch andere Berechnungsverfahren zu: Berechnung nach Fallpauschale oder Einzelleistungen bzw. Kombinationen von Berechnungsarten. Heute wird überwiegend die Berechnung nach Einzelleistungen vorgenommen. - Für die Durchführung der oben genannten Anpassungen an Veränderungen während der Laufzeit eines Gesamtvertrags und für die Vorbereitung neuer Verträge sind paritätisch besetzte Vertragsausschüsse vorgesehen. Können sich die Parteien über einen Vertrag nicht einigen, treten Schiedsämter in Funktion (Bundesschiedsamt, Landesschiedsämter), die notfalls Verträge diktieren.

Bei der Aushandlung der Verträge sind die Ärzte aufgrund ihrer straffen Organisation gegenüber den zersplitterten Kassen natürlich in der besseren Position. So können sie z.B. mit den Angestellten-Ersatzkassen höhere Tarife aushandeln und anschließend entsprechend Druck auf die übrigen Kassen ausüben. Konsequenterweise verlangen die Kassen in ihren "Grundsätzen ..." jetzt einen für alle Kassen einheitlichen Vergütungsmaßstab, ergänzt durch eine Vertragsgebührenordnung - vereinbart zwischen den Spitzenverbänden und laufend den wirtschaftlichen Gegebenheiten anzupassen -, die ebenfalls für alle Kassen einheitlich anzuwenden ist (Forderungen XIV, XV, vgl. Gaedt/Schagen, S. 11/17 f.).

Die Verteilung der Gesamtvergütung unter die Kassenärzte geschieht nach einem Maßstab, den die KV "im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen" festsetzt. Dabei sind "Art und Umfang der Tätigkeit des Kassenarztes zugrunde zu legen; eine Verteilung ... nur nach der Zahl der Behandlungsfälle (Krankenscheine) ist nicht zulässig." Der Verteilungsmaßstab soll unangemessene Ausdehnung der einzelnen Kassenpraxis verhüten.

Mit diesen Bestimmungen unterbindet der Gesetzgeber vielleicht die grassesten Formen von Scheinejägerei; er verhindert aber nicht, daß infolge der veralteten Struktur der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) mit ihrer Überbewertung apparativer Leistungen und Unterbewertung genuin ärztlicher Leistungen wie Anamnese, Beratung etc., daß infolge dieser Struktur finanzielle Motive wirksam werden und das Verhalten

des Arztes beeinflussen, die mit den Erfordernissen des medizinischen Arbeitsprozesses nichts zu tun haben bzw. ihnen zuwiderlaufen. Ebenso wirkt die Praxis der Prüfungsausschüsse, die den Arzt, der deutlich über dem Durchschnitt vergleichbarer Leistungen bzw. Verordnungen seiner Kollegen liegt, mit Honorarkürzungen bzw. Regreßforderungen bedroht. Eine eingehende Analyse dieses Wirkungsmechanismus liefert Erich Wulff in seinem Aufsatz "Der Arzt und das Geld" (vgl. auch Gero Müller: Zum System der Arzthonorierung). - (Die von den Kassen vorgeschlagene einheitliche Vertragsgebührenordnung würde zwar der KV ein Spaltungsinstrument aus der Hand nehmen, das sie bisher erfolgreich honorarsteigernd einsetzt; ob sie allerdings die genannten sachfremden Motive ärztlichen Handelns außer Kraft setzen würde, solange die Prüfungsausschüsse agieren wie gehabt, scheint zweifelhaft.)

2.6.5 Bundesausschuß der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen (§§ 368 o, p)

Innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens ist für die inhaltliche Normierung der kassenärztlichen Versorgung der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (bzw. für die kassenzahnärztliche Versorgung der Bundesausschuß der Kassenzahnärzte und Kassen) zuständig.

Zusammensetzung: je 6 Vertreter der Ärzte und der Kassen (3 OKK, 1 BKK, 1 IKK, 1 LKK); dazu 3 unparteiische Mitglieder, darunter der Vorsitzende, auf den sich Ärzte und Kassen einigen sollen. Bei der Beschlußfassung über die Richtlinien wirken zusätzlich mit: je 3 weitere Ärzte- und Kassenvertreter (2 EKK, 1 Knappschaftliche KK). Die Vertreter werden von den jeweiligen Spitzenverbänden gestellt; die Stellung ist ehrenamtlich - keine Weisungsgebundenheit.

Aufgaben: Im wesentlichen: Erlaß von Richtlinien zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung, insbesondere über:
- Einführung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden;
- Gewährung ärztlicher Sachleistungen;
- Versorgung mit Zahnersatz;
- Verordnung von Arznei- und Hilfsmitteln;
- Verordnung von Krankenhauspflege;
- Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit;
- Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten;
- Verordnung von Rehabilitationsmaßnahmen.

Zur inhaltlichen Ausgestaltung dieser Richtlinien ("ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich") ist das Nötige in Abschnitt 2.5 (Leistungen) gesagt.

L I T E R A T U R

Aichberger, Friedrich (Hrsg.): Reichsversicherungsordnung mit Nebengesetzen, Ausführungsbestimmungen und Verfahrensvorschriften, München, Stand 31. Oktober 1974

Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen (AsM, hrsg. vom Bundesminister für Arbeit ...) 5/1973

Berger, Michael: Sozialversicherungsreform und Kassenarztrecht, in: Argument-Sonderband 4, Berlin 1974

Bundesminister für Arbeit ... (Hrsg.): Übersicht über die Soziale Sicherung, Bonn 1970

Dannecker, F.J.: Der Krankheitsbegriff im Arbeits- und Sozialversicherungsrecht, Jur.Diss., Würzburg 1968

Gaedt, Christian/ Schagen, Udo: Medizin auf dem Wege zur Vergesellschaftung? in: AS 4, Berlin 1974

Lüth, Paul: Problematik der Allgemeinpraxis in Gesundheits- und Sozialpolitik, in: Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Köln 1973

Müller, Gero: Zum System der Arzthonorierung, in: Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt, Köln 1973

Patzer, Volker: Zur Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, in: Autorenkollektiv: Gewerkschaften und Medizin, Westberlin 1974

Peschke, Paul: Geschichte der deutschen Sozialversicherung, Berlin (DDR) 1962

Polack, Jean-Claude: Soziale Sicherheit als Disziplinierung des Proletariats, in: Analyse des Gesundheitssystems, hrsg. von Volkholz u.a., Frankfurt 1974

Ripke, Thomas: Warenproduktion, Kapitalismus und Gesundheitswesen, in: Argument 60, Berlin 1970

See, Hans: Zur politischen Ökonomie der gesetzlichen Krankenversicherung, in AS 4, Berlin 1974

Thiele, Wilhelm: Zum Verhältnis von Ärzteschaft und Krankenkassen 1883 bis 1913, in AS 4, Berlin 1974

Van den Bussche, Rik: Das System der sozialen Sicherheit und die Konstruktionsprinzipien des Gesundheitswesens in der BRD, unveröffentlichtes Manuskript

Verraten und verkauft? hrsg. von der "Arbeitsgemeinschaft unabhängiger Ärzte Deutschlands", 1 Berlin 45, Hindenburgdamm 3o, 1974

Volkholz, Volker und Patzer, Volker: Die Organisation des Gesundheitssystems durch die gesetzliche Krankenversicherung, in: Autorenkollektiv, Gesundheitssysteme in der BRD, Berlin 1973

Wulff, Erich: Der Arzt und das Geld, in: Argument 69, Berlin 1971

AKTUELLE REFORMVORSTELLUNGEN MASSGEBLICHER GRUPPEN DER BRD ZUR AMBULANTEN VERSORGUNG

Die besonderen Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung ("paritätische" Vertretung der Unternehmer in den Pflichtkassen, Anbietermonopol der kassenärztlichen Vereinigungen, d.h. vertragliche Fixierung der Kassen durch das Verbot von Einzelverträgen, Zwangsmitgliedschaft der Kassenärzte in den KÄV, autonome Selbstverwaltung der KÄV hinsichtlich Honorarprüfung, -verteilung, Zulassung und Disziplinarordnung - also eine ungleich größere Einheitlichkeit der KÄV gegenüber den gegliederten, d.h. untereinander konkurrierenden Kassen im System der Vertretung von Konkurrenten durch Konkurrenten), die schwache Stellung des Krankenhauses mit Preisbindung (vgl. Pharmaindustrie) und heftiger Konkurrenz ihrer Träger und der Numerus clausus haben dem ideologischen Bündnis der "Freiberuflichen" im Gesundheitssystem der BRD lange Zeit ihre beherrschende Entscheidungsmacht gesichert.

In den Rinden der Niedergelassenen liegt die entscheidende Selektionsapparatur, durch die der Aufwand an Arzneimitteln, Geräten, Bauten, psychischen und mechanischen Dienstleistungen je Krankheitsfall - mittelbar auch für den nachgeordneten stationären Bereich - bestimmt wird. Durch die Trennung der Entscheidungen über Erstellung und Finanzierung medizinischer Leistungen und das Fehlen einer Kontrolle der Behandlungsergebnisse (vgl. demgegenüber die von den Unternehmern allein kontrollierte Unfallversicherung) wird zur "positiven Norm" des jeweiligen Behandlungsziels die Nutzbarkeit der mehrwertproduzierenden Arbeitskraft. Zerstörerische Bestimmungsfaktoren regeln die Nachfrage nach medizinischen Dienstleistungen: Träger irreparabler Arbeitskraft werden ausgegrenzt, Konfliktfolgen dienen in Form individueller Körperbeschwerden als Vorwand zur sekundären Ausbeutung usw. Hinter dem Schirm ethischer Mystifikation der "Droge Arzt" entzog sich die Zunft der Niedergelassenen lange Zeit selber den wettbewerblichen Zwängen des Gebrauchs der Ware Arzt. Vom Pult ihrer Privilegien dirigierten sie in diesem Gesundheitssystem die Umsetzung bürgerlicher Ideale nach Noten des kapitalistischen Produktionsmechanismus: die ärztliche Praxis bewährte sich als eines der wirksamsten Instrumente sozialer "Pazifizierung".

Als Ursache für diese Bedingungen kann die relative Gleichgültigkeit des Kapitals am allgemeinen, d.h. nicht produktionsbezogenen Gesundheitssystem gelten, der die Gewerkschaften durch "wettbewerbsgerechtes" Verhalten entsprochen haben, anstatt gesundheitspolitische Militanz zu entwickeln. Primäre Ausbeutung (am Ort der Produktion) und sekundäre (in der Zone privater Reproduktion der Arbeitskraft; Beispiele ihrer Formen: chemische Lebenshelfer aller Sorten, Kosmetik bestimmter Serumkonzentrationswerte, diagnostische Eingriffe ohne

Aussicht auf therapeutische Konsequenzen) haben gewaltig zugenommen. Die wachsende Verrottung der Träger von Arbeitskraft, der Zwang zur Ausweitung innerer Märkte verschärfen den Widerspruch zwischen preistreibenden Interessen von Einzelkapitalien, die sich auf vorkapitalistische Produktionsformen im ambulanten Sektor eingestellt hatten und kostensparenden Interessen des Gesamtkapitals, so daß die Reproduktion immer mehr zur gesellschaftlichen Angelegenheit wird (siehe auch: "Mißverhältnis zwischen Gesundheitsaufwand und gesundheitspolitischer Effizienz" - Bericht des Deutschen Industrie-Institutes 1970-72). Der Zwang zur Produktivitätssteigerung medizinischer Arbeitsprozesse bedeutet Umwandlung in Lohnarbeit.

Die Demontage des Kartells der Niedergelassenen durch eine "konzertierte Aktion" zeichnet sich ab. In der folgenden Übersicht sollen die aktuellen Entwicklungstendenzen (stärkere Rationalisierung medizinischer Arbeit im ambulanten Bereich unter privatwirtschaftlichen Rahmenbedingungen) dargestellt werden. Ausfindigmachen strukturell bedingter Konfliktpotentiale und Einschätzung der Kräfteverhältnisse sind Voraussetzungen für die Bearbeitung der Frage nach der Kontrolle, den Bedingungen, Aussichten und Gefahren möglicher Gegenpositionen. In diesem Beitrag steht noch nicht, wie wir zu nicht-warenvermittelten Kriterien für die wirklichen Gesundheitsschäden, d.h. also, für die Nachfrage der Lohnabhängigen nach medizinischen Waren kommen und die Möglichkeiten nutzen können, ihre atomisierten, untereinander konkurrierenden Interessen gegen das Kapital zusammenfassen. Insofern sollte er nicht als "antiständisch" mißverstanden werden.

Abkürzungen

BDA - Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände
BdO/BdB - Bundesverbände der Orts- und Betriebskrankenkassen
BMAS - Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
DAG - Deutsche Angestellten Gewerkschaft
GKK - Gesetzliche Krankenkassen (AOK, BKK, IKK usw.)
GKV - Gesetzliche Krankenversicherung
HB - Hartmannbund
IGM - IG Metall
KAV - Kassenarztverband
KÄV - Kassenärztliche Vereinigung
KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung
MB - Marburger Bund
NAV - Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands
WSI - Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des DGB

Material

GEWERKSCHAFTEN UND MEDIZIN (Sozialwissenschaftlicher Arbeitskreis Berlin) vsa 1974 ("Zur Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung", "Produktionsprozeß und Gesundheitssystem", "Gesundheitspolitische Vorstellungen der Parteien und Interessenverbände in der BRD", "Kritik der Thesen und Forderungen des Initiativausschusses zur Vorbereitung des Kongresses 'Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt' in Marburg") Band 1 und 3

ANALYSE DES GESUNDHEITSSYSTEMS (V. Volkholz u.a.) Athenäum Fischer 1974 ("Krankheitsstruktur und Gesundheitsverhalten", "Sozialstaat, System der Sozialen Sicherheit und Gesundheitssystem", "Produktion und Zirkulation von Gesundheitsdiensten und -waren", "Der ärztliche und pflegerische Arbeitsprozeß", "Synopse ...")
ENTWICKLUNG UND STRUKTUR DES GESUNDHEITSWESENS (Argument Sonderband 4) 1974 ("Medizin auf dem Wege der Vergesellschaftung", "Ärzteschaft und Krankenkasse 1883 - 1913", "Kampf der ärztlichen Standesorganisationen in der Weimarer Republik", "Sozialversicherungsreform und Kassenarztrecht in den Westzonen nach 1945", "Politische Ökonomie der GKV")
MEDIZIN UND GESELLSCHAFTLICHER FORTSCHRITT (H.U.Deppe u.a.) Pahl Rugenstein 1973 ("Hauptreferate", "Ambulante medizinische Versorgung")
NEUROSE UND KLASSENKAMPF (M. Schneider) Rowohlt 1973 (S. 233 ff.)
LOHNARBEIT UND MEDIZIN (Argument Nr. 69) 1971 ("Der Arzt und das Geld")
ANSICHTEN EINER KÜNFTIGEN MEDIZIN (P. Lüth) Hanser 1971
GESUNDHEITSSICHERUNG IN DER BRD (WWI-Studie/DGB, 2. Aufl.) 1972
INFO GESUNDHEITSWESEN 1 UND 2
ZEITSCHRIFTENARTIKEL ("Deutsches Ärzteblatt", "Arzt und Wirtschaft","Der praktische Arzt", "Der Kassenarzt", "Ärzteblatt Baden Württemberg", "Selecta", "Spiegel", "Gruppenpraxis")

1) Schritte zur Aufhebung/Erhaltung
des ambulanten Behandlungsmonopols

- Abbau ärztlicher Omnipotenz-Ansprüche durch Übertragung medizinischer Aufgaben an Gemeindeschwestern, Sozialarbeiter, Ernährungsberater, Psychagogen, Pflegeleiter, Diplom-Mediziner u.ä., Ausbau der Hauspflege (WSI/DGB)
- Vollständige Vergesellschaftung in Form eines öffentlichen Gesundheitsdienstes (IGM) mit öffentlich-rechtlich besoldeten Ärzten
- Einbeziehung von Ambulatorien und Polikliniken, die von den GKK bzw. Kommunen zu errichten sind (IGM, DKP, Juso, BdO/B, BMAS) über, eine Änderung des Vertragsrechtes der GKK
- Ausgliederung physikalisch-chemischer Leistungen in Medizinisch-technische Zentren aus der Einzelpraxis, Rationalisierung von Diagnostik und Therapie (Standardprogramme für neue Gebührenordnung), Integration von ambulantem und stationärem Sektor (WSI/DGB, SPD)
- Einbeziehung vorhandener stationärer Einrichtungen in die vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Betreuung ("Empfehlungsvereinbarung" zwischen DKG und BdO/BdB, siehe Glosse S. 41)
- Semistationäre Einrichtungen für die vor- und nachstationäre Betreuung, von niedergelassenen Ärzten genossenschaftlich betriebene Praxiskliniken (BDA, DAG)Tag-, Nachtkliniken
- Vermehrte privatwirtschaftliche Tätigkeit angestellter Krankenhausärzte ("Ermächtigung" durch KÄV, MB, DÄT, CDU)
- Vermehrte belegärztliche Tätigkeit niedergelassener Fachärzte (HB/NAV, BDA, CDU)

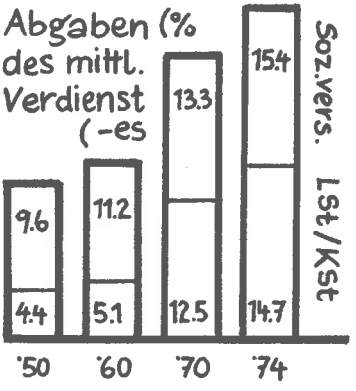
Hier geht es um die Durchsetzung gesellschaftlicherer Organisationsformen ärztlicher Arbeitsprozesse (Einrichtungen, siehe 1.1. - 1.3.) in Konkurrenz zu bestehenden. Dem ökonomischen Zwang zur Aufhebung

vorkapitalistischer Herstellung von Gesundheitsgütern beugen sich mittlerweile auch die Verbände der Niedergelassenen. Zusammen mit den Unternehmern verteidigen sie das Prinzip der "Freiberuflichkeit", ohne das Vordringen kapitalistischer Produktionsweise in das allgemeine Gesundheitswesen und damit die fortlaufende Umwandlung jeder ärztlichen Teilarbeit in lohnabhängige aufhalten zu können. Der für eine Realisierung direkter Vergesellschaftung erforderliche Kostendruck scheint noch nicht erreicht zu sein.

Ausgaben der gesetzl. Krankenversicherungen in Mrd. DM (78 geschätzt)

ZÄ	0.7	4.5	9.0
NÄ	1.9	8.8	16.3
AM	1.3	8.5	18.0
KH	1.6	11.3	28.6
Σ	9.5	43.0	93.2
	'60	'73	'78

ZÄ = Zahnärzte, NÄ = Niedergelassene, AM = Arzneimittel, KH = Krankenhaus, Σ = Summe



1.1.) Gruppenpraxis

Apparate- und Laborgemeinschaften, Ärztehäuser, Gemeinschafts- und Mietpraxen usw.

Die Errichtung von GP durch die Kommunen mit festem Gehalt für die dort tätigen Ärzte wird im Zusammenhang mit der Füllung regionaler Versorgungslücken gefordert (DKP, Juso). HB/NAV, BDA und CDU wünschen die Einrichtung kommunaler Arztzentren, in denen "freiberufliche" Ärzte analog zu den Chefärzten öffentliche Produktionsmittel benutzen (Mietpraxen z.B.). GP werden von den meisten Gruppen akzeptiert, weil sie den status quo am wenigsten gefährden, d.h., das Prinzip "Freiberuflichkeit" konservieren, die Möglichkeit arztzentrierter Aufgabenerweiterung (z.B. quantitative und qualitative Ausweitung technischer Leistungen) beinhalten und die Zergliederung von Bedürfnissen der Patienten ("Datenspender") zugunsten der sekundären Ausbeutung fördern. Die private Vereinbarung über ein festes Gehalt unter Kassenärzten einer GP ist unzulässig. Der KÄV gegenüber muß einzeln abgerechnet werden.

1.2.) Medizinisch-technische Zentren

Automatisierte Diagnostik

Modell zur Kostensenkung durch Rationalisierung technischer Dienst-

leistungen und Ausgliederung aus der "freien Praxis" zugunsten höherer Bewertung von "Beratungen" in der Gebührenordnung (s. 2). Erarbeitung diagnostischer und therapeutischer Standardprogramme für die neue GO nach Kosten-Nutzen-Analysen, Erstellen von Kriterien des Bedarfs an technischen Leistungen, Zuordnung der MTZ zu Krankenhäusern im Sinne stärkerer Integration von ambulantem und stationärem Sektor durch zentrale Informationssysteme (ZIS). DKP und Juso wollen die öffentliche Trägerschaft, während WSI/DGB, SPD/BMAS und BdO/BdB eine gemeinsame Trägerschaft von KÄV und GKK anstreben und damit die Dominanz unmittelbarer privatwirtschaftlicher Interessen garantieren. Das Bündnis BDA/CDU-Verbände der Niedergelassenen lehnt die MTZ ab. Offen ist der Status der in den MTZ tätigen Ärzte.

1.3.) Ambulatorien

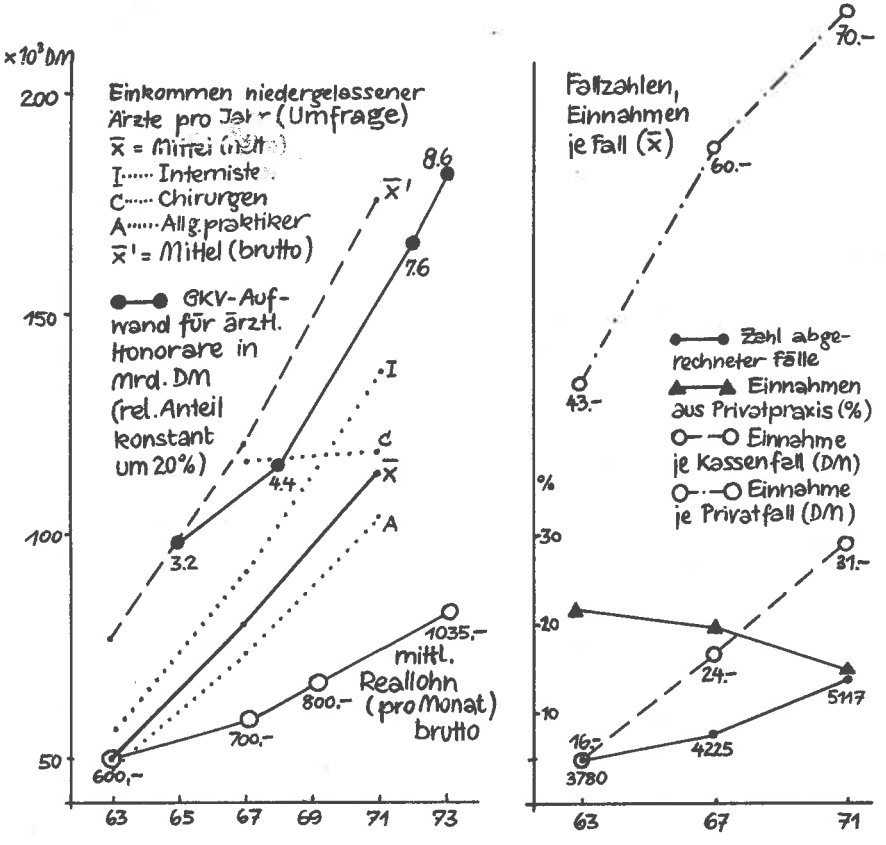
Werden in der konkreten Form (Finanzierung, Kompetenzen, Leistungsangebot, Stellung der dort tätigen Gesundheitsberufe, Kosten-Nutzen-Rechnung) zwischen den maßgeblichen Gruppen nicht diskutiert. Unklar ist die Gestalt der von den Juso vorgeschlagenen "ambulanten Einheiten", zu denen fahrbare Ambulatorien gehören. Sowohl die gesetzlichen Krankenkassen als auch die der Bundesregierung (BMAS) sehen Ambulatorien und Polikliniken als Experimentaleinrichtungen zur Behebung regionaler Unterversorgung bzw. zur Übernahme vor- und nachstationärer Betreuung vor. Vom DGB und rechts davon werden sie abgelehnt. Ambulatorien markieren wohl den Übergang in ein öffentliches Gesundheitssystem, wie es von IGM, DKP und Juso gefordert wird. Die dazu nötige Auflösung des ambulanten Kartells ist Ziel der "Grundsätze und Forderungen zum Vertragsrecht der Krankenkassen" vom April 1974, die als Ergebnis der "konzertierten Aktion" zu werten sind.

2) Honorierung ärztlicher Tätigkeit

- Öffentlich-rechtliche Besoldung aller Ärzte in einem öffentlichen Gesundheitsdienst (IGM, DKP, Juso)
- Einfrieren der Honorare der "Freipraktizierenden" und Angleichung der Einkommen angestellter bzw. beamteter Ärzte, "Orientierung der Arzteinkommen an denen vergleichbarer Berufe" (WSI/DGB, BMAS, BdO/BdB)
- Neue Gebührenordnung mit stärkerer Gewichtung der "eigentlich ärztlichen" Tätigkeit (Beratung, Psychotherapie, eingehende Untersuchung, Gesundheitserziehung und -aufklärung) (WSI/DGB)
- Erstellen von "Leistungskomplexhonoraren" (= für die Untersuchung und Behandlung bestimmter Erkrankungen standardisierte Leistungsgruppen) in den MTZ, Einführung des Punktsystems, Kopplung der GO an die sozio-ökonomische und technische Entwicklung (WSI/DGB, BdO/BdB, BMAS, im letzten Punkt auch BDA)
- Neue Gebührenordnung mit Hebung der Beratungshonorarsätze ohne Änderung der Gebühren für technische Leistungen, vertragliche Regelung von Abschlägen für Laborleistungen analog zu bestehenden Vereinbarungen in den Gesamtverträgen zwischen GKK und KÄV (HB, NAV)

DGB und SPD halten eine Verminderung der gegenwärtigen Einkommen niedergelassener Ärzte für nicht realisierbar. Angestrebt wird das "markt"konforme Gegensteuern gegen die auf das Einzelleistungshonorar

zurückgeführte Fehlentwicklung (Maximierung der Zahl von Patienten bzw. von technischen Leistungsquanten im Sinne eines Akkordsystems, regionale Mangelversorgung, Überwiegen der Zunahme von Fachärzten) durch einen Kompromiß zwischen Pauschal- und Einzelleistungshonorar ("Leistungskomplexhonorar") mit der Möglichkeit zur Rückkopplung der Produktivität. Vermutlich wird diese Version im Tausch gegen die weitgehende Erhaltung des Vertragszwangs für die GKK zur Bindung an die KÄV demnächst verwirklicht. Das Vordringen von Einzelkapitalen (Geräte- und Pharmaindustrie) wird eher begünstigt. Eine Kontrolle der Differenz zwischen gemeldeter und tatsächlich erbrachter Leistung oder ihres Erfolgs unterbleibt. (Dem Patienten vom Arzt auszuhändigende Durchschläge, auf denen die Leistungsziffern vermerkt sind, werden das Preis-Nutzen-Verhältnis für medizinische Leistungen ebensowenig zugunsten der Pflichtversicherten verschieben wie die Preisetiketten auf den Arzneimittelpackungen.) Auch Herder-Dorneich,



Quellen: Kassenarzt 14(74):1786,1938; Arzt und Wirtschaft 74,5:24/74,6:21/74,12:12; Z. Allgemeinmed. 74:500; Deutsches Ärzteblatt 74,24:1782; Spiegel 74,26:27/74,43:108; Argument S4(74)

Theoretiker des Wertepluralismus, wonach Freiheit dem Wettbewerb entspringt, gesteht offen, daß die finanzielle Steuerung des Arztverhaltens keine Lösung bietet für den Konflikt zwischen 1) Anspruch des Patienten auf Optimierung des Aufwands, 2) Anspruch der GKK auf Minimierung der Kosten, 3) Anspruch des Gesamtkapitals auf Optimierung der Nutzung und Reparatur der Ware Arbeitskraft und 4) Anspruch des Arztes auf Maximierung seines Praxisertrags. So konnte die kollektive Hebung des "Fachgruppendurchschnitts" der Niedergelassenen bei den technischen Leistungen und Verordnungen von Arzneimitteln (also die verstärkte sekundäre Ausbeutung der in ihrem Gebrauchswert verminderten Ware Arbeitskraft) durch die vorhandenen Steuermechanismen nicht aufgehalten werden, zumal die Erwartungshaltung der Patienten (Somatisierung von Konflikten) auf der Basis ihrer Konkurrenz untereinander in derselben Richtung verändert wurde (Verknappung des Angebots von interaktionalen Leistungen, Überangebot physikalisch-chemischer Waren). Insofern taucht der Bezug zum Hauptkriterium der GKV-Leistungen, was nämlich zur Behandlung von Kranken "ausreichend", "zweckmäßig" und "notwendig" sein soll (§§ 182, 2 und 368 g RVO) inhaltlich in keinem der Vorschläge zur Honorarreform auf.

3) Reform des Schiedswesens (§§ 368 h, i RVO)

Umstritten ist die Angliederung eines Bundesschiedsamtes für Fragen der Gebührenordnung zu dem bestehenden für kassenärztliche Versorgung mit der üblichen paritätischen Besetzung durch GKK und KBV-Vertreter plus 3 unparteiische Mitglieder, von denen eines den Vorsitz hat sowie gutachterliche Beratung durch Experten aus dem Bundesministerien für Arbeit und Sozialordnung, Familie/Gesundheit und Wirtschaft (Pläne der BdO/BdB und des BMAS).
Diese flankierende Maßnahme soll die GKK in ihren Auseinandersetzungen um die Gesamtvergütung mit der KBV stärken. Sie wird vom Freiberuflicher-Bündnis (HB/KAV/NAV, BDA, CDU) als dirigistischer Eingriff abgelehnt, wobei von einer Doppelstrategie des BDA auszugehen ist (s. 1.3.).

4) Bewältigung der regionalen Mangelversorgung

- Einbeziehung nichtärztlicher Berufe (vgl. 1)
- Kommunale Gruppenpraxis/Ambulatorien mit festbezahlten Ärzten (DKP, Juso) und fahrbare Ambulatorien (Juso)
- Dienstverpflichtung aufs Land (Juso), Notstandsverpflichtung (BdO/BdB)
- Niederlassungs- und Zulassungsbeschränkungen für gut besetzte Gebiete solange, bis unterversorgte Regionen aufgefüllt sind (DKP, WSI/DGB, BdO/BdB, Pirkls "ultima ratio")
- Beteiligung von Krankenhausärzten an der ambulanten Versorgung durch Aufhebung des Vertragsmonopols der KÄV (BdO/BdB, DGB)
- Intensivere Bedarfsplanung durch die GKK (BdO/BdB) bzw. KÄV (BDA, CDU, HB, KAV, NAV)
- "Markt"konforme Niederlassungsanreize (kommunale Investitionen im Sinne von Mietpraxen: WSI/DGB, BDA, HB, MB; Vertreterpools, Einkommensgarantien, Steuererleichterungen, Zuschüsse, Sonderhonorare, erhöhte Wegegelder im Rahmen der KÄV Selbstverwaltung.
- Private Nebentätigkeit von Krankenhausärzten ("Ermächtigung" durch die KÄV: MB, HB, NAV)

- Genehmigung von Zweigpraxen und Beschäftigung von Assistenten (BDA)
- Abbau des Numerus clausus für Medizin, Verstärkung des Ausbildungsziels Allgemeinmedizin (verbale Übereinstimmung aller Gruppen).

Keiner der durchsetzungsfähigen Lösungsvorschläge ändert etwas an der zunehmenden Unterversorgung bestimmter Gebiete, zumal das durch die Vergreisung der Niedergelassenen bedingte Defizit vorerst nicht beseitigt werden kann. Alle konsensfähigen Organisationsformen verstärken die Tendenz zur Zentralisierung. Das Scheitern der "markt" konformen Steuerungsmechanismen auch an diesem Problem wird bald zur lokalen Aufweichung des ambulanten Behandlungsmonopols der Kassenärzte führen (vgl. 1).

Bei den Punkten 'Fortbildung der Ärzte' und 'Verbesserung der Not- und Bereitschaftsdienste' besteht Übereinstimmung zwischen den maßgeblichen Gruppen. Auch hier geht der Streit im wesentlichen um die Selbstverwaltungsautonomie der KÄV. Die gesundheitspolitischen Vorstellungen zu den Komplexen gesetzliche Krankenversicherung, Gesundheitsdienste (sozialmedizinischer, werksärztlicher, öffentlicher) und Früherkennung bzw. Prävention bleiben hier unberücksichtigt.

THESEN-ENTWURF DES SOZIALISTISCHEN BÜROS

Die wachsenden gesellschaftlichen Widersprüche und Konflikte in Westdeutschland und die ungenügende Art und Weise, in der viele sozialistische und kommunistische Gruppen bzw. Parteien die aktuellen Probleme sozialistischer Strategie und Taktik behandeln, haben in den letzten Jahren das Interesse am Sozialistischen Büro erheblich verstärkt. Dieses zunehmende Interesse hat Konsequenzen für die Arbeit und für die Struktur des Sozialistischen Büros selbst. Der Arbeitsausschuß des SB hat deshalb einen neuen Thesen-Entwurf erarbeitet, der versucht, den Diskussionsstand der am Sozialistischen Büro orientierten oder in ihm in der einen oder anderen Weise organisierten Linken festzuhalten und diese Diskussion sowie den Organisierungsprozeß voranzubringen. Der Thesen-Entwurf soll in den nächsten Monaten einer intensiven Diskussion in regionalen Arbeitstagungen, den Arbeitsfeldern des SB, den SB-Gruppen und Sympathisanten-Gruppen sowie in den Publikationen des SB unterzogen werden. Im Herbst/Winter 1975 soll der Entwurf dann auf Grundlage dieser Diskussion noch einmal überarbeitet und im Delegiertenrat bzw. der Arbeitsgruppe Sozialistisches Büro als vorläufige politische Positionsbestimmung des SB verabschiedet werden. In die Diskussion um den Thesen-Entwurf müssen auch die Erfahrungen und Notwendigkeiten der einzelnen Arbeitsfelder eingehen. Somit stellt sich auch für das Arbeitsfeld Gesundheitswesen die Aufgabe, spezifische Thesen des Arbeitsfeldes zu entwickeln und diese Aspekte in die Thesen des SB einzubringen.
Der vom Arbeitsausschuß erarbeitete Thesen-Entwurf, der ab Februar 1975 als Broschüre vorliegt, kann gegen Voreinsendung von DM 5.-- bezogen werden über Sozialistisches Büro, 6o5 Offenbach 4, Postfach 591.

MITBETEILIGUNG DER PATIENTEN AN DER ERKENNUNG UND BEKÄMPFUNG DER KRANKHEITEN UND IHRER URSACHEN IM BEREICH DER AMBULANTEN VERSORGUNG

Im folgenden Bericht werden wir versuchen darzustellen, warum wir Mitbeteiligung des Patienten fordern und welche Ziele wir damit verfolgen. Der Grund für unsere Forderung ergibt sich erstens aus der konkreten gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, zweitens aus der Analyse der Bedingungen von Krankheit allgemein.

1. Um genauere Ergebnisse über die Gesundheitssituation zu erfahren, haben wir, wie im Info 1 bereits erwähnt (S. 28), im Sommer 1972 im Münchener Stadtteil Hasenbergl-Nord (HBN) eine Fragebogenaktion durchgeführt.

HBN, am nördlichen Stadtrand Münchens gelegen, hat ca. 5500 Einwohner, von denen etwa die Hälfte in städtischen Unterkünften (UK) (sogenannte Schlichtwohnungen für Obdachlose), die übrigen in Sozialbauwohnungen (SW) leben,
- fast 40 % sind Jugendliche unter 14 Jahren (in Gesamt-München 16 %);
- durchschnittliche Haushaltsgröße 4,2 Personen/Hh. (BRD: 2,66);
- Belegungsdichte der UK: 82,3 % unter 10 qm/Person;
- 65 % Arbeiter;
- 75 - 90 % der Bevölkerung von Gesamt-Hasenbergl (34 000 E) unterschreiten das für München errechnete Durchschnitts-Pro-Kopf-Einkommen und 386 DM;
- nicht ausreichende Versorgung mit Kindergärten und besonders weiterführenden Schulen;
- miserable Lage der medizinischen Versorgung: HBN 1 Arzt: 5500 E; Gesamt-Hasenbergl: 1: 2600;
- ungenügende Versorgung mit Freizeiteinrichtungen (in HBN 2 Kneipen; neuerdings einmal wöchentlich Nachbarschaftskino).

Wir befragten 152 UK-Familien und 63 SW-Familien, wobei wir hier Unterschiede bei den Ergebnissen zwischen UK und SW nicht diskutieren, weil der grundsätzliche Widerspruch für beide der gleiche ist, die UK-Bewohner in einigen Bereichen nur in einer noch verschärfteren Lage leben. Wir erhielten unter anderem folgende Ergebnisse über die Gesundheitssituation der Bewohner:

- Krankenstand:
  im letzten Jahr mindestens einmal krank gewesen:
  Männer: UK 54,6 % SW 60 %
  Frauen: gesamt 64 %
  Kinder waren im letzten Jahren durchschnittlich
  UK 1o,6 Tage, SW 9,1 Tage krank

im letzten Monat mindestens einen Tag krank gewesen
Männer: UK und SW ca. 14 %, BRD 9 % (x)
Frauen: UK 34,3 % SW 23,3 % BRD 10,6 % (x)

- Krankheitsgruppen und Leiden:	HBN (%)	Hessen (%) (xx)
Herz- und Kreislaufkrankheiten	54,6	43
Lungenleiden, Bronchitis, Asthma	16,8	6
Magenerkrankungen, Verdauungs-beschwerden	41,3	27
Leber-Galle-Nierenleiden	17,6	9
Rheuma, Rückenbeschwerden	30,2	25

(x) nach Microzensuszusatzbefragung von 1966
(xx) Erhebung in Hessen 1962 (Durchschnittsbevölkerung) durch das Institut Allensbach, gleiche Erhebungsmethoden.

- Beschwerden (Vergleichsuntersuchungen sind trotz standartisiertem Fragebogen nicht vorhanden):		UK (%)	SW (%)
Magenschmerzen	Männer	33,67	18,4
	Frauen	22,1	23,3
Verstopfung	M	12,2	12,2
	F	22,2	31,7
Kopfschmerzen	M	33,7	30,6
	F	56,4	56,8
Nacken/Schulterschmerzen	M	21,4	24,5
	F	21,4	35,0
Schwindel	M	19,4	16,3
	F	40	43,3
Übermäßiges Schlafbedürfnis	M	28,6	32,6
	F	46,4	43,3

- Gesundheitsverhalten (meist Frauen befragt)			
"Tun sie etwas für ihre Gesundheit"	ja	33	49
"Informieren sie sich über medizinische Fragen und Probleme"	ja	57	72
"Möchten sie gerne mehr darüber wissen, wie der menschliche Körper funktioniert, auch wenn das einige Zeit kostet"	ja	60	56
"Welche Vorsorgeuntersuchungen kennen sie"	keine	44	5
"Haben sie schon davon Gebrauch gemacht"	nein	74	43
"Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein"	Schmerz-Kopfschmerztabletten	38	25
"Wie häufig sind sie im letzten Jahr zum Arzt gegangen"	Null-Mal	19	8
	Einmal	15	6
"Gehen sie regelmäßig zum Arzt"	ja	32	51
"Warum" (Ja-Sager der vorherigen Frage)			
	Vorsorgeuntersuchungen	27	44
	chronische Krankheiten	67	53
	akute Krankheiten	6	5

Diese Daten machen deutlich, daß in HBN der Krankenstand (Dauer, Häufigkeit) höher ist als bei der Durchschnittsbevölkerung. Zum anderen zeigt sich, daß das passive Bedürfnis, etwas für seine Gesundheit zu tun, bei einem Großteil der Befragten vorhanden ist, zwischen dem passiven Bedürfnis und dem aktiven Einsatz aber eine große Diskrepanz besteht (insbesondere bei den UK-Bewohnern).

2. Analyse der Bedingungen von Krankheit

Die Ursachen der Diskrepanz zwischen aktivem und passivem Gesundheitsverhalten sind in den Produktions- und Reproduktionsbedingungen des Arbeiters zu suchen (wozu eben auch das System der medizinischen Versorgung gehört). Genauer wäre zu fragen, wie sich die Existenzbedingungen des Arbeiters auf die Erhaltung von Krank-Gesundheit, auf die Entscheidung, ob man krank ist bzw. sein darf und auf die Möglichkeit, Maßnahmen zur Erhaltung und Wiederherstellung seiner Gesundheit durchzuführen, auswirken.

2.1. Produktionssektor

Neben der jeweiligen Qualität des Arbeitsplatzes (genauere Angaben darüber sollten von anderen Gruppen erarbeitet werden, vorhandene Berichte, z.B. in "Argument" 60 und 69) sind die wesentlichen krankmachenden Faktoren am Arbeitsplatz Entfremdung, Isolation durch Konkurrenz und Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren. Dazu wird eine Solidarisierung der Arbeiter unter anderem durch den vom System "geforderten" und damit geförderten Konkurrenzkampf verhindert und Aktivitäten oder Selbstbestimmungsforderungen unterdrückt. Unsere Frage "Halten sie es für möglich, daß ein Arbeiter Schwierigkeiten am Arbeitsplatz bekommt, wenn er krank ist", wurde von 2/3 der Befragten mit "ja" beantwortet.

Die Möglichkeit des Arbeitsplatzverlustes bei häufigem oder längerem Kranksein bejahten 83 % und 46 % sind aus diesem Grund schon mal zur Arbeit gegangen, obwohl sie krank waren.

38 % der UK-Bewohner gaben außerdem an, daß sie es sich wegen der damit verbundenen finanziellen Einbußen (z.B. Wegfall von Überstunden) nicht leisten können, krank zu sein.

Diese Aussagen werden erhärtet durch die Erscheinungen, die während der Rezession von 1966/67 auffielen. In dieser Zeit sanken die Fehlzeiten erheblich (laut Unternehmern "stieg die Arbeitsmoral"), dafür stieg die Zahl der Betriebsunfälle deutlich an, und kurz darauf stieg die Zahl der chronisch Kranken.

Ein Großteil der Arbeiter lebt eben mit einem Existenzminimum (s.o. Pro-Kopf-Einkommen) und ist daher gezwungen, seine Arbeitskraft permanent zu verkaufen, d.h., er kann sich Krankheit als Abwehrreaktion auf seine ihn kaputtmachenden Produktionsverhältnisse nicht leisten, ohne seine Existenzgrundlage dann zu verlieren.

2.2. Reproduktionsbedingungen

- Wohnen in zu kleinen Wohnungen wegen der überhöhten Mieten (Qm-Preis für Sozialwohnungen in München derzeit ca. 4,50 DM);
- Wohnen in sterilen Wohnsilos ohne Gemeinschaftseinrichtungen, wodurch der Kontakt zu Nachbarn und anderen unmöglich gemacht wird;
- Unterversorgung an sozialen Einrichtungen;
- mangelnde Freizeit- und Kommunikationsmöglichkeiten (bei dem für HBN geforderten Bürgerzentrum wurde (im Stadtrat) befürchtet, daß sich durch den im Bürgerzentrum möglichen Kontakt der Bewohner untereinander unbequeme Aktivitäten entwickeln könnten);
- unbefriedigende medizinische Versorgung: die Ergebnisse unserer Fragebogenaktion zeigen deutlich die negativen Erfahrungen, die die Bevölkerung, abgesehen von der quantitativen Unterversorgung, mit dem medizinischen System gemacht hat:

"Gibt es beim Arztbesuch etwas, das sie stört" (von 8 möglichen Antworten 3 ankreuzen)	UK (%)	SW (%)
lange Wartezeiten	68	62
unverständliche Ausdrücke des Arztes	26	22
oberflächliche Behandlung	40	40
wenig Beratung	24,5	40

Im Reproduktionsbereich kann der einzelne Bedürfnisse nach angemessenem Wohnen, nach Erholung, medizinischer Versorgung, Anregung usw. kaum befriedigen. Außerdem wird er durch die äußeren Bedingungen in eine anonyme Isolation gedrängt, in der er mit seinem diffusen Gefühl von Verwaltetwerden und Ohnmacht gegenüber einem für ihn kaum durchschaubaren System und der daraus resultierenden Angst allein ist.

2.3. Diese Diskrepanz

zwischen aktivem und passivem Gesundheitsverhalten ist insbesondere auch Ausdruck des Widerspruchs innerhalb unseres Gesundheitssystems selbst: einerseits hat die Medizin den Anspruch "kausal" heilen zu wollen, andererseits ist sie weder fähig noch überhaupt daran interessiert, die wirklichen Ursachen von Krankheiten anzugehen.

Die meisten Ärzte gehören nicht der Klasse des Großteils ihrer Patienten an. Sie haben daher wenig Möglichkeiten, aufgrund von eigenen Erfahrungen die Probleme ihrer Patienten zu verstehen. In ihrer medizinischen Ausbildung werden im wesentlichen die Zusammenhänge zwischen der sozialen Situation des Patienten und seiner Krankheit verleugnet.

Die Beschränkung auf ein naturwissenschaftliches Medizinverständnis ist allerdings auch eine "Notwendigkeit", denn bei Einbeziehung der sozialen Situation müßte zwangsläufig die eigene gesellschaftliche Position in Frage gestellt werden.

Jeder freipraktizierende Arzt (tendenziell auch der Krankenhausarzt) unterliegt in unserem System den "Gesetzen" der Gewinnmaximierung. Das bedingt, daß der Arzt möglichst die Maßnahmen durchführt und anordnet, die am besten bezahlt werden (z.B. Spritzen und nicht Gespräche).

Diese Verhaltensweisen der Ärzte stellen sich in den Antworten der Bewohner folgendermaßen dar:		UK (%)	SW (%)
- "Stimmt es, daß die Ärzte einen häufig nicht gründlich genug untersuchen"	ja	82	87
- "Hat der Arzt ihnen Ratschläge gegeben, die sie nicht verwirklichen konnten z.B. viel spazierengehen oder sich schonen, obwohl sie doch auf die Kinder aufpassen müssen"	ja	46	41
- 41 % der UK und 35 % der SW konnten Behandlungsvorschläge ihres Arztes nicht ausführen, weil sie keine Möglichkeit zur Durchführung hatten.			
- "Hat der Arzt ihnen erklärt, welche Veränderungen in ihrem Körper zu ihren Beschwerden geführt haben"	nein	75,5	73
- "Hat der Arzt ihnen erklärt, wie sie das Wiederauftreten ihres Leidens verhindern können"	nein	70,2	65
- "Glauben sie, daß reiche Patienten besser behandelt werden als Arbeiter	ja	83	87

Aus Angst vor Verlust seiner finanziellen und gesellschaftlichen Privilegien hat der Arzt also kein Interesse an aktivem Gesundheitsverhalten und Eigenaktivität seiner Patienten, an Vorsorge und Aufklärung, die bei den gesellschaftlichen Ursachen ansetzen. Der Patient, der im Bewußtsein des Arztes "sowieso nichts für seine Gesundheit tun will" (wobei ignoriert wird, daß er es weder kann noch soll), wird zum entmündigten Objekt einer hauptsächlich medikamentösen Therapie gemacht. Anscheinende Heilung bedeutet nur Rückführung in die krankmachende Situation. Der Widerspruch des Kapitalismus zeigt sich danach im Gesundheitswesen derart, daß die kurzfristig zur Wiederherstellung der Arbeitskraft und damit zur Profiterhöhung beitragenden Maßnahmen langfristig zur Verschlechterung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung führen.

Nachbemerkung

Aus diesem Bericht wären nun die praktischen Möglichkeiten und Notwendigkeiten für unsere Arbeit in der ambulanten Versorgung unter Mitbeteiligung der Patienten abzuleiten. Dies soll Aufgabe der Arbeitstagung im Februar sein. Dabei sollten wir davon ausgehen, daß Medizin als Teil der Gesellschaftspolitik beitragen soll, folgende Ziele zu erreichen:

I. Gesundwerden der Patienten
II. Emanzipation, Selbstwertgefühl, Kommunikation und Solidarität der Patienten
III. Gesellschaftspolitische Aktivität und Organisierung
IV. Veränderung der krankheitverursachenden Bedingungen.

Bei diesen Zielen gehen wir davon aus, daß nicht eines nach dem anderen erreicht werden kann oder muß (weder in der einen noch in der anderen Reihenfolge), sondern daß die Ziele sich gegenseitig bedingen und möglich machen im Sinne eines dialektischen Prozesses. Ein 'Gesundsein' gibt es unter den gegebenen Bedingungen nicht. Der Pro-

zeß des Gesundwerdens muß aber sehr wohl jetzt eingeleitet werden, um damit mitzuhelfen, die konstruktiven Voraussetzungen für den Aufbau einer sozialistischen Gesellschaft zu schaffen.

Um den momentanen Circulus vitiosus zu durchbrechen, sehen wir nur die Möglichkeit, in unserer Arbeit die Aktivität der Betroffenen (hier die Patienten) anzuregen und im kleinen Rahmen zumindest die Bedingungen dafür zu schaffen, um damit einen Prozeß in Gang zu setzen, der eine Entwicklung auf die genannten Ziele hin ermöglicht.

PROBLEME DES KLASSEN-KAMPFS 16

DM 7,00

Gerhard Armanski
Staatliche Lohnarbeiter im Kapitalismus
Thorsten Graf/Mimi Steglitz
Homosexuellenunterdrückung in der bürgerlichen Gesellschaft
W. Schoeller/W. Semmler/J. Hoffmann/E. Altvater
Entwicklungstendenzen des Kapitalismus in Westdeutschland (II)
Bodo v. Greiff/Hanne Herkommer
Die Abbildtheorie und „Das Argument"
Bedingungen sozialistischer Solidarität

Probleme des Klassenkampfs erscheint mit jährlich ca. 750 Seiten Umfang, die in der Regel in zwei Einfach- und zwei Doppelheften geliefert werden. Preis des Einfachheftes DM 7,00, des Doppelheftes DM 10,00. Abonnements sind nur direkt vom Verlag beziehbar. Abo-Preis für 6 Einfachhefte (bzw. 2 Einfach- und 2 Doppelhefte) ist DM 31,00 inklusive Versandkosten. Luftpostabonnement (nur außerhalb Mitteleuropas): DM 36,00. Die Lieferung wird aufgenommen, sobald der Betrag von DM 31,00 bzw. DM 36,00 beim Verlag eingegangen ist. Dabei ist anzugeben, ab welchem Heft die Zusendung gewünscht wird, wobei frühestmöglicher Abo-Beginn das zuletzt erschienene Heft ist. Evtl. frühere Hefte werden zum Normalpreis auf Rechnung portofrei zugesandt, sofern sie nicht gerade vergriffen sind. — Sonderhefte sind im Abo nicht enthalten, sondern werden auf Bestellung jeweils nach Erscheinen portofrei zugesandt. Sonderhefte kosten nach Umfang und Auflagenhöhe unterschiedlich viel. Bezahlung des Abos durch Überweisung an Politladen GmbH, Erlangen, Konto 3234-850 beim Postscheckamt Nürnberg oder Konto 1190 bei der Raiffeisenkasse Effeltrich/Oberfranken. — Auslandsüberweisungen bitte ausschließlich per Post!

POLITLADEN 852 ERLANGEN POSTFACH 2849

ÜBER DEN KURS DER 'NEUEN EHRLICHKEIT'

Die Protzigkeit der niedergelassenen Ärzte verführt leicht dazu, sich vorrangig mit ihren Privilegien zu befassen. Tatsächlich sollte jeder, der sich ihrem Revier oberirdisch zu nähern trachtet, die Arme heben. Beispiel: Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat zum Oktober 74 mit den Bundesverbänden der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen vorbei an den ständischen Inkassobüros (KÄV) eine "Empfehlungsvereinbarung" geschlossen, in der die Übernahme prästationärer Diagnostik und poststationärer Nachsorge durch stationär tätige angestellte Ärzte geregelt wird. Vorteil für die DKG: Verbesserung der Kapazitätsauslastung der Krankenhausapparaturen, Verringerung des Pflegeaufwandes. Vorteil für die GKK: Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen, insgesamt Kostensenkung.

Den stellvertretenden Vorsitzenden des Verbandes der niedergelassenen Ärzte (1) (NAV), der das Wohl der Wohltäter sicherzustellen hat, erinnert das "verzweifelt an die Jahre der 'Machtergreifung' um 1933", weil "starke politische Kräfte darum bemüht sind, das Gewicht der Versorgung der kranken Bevölkerung dahin zu verlagern, wo es am kostenaufwendigsten erbracht werden kann ... logische Sequenz, deren unabänderlichen Ablauf wir von allen sozialisierten Systemen kennen", sagt er, ist: "1) Ausrottung der Privatversicherten, 2) Abschaffung der Privatstationen, 3) Klassenlosigkeit und damit Beseitigung von Vergleichsmaßstäben, 4) Herabsetzung der Qualität ärztlicher Versorgung durch Einfrieren der kassenärztlichen Honorare". 5 vor zwölf sei schon vorbei folgt dann, so daß, wie schon "um 1933" der Niedergelassene aufgerufen ist, sich einzureihen in den Kampf gegen die Machtergreifung und zwar dergestalt, "daß kein Arzt in freier Praxis - von Notfällen abgesehen - eine Krankenhauseinweisung vornimmt, ohne die in freier Praxis zur Verfügung stehenden Möglichkeiten in e x t e n s o ausgeschöpft zu haben". Denn "die deutschen Kassenärzte sollten wissen, daß eine Umstrukturierung der Medizin n o c h n i c h t erfolgt ist ... wie auch durch Zahlen erhärtet wird, herrscht im Krankenhaus Personalnot, eine erheblich akutere Not als im Bereich der ambulanten Versorgung. Diese Situation ist geeignet, kommende Auseinandersetzungen in aller Gelassenheit und in erbarmungsloser Konsequenz zu führen. Wir sind bereit, zur Kostenexplosion im stationären Bereich auch noch die Kostenexplosion in der ambulanten Versorgung herbeizuführen."

Man sieht, die Kostenentwicklung im ambulanten Sektor ist ein Ergebnis des tätigen ärztlichen Liebeswerkes in all den Jahren bis heut' (brave 20 % der gesamten GKV-Ausgaben haben ihnen immer genügt!) - aber jetzt ist die "Berufszufriedenheit" futsch und der Bart ab: "Wir sind ferner bereit, denjenigen, die solche tölpelhaften Veränderungen

unseres Gesundheitswesen verursachen, zu zeigen, daß man das Thema vorstationäre Diagnostik und poststationäre Nachbehandlung im Krankenhaus in mehreren Variationen auf Kosten der die Rechnung bezahlenden Krankenkassen durchspielen kann." Wie wir wissen, hat sich diese Art des Kampfes ja schon bei der 'Machtergreifung um 1933' bewährt, als es darum ging, den 'Saustall der roten Ortskrankenkassen' auszumisten: die niedergelassenen Heilsarmisten kamen auf diese Weise zur Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (heute KVB) mit Zwangsmitgliedschaft, Vertragszwang, autonomer Honorarverteilung und Zulassungsordnung. Diese Waffe schwingen sie unermüdlich: "Mit der dem Kassenarzt nach wie vor obliegenden Entscheidung über die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung ist uns ... ein hervorragenden Instrument in die Hand gelegt worden! Dieses Instrument werden die Ärzte, deren Geduld erschöpft ist, planvoll und wohldosiert bis zum fortissimum nützen" (wie sie's im stubenreinen Orchester immer geprobt haben!) und nun spritzt es heraus: "Wir deutschen Kassenärzte sind bereit, das Chaos, das andere angezettelt haben, nach Kräften zu vermehren!"

So kriegt das Wort von den 'Regeln der ärztlichen Kunst' , nach denen die 'Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise so eigentümlich zum Wohle der Oligarchie mit dem verklebt ist, wieder rechten Klang. Die listige Auslegung des § 368 e RVO zum Zwecke des Boykotts stationärer Einrichtungen durch den NAV und die Erinnerung des Kassenarztverbandes an die Hinfälligkeit des Streikverzichts für den Fall stärkerer Regierungskontrolle (geplante Schiedsamtsänderung) (2) lassen den Hippokraten Liek zum Progressiven werden: "Die Freiheit haben wir Ärzte schon längst verloren. Was wir vielleicht, nein wahrscheinlich noch retten können, ist, daß wir nicht Kassenbeamter, sondern Staatsbeamter werden" (1927). Vergessen wir nicht: es geht um nichts Geringeres als der allenthalben seuchenartig um sich greifenden 'Lähmung des Gesundheitswillens' Einhalt zu gebieten!

(1) D. Maiwald: "Das Chaos droht; laßt es uns vermehren!"; Ärzteblatt Baden Württemberg 11/1974:545
(2) H. Walther: "Hinterhältig"; Der Kassenarzt 11/1974:1783

Prof. G. Jervis
Leiter des "Centro Igiene Mentale"
in Reggio Emilia, Italien:

MEDIZIN UND SOZIALE KONTROLLE

ZU DIESEM ARTIKEL

Im folgenden drucken wir einen Aufsatz nach, der Ende 1971 in Italien entstanden ist und dort unseres Wissens im Original nur als vervielfältigtes Manuskript existiert hat. Der Autor, Prof. Giovanni Jervis, ist Leiter des "Centro Igiene Mentale" in Reggio Emilia. Dabei handelt es sich um den kommunalen psychiatrischen Gesundheitsdienst dieser Region. Das Papier entstand aus den Diskussionen einer Gruppe von Ärzten und Studenten.
Es wurde von Frankfurter Genossen der damaligen Initiativgruppe Medizin von einer Italien-Reise mitgebracht und 1973 hier übersetzt, um als Arbeitspapier für die Berufsperspektiven-Diskussion verwendet zu werden. Der letztgenannte Aspekt ist der Anlaß für uns, das Papier nachzudrucken.
Grob gesagt, zerfällt das Papier in zwei Teile: Zunächst wird eine Darstellung des italienischen Gesundheitswesens gegeben, die allerdings beim Lesen einige Schwierigkeiten bereitet, da sie nicht mit dem Anspruch der Vollständigkeit, sondern um die anschließenden Thesen verstehen zu können, gegeben wird. Jervis zählt diejenigen Faktoren und krisenhaften Entwicklungen auf, die die Arbeitsgruppe für ausschlaggebend für die weitere Entwicklung von Thesen zur Berufsperspektive hielt. Obwohl also nicht umfassend, bietet diese Darstellung der Verhältnisse im italienischen Gesundheitswesen einige Vergleichsmöglichkeiten zu der Situation in der Bundesrepublik: So z.B. die vermehrte Einflußnahme des Staates und deren spezifische Ausformung in Italien, die Reformen von Kassenwesen und Krankenhausstruktur oder die Darstellung der verschiedenen Fraktionen mit ihren Partikularinteressen usw. Am Beginn des zweiten Teils stellt Jervis die Frage, welche Rolle die Kräfte der Linken in dieser Situation übernehmen können. Den richtigen Ansatz in der Beantwortung dieser zentralen Frage sieht Jervis in der Beurteilung der Zusammenhänge zwischen Kampf im Gesundheitswesen und Klassenkampf. Dabei ist eine wichtige Voraussetzung für ihn, daß "das Problem der Medizin nicht mit dem des Arztes identisch ist".
Dieses Papier ist ein Fragment und muß auch als solches gelesen, diskutiert und verwertet werden. Wer weiteres Interesse an den hier angerissenen Thesen hat, dem ist ein Heft aus der Reihe "Internationale Marxistische Diskussion" zu empfehlen: G. Jervis: "Psychotherapie als Klassenkampf", IMD-Heft 50 (Merve Verlag, 1 Berlin 15. Postfach 327).

Die aktuelle Situation im italienischen Gesundheitswesen ist bestimmt von den Widersprüchen, die sich aus den Versuchen ergeben, einige allzu sichtbare Mängel zu beseitigen. Bekanntlich steigt der Aufwand für Gesundheitsleistungen in den meisten kapitalistischen Ländern verglichen mit dem Nationaleinkommen unverhältnismäßig stark. Dies erfordert verstärkte Planung. Diese Planungserfordernisse sind in Italien besonders notwendig geworden, weil der Aufwand für das Gesundheitswesen in unvorhergesehenem und unkontrolliertem Maße gestiegen ist. Der kapitalistische Staat muß zur Zeit feststellen, daß der soziale Aufwand, der durch Krankheit verursacht wird, die Entwicklung des Systems behindert. Zur Bemessung des sozialen Aufwandes der Krankheit müssen berücksichtigt werden:
1. Die Kosten die durch den physischen Verschleiß der Arbeitskraft (und damit durch Produktivitätsausfall) auf den verschiedenen Qualifikationsniveaus entstehen, ausgedrückt durch den zeitweiligen Verlust von Produktivitätseinheiten (und damit durch den Aufwand, der beim allfälligen Ersatz der Arbeitskraft entsteht) und die Kosten ausbezahlter Unterstützungsleistungen (teilweise oder vollständige Lohnfortzahlung etc.).

2. Die Kosten, die verursacht werden durch die im Verhältnis zu den Gesundheitsbedürfnissen ungenügende Rationalisierung des Leistungsangebots. Diese Bedürfnisse unterliegen aus einer Reihe von Gründen einer Steigerung; zu einem großen Teil gehen sie wieder in die von der ökonomischen Entwicklung bestimmte allgemeine Bedürfnissteigerung ein. Um diese Entwicklung in den Griff zu bekommen, versuchen Kapital und Staat, verschiedene, nicht notwendigerweise koordinierte und kohärente Maßnahmen zu ergreifen:
1.)Steigerung der Effizienz der medizinischen Leistungen, die zur Zeit ein maximales Mißverhältnis zwischen Aufwand und Ertrag zeigen,
2.)Planung der medizinischen Leistungen im Sinne eines Ausgleichs der größten geographischen und sektoriellen Ungleichgewichte; Schaffung eines minimalen Leistungsangebots, das allen Bevölkerungsschichten gleichmäßig zur Verfügung steht.
Dazu kann mit Sicherheit gesagt werden, daß die Entwicklung gleich welcher Formen von Präventivmedizin im bestehenden ökonomischen System zu einem starken Anstieg der Gesundheitsausgaben führen wird, da die Zahl der in die Kategorie der unterstützungsbedürftigen fallenden Menschen sich vervielfachen wird. Zudem zeigt diese Bedürftigkeit eine immanente Tendenz zur Chronifizierung, wozu die prozentuale Zunahme der älteren Bevölkerung stark beitragen wird.

3. Rationalisierung der Verteilung der Ungleichheiten: den sozial höheren Schichten sollen innerhalb der Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens (und nicht mehr allein in den Privatkliniken) Behandlungen mit hohem Aufwand garantiert werden; für die bürgerlichen Schichten, die Techniker in der Industrie, qualifizierte Arbeiter, Schaffung von effizienten Einrichtungen der Prävention und Therapie; Festlegung von Prioritäten bezüglich sehr teurer Therapien (z.B. Organtansplantationen und Prothesen) und bezüglich massenhaft auftretender , mit hohen Kosten verbundener Krankheiten (z.B. Früherkennung von Bronchialkarzinomen). In diesem Sinne stellt sich für den kapitalistischen Staat das Problem der tendenziellen Abschaffung des freien Berufs, der immer mehr eine Form von parasitärem Einkommen

darstellt, da er außerhalb der betrieblichen Einrichtungen des Gesundheitswesens steht. (Ein Arzt, der seine Tätigkeit für einen staatlichen Betrieb leistet, ist für den Staat produktiv, auch wenn er dabei reichlich bezahlt wird; nicht aber der Arzt, der im Konkurrenzkampf zum Staate stehend, dieselbe Leistung verkauft.)

4. Lenkung des staatlichen Aufwandes im Gesundheitssektor im Hinblick auf die Erfordernisse des Finanzhaushaltes, das Gesamtinteresse des Kapitals und die Partikularinteressen der unmittelbar involvierten Industriezweige (Bauindustrie, pharmazeutische und Nahrungsmittelindustrie, medizinische Apparate-Industrie).

5. Rationalisierung in dem für die Beschaffung der für das Gesundheitswesen notwendigen ökonomischen Ressourcen zuständigen Bereich. (Die Erweiterung des Steuerwesens dient im übrigen der Umverteilung von Einkommen aus abhängiger und unabhängiger Arbeit und dem Zweck der Konjunkturregelung über den allgemeinen und den gesundheitlichen Etat.

6. Ausbau des gesamten Systems der sozialen Sicherung (und des dazugehörigen Gesundheitssystems) als System der Selektion und der Kontrolle. Das Gesundheitssystem trägt in koordinierter Weise dazu bei, die ganze Bevölkerung in ein medizinisch-soziales Netz einzugliedern (das sich bestens auf die Prinzipien der Prävention berufen kann), das dazu dient, Widersprüche die in Wirklichkeit kollektiven Charakter haben, auf individueller Ebene zu behandeln und individuelles Schicksal in Funktion von Klassenzugehörigkeit, Erfordernissen der Produktion und des Konsums zu rationalisieren.
Die mystifizierende Ideologie der Gesellschaft "im Dienst des Individuums ist von wesentlicher Bedeutung dafür, daß das Individuum seine soziale Funktion akzeptiert, indem ihm noch eigene Verantwortlichkeit für seine Unfähigkeit zu anderen Funktionen zugeschoben wird. In dieser Perspektive tendiert das Kapital dazu, dem Gesundheitssystem (zusammen mit Schule und Psychiatrie) die Aufgabe zu übertragen, die Individuen in vorsichtigen Selektionsverfahren zu ermitteln, die zu spezialisierten Arbeitsverrichtungen nicht fähig sind. In den typischsten Fällen zeichnen sich diese Arbeiter aus durch: Absentismus, Anpassungsunfähigkeit an Disziplin und Arbeitsrhythmus, Tendenz zu Unfällen, Tendenz zu rezidivierenden psychischen und physischen Erkrankungen. Diese werden wahrscheinlich durch das System mehr und mehr produziert; in einer günstigen ökonomischen Situation und unter fortgeschrittenen technologischen Bedingungen kosten diese Arbeiter weniger als Rentner (als Konsumenten, als degradierte Arbeiter) denn als Produzenten. Darüber hinaus ist klar, daß sie den Einzelkapitalisten weniger kosten, wenn sie zu Lasten des Staates fallen, und die Ärzte sind meist dazu bereit, technizistische Rechtfertigungen für die vom Kapitalisten formulierte Diagnose der Anpassungsunfähigkeit zu geben.

7. Erreichen der aktiven Kollaboration der Arbeiterklasse und ihrer Organisationen mit dem Ziel, dieselben Forderungen der Arbeiterklasse zu neutralisieren, die einen der größten Widersprüche im Innern des kapitalistischen Staates darstellen.

Die aktuellen Schwierigkeiten beim Versuch, das Gesundheitswesen zu reformieren, beruhen prinzipiell auf:

1. der Opposition einiger politisch-bürokratischer Sektoren im nachgeordneten Regierungsbereich, ausgehend von den bestehenden Fürsorgeinstitutionen; der Opposition und den ständischen Interessen eines guten Teils der Ärzte.

2. der Unmöglichkeit, die regionalen und sektoriellen Diskrepanzen auszugleichen, auf Grund der Übermacht derjenigen Regionen und Sektoren, die in verstärktem Maße direkten Interessen des Industriekapitals unterworfen sind ("entwickelte" Zonen im Norden Italiens).

3. dem Widerstand eines Teils des italienischen Kapitals, das vor den ökonomischen Folgen des Besteuerungssystems Angst hat. Darüber hinaus vom Widerstand derjenigen pharmazeutischen Betriebe, die aus dem Kassensystem und einigen gesetzgeberischen und markttechnischen Erleichterungen enorme Vorteile zogen. (Von diesem Gesichtspunkt aus gesehen sind die großen Pharmakonzerne eher an einer Reform des Gesundheitswesens interessiert: das Verschwinden des für das Kassensystem typischen chaotischen pharmazeutischen Wirrwarr kann dem Pharma-Großkapital längerfristig Vorteile schaffen vermittels einer Rationalisierung des Angebots und durch die Ausweitung der Anzahl der Versicherten.)

4. dem Fortbestehen einer Arbeitsweise im Gesundheitswesen, die den aktuellen Bedürfnissen des Kapitals nicht nachkommt. Die Praxis zeichnet sich in Italien aus durch:
a) eine schlechte durchschnittliche wissenschaftlich-technische Ausbildung, sowohl der Hochschulabsolventen wie der Techniker und des Pflegepersonals
b) eine Verankerung der Ärzte in hohen ökonomischen-sozialen Privilegien
c) hierarchische Standesorganisationen mit freiherrlichen und pseudotechnokratischen Tendenzen, in Opposition gegen jede rationale Planung.

5. dem verwaltungstechnischen Ungenügen der lokalen und der Krankenhausverwaltungen sowie dem organisatorischen Ungenügen der verschiedenen Sozialeinrichtungen, speziell der Krankenhäuser.

6. den Widerständen der an der privatistischen Medizin interessierten Kreise (inbegriffen die religiösen Orden). Es ist beizufügen, daß die Verteidigung der privatistischen Medizin das wirksamste Instrument für die Erhaltung der aktuellen Macht der Ärzte ist.

In dieser Situation haben die Aktionen der Organisationen der Linken - wir denken an PCI, CGIL, CISL heute einen doppelten Charakter:

- Auf der einen Seite besteht die Tendenz, daß diese als vorantreibende Kraft für die vom Kapital geplanten Reformen des Gesundheitswesens eingespannt werden;
- auf der anderen Seite werden sie zum Anstoß für Forderungen und

Kämpfe innerhalb und außerhalb der Betriebe, fördern somit die politische Stärke und Reife des Proletariats bzw. Gesundheitsproblemen und werden so zu Forderungen, die die engen Grenzen kapitalistischer Reform überschreiten.

Die Zukunft der Reform des Gesundheitswesens ist auch für die allernächste Zeit absehbar. Sie hängt in großem Maße von der allgemeinen ökonomischen Situation ab. Es ist jedoch möglich, einige Entwicklungstendenzen abzuschätzen:
1. Kardinalpunkt wird die Überwindung des Kassensystems sein, mit der Einführung allgemeiner Gesundheitssteuern und territorialer Gesundheitsplanung ("Unitá Sanitarie Locali" etc.). Die aktuellen Möglichkeiten für eine solche Reform sind sicher zweifelhaft.
2. Möglichkeit der Realisierung der Krankenhausreform. Diese Entwicklung befindet sich bereits in fortgeschrittenem Stadium. Das Kapital hat größeres Interesse an Investitionen im Krankenhausbau, in diagnostischen und therapeutischen Apparaten (deren Kosten, und somit deren Wert als fixes Kapital, heute stark anwachsen) als an einer Verbesserung der Versorgung außerhalb der Krankenhäuser. Es existieren zweifellos technologische Motive, gebunden an die Fortschritte der instrumentellen Diagnostik, die den Krankenhäusern im Verhältnis zur ambulanten Versorgung einen Vorrang verschaffen: die Kosten der Apparaturen, die Einrichtung von Kliniken für Kurzzeitdiagnostik und die hohe Spezialisierung lassen die Krankenhäuser immer wichtiger werden. Auf der anderen Seite hat diese stark technisierte Medizin wenig Sinn und ist längerfristig dysfunktional, wenn nicht gleichzeitig die Präventivmedizin am Arbeitsplatz und Wohnort entwickelt wird, und ohne eine gleichzeitige radikale Veränderung der "kleinen" medizinischen Versorgung, sowohl in der ambulanten Praxis wie am Krankenbett zu Hause.
Die wahlweise Bevorzugung der Krankenhausreform und die Verzögerung der Reform der ambulanten Versorgung führen zu einer unkontrollierbaren und technizistischen Entwicklung des Gesundheitswesens; und findet so einen Ausdruck in typisch autoritären Formen. Auch die Präventivmedizin bekommt so einen Charakter von vorwiegender "Frühdiagnostik" (Reihenuntersuchungen, Laborcreenings), d.h. als technische Praxis, die die realen Krankheitsursachen (z.B. Ausbeutung) ausschließt. Auf der anderen Seite muß wiederholt werden, daß die bestehenden Krankenhäuser ineffizient arbeiten, und es ist zweifelhaft, ob die Effizienz sich ohne eine Planung im Bereich der Asyle (z.B. Altenheime) (diese sind zur Zeit sowohl veraltet wie ebenso zahlreich) und im Bereich der ambulanten Versorgung steigern läßt.
3. Möglichkeit der Schaffung einiger präventivmedizinischer Einrichtungen, was wiederum von Punkt 1 und 2 abhängt. Es besteht auch die Gefahr der Trennung der präventiven von der kurativen Medizin und der Rehabilitationsmedizin, indem erstere eine untergeordnete Bedeutung bekommt (in den noch hypothetischen "U.S.L.").
4. Möglichkeit der Reform im Bereich der Pharmaindustrie (Patentwesen, Staatsindustrie). Diese Möglichkeiten sind realistisch aus den bereits erwähnten Motiven;
5. Reformen im Bereich der Ausbildung; die Möglichkeiten sind hier ungewiß. Es darf nicht vergessen werden, daß nicht nur Ärzte, sondern auch Pflegepersonal, Techniker und andere Hochschulabsolventen betroffen sind.

Welche Rolle können die Kräfte der Linken übernehmen? Hier bestehen wesentliche Differenzen unserer Einschätzung gegenüber den Genossen aus Pisa.

Der Kampf im Gesundheitswesen kann ein wirksames Instrument des Klassenkampfes sein, in dem Maße, wie er die Klassenwidersprüche aufdeckt; er kann aber nicht Zweck und Instrument sein, wenn er bei den Arbeitern Illusionen über die Möglichkeit erweckt, alternative Modelle der Entwicklung der sozialen Sicherung zu schaffen (mittels Reformen, die als veränderbar betrachtet werden, unabhängig vom vorherrschenden Modell der ökonomischen Entwicklung). Der Irrtum besteht darin, daß bestimmte mögliche Entwicklungen im Gesundheitswesen (im Innern des Systems) für Formen des Konsums und für soziale Verpflichtungen des Einkommens (gemeint ist wahrscheinlich Nationaleinkommen, d.Übers.) gehalten werden, die den Zwängen der Kapitalakkumulation nicht nachgeordnet sind. In der Praxis "stellt sich der Kampf für die Gesundheit, wenn er sich als Ausdruck einer generellen Erfordernis zur Befriedigung allgemeiner Bedürfnisse und ohne Bezugnahme auf die spezifischen Klassenwidersprüche versteht, als ein Moment der inneren Rationalisierung für die kapitalistische Entwicklung dar." (Doc. di Pisa, S. 4)

Das Problem kann richtig formuliert werden, wenn der Kampf für die Gesundheit in erster Linie als integrierter Teil der gerechten Forderungen und Kämpfe der Arbeiter konzipiert wird; und in zweiter Linie, wenn es den im Gesundheitswesen Arbeitenden (Pflegekräfte, Arbeiter in der Pharmazeutik etc.) gelingt, ihre Forderungen zu verbinden mit den allgemeinen Forderungen der Arbeiterklasse zur Verteidigung des individuellen Wohlergehens.

Aus dieser Sicht muß auch das Problem der Arbeitsmedizin richtig formuliert werden. Die Verteidigung des physischen und psychischen Wohlergehens im Betrieb muß direkt von den Arbeitern angeführt werden (und darf nicht den Betriebsärzten überlassen werden). Von den Betriebsärzten oder den lokalen Unternehmen müssen sie fordern, daß sie ihre Handlungen nicht nur politisch, sondern auch technisch erklären, jedesmal wenn Änderungen der Arbeitsumgebung oder der medizinischen Betreuung nicht direkt von den Arbeitern bewerkstelligt werden können. Es muß die Wichtigkeit der Subjektivität der Arbeiter bei der Einschätzung von Risiken und Gefahren anerkannt werden (ohne aber zuzulassen, daß die Psychologen die Interpreten dieser Subjektivität werden). Die Arbeiter müssen sich des Prinzips bemächtigen, durch welches jede Verbesserung in der Arbeitsumgebung vom Fabrikherrn mit einer Erhöhung der Rhythmen bezahlt wird. So kann der Kampf für die Gesundheit definiert werden als Kampf für die Reduktion der Rhythmen, der Produktivität und mithin gegen die Ausbeutung.

In dieser Perspektive müssen Wohnungskampf, Kampf im Verkehrswesen, für Kindergärten, gegen die Umweltverseuchung und der Kampf für ein anderes und nicht nur besseres Gesundheitswesen ausgehen von den Betrieben, an die Betriebe gebunden bleiben, müssen Kampf sein gegen die kapitalistische Akkumulation und die Rationalisierungspläne des Kapitals.

Umfassend ausgedrückt: Der Kampf für die Gesundheit kann über Aktionen zur Aneignung der Kontrolle über die Gesundheitsinstrumente durch die Arbeiterklasse gehen, er muß aber vor allem und möglichst rasch hinführen zum Kampf gegen die wahren sozialen Gründe der Krankheiten. Nur unter dieser Bedingung kann der Kampf für die Gesundheit ein schlagkräftiges Moment des Klassenkampfs werden.

In diesem Kontext stellt sich für die Ärzte (und die Medizinstudenten) die dringliche Frage des "was tun?" Es handelt sich um ein allgemeines Problem, was zur Zeit viel diskutiert wird, das der politischen Funktion der technischen Berufe, und vor allem der Berufe, die nicht direkt in Fabriken beschäftigt sind. Über einige Punkte lassen sich allerdings präzise Aussagen machen, in welcher Weise sich grundsätzlich die eigene Berufsrolle mit den Klassenkämpfen verbinden läßt:

1. Die Tatsache, im Besitz eines technisch-wissenschaftlichen Wissens zu sein, bedeutet, strukturell gesehen, hochqualifizierte Arbeitskraft zu sein und als solche in sehr viel mittelbarerer und oft mystifizierter Weise den fundamentalen Widersprüchen der kapitalistischen Gesellschaft unterworfen zu sein. Für die Ärzte geht es nicht allein darum, ihr Wissen zu nutzen und Wissen der Arbeiterklasse einzusetzen, auch nicht darum, von den "Kollegen" unseres Arbeitssektors zu verlangen, daß sie sich aktiv mit der Arbeiterklasse oder den progressiven Ärzten solidarisieren. Unsere Aufgabe beginnt, wenn überhaupt, bei der Analyse des Problems der Rolle des Arztes und des im Gesundheitssektors Arbeitenden, wo "Rolle", dies sei ein- für allemal klargestellt, meint: Klassenzusammenhang, Stellung im Innern der Produktionsbezüge. Einige in diesem Sinne analytische Angaben ergeben sich aus den anfangs gemachten Klärungen: was wir tun können ist, mittels Kampfvorschlägen den Prozeß der Einigung zu unterstützen gegen die Vereinzelung der Arbeitskraft in den verschiedenen Sektoren, wie sie vom Kapital zur Aufrechterhaltung seiner selbst geschaffen wird.
Es muß die Klassenanalyse angegangen werden, die Klassenwidersprüche müssen untersucht werden, auch im Innern des Bereichs dieses "unabhängigen Reichs" der Medizin, Die Aspekte der Mystifikation müssen zur Diskussion gestellt werden, nicht am kleinen Tisch, sondern in den Kämpfen, mit der Arbeiterklasse.

2. Was die Diskussionen und die Stellung dazu betrifft, daß diese Ärzte und Studenten direkt einige für ihre Tätigkeit spezifische Widersprüche erleben, halten wir es für richtig zu sagen, daß ein Bruch eintreten muß zwischen der geläufigen Identifikation mit "der Rolle des Arztes" (nachdem diese korrekt untersucht wird) und der Verteidigung der Gesundheit. D.h., eine neue, nicht elitäre Definition der Aktion für die Gesundheit ("azione sanitaria") muß vorangetrieben werden.

3. Nicht nur die moralistischen oder idealistischen Appelle an den "Humanismus" der "Arzt-Patienten-Beziehung" und an die Reform der "Haltung" des Arztes müssen zurückgewiesen werden (Appelle, die wieder fallen, umarmt von einer alten Mythologie der Entdeckung der

"Verantwortlichkeit" oder "Sendung" des bürgerlichen Individuums). Wir dürfen uns auch nicht blockieren lassen von kritischen, von der bürgerlichen Kultur konsumierten Kategorien, wie "Objektivierung" und "Exklusion" (in diesem Falle fällt die Diskussion zurück in existentialistische Ideologien - wie für die "Objektivierung" - oder in pseudomarxistische Ideologien - wie für "Exklusion" (die Begriffe "Diskriminierung und Ausbeutung" sind dafür wesentlich klarer)).

4. In den einzelnen Situationen und politischen Zeitpunkten muß die Rolleneinschätzung der eigenen politisch-beruflichen Aktion richtig geleistet werden, in einem realistisch definierten politischen Raum. Im jetzigen Zeitpunkt, wo jede reale Möglichkeit der Verankerung der eigenen beruflichen Tätigkeit in einem organisierten revolutionären Kontext fehlt, muß richtig eingeschätzt werden, in welchen Grenzen reformistische berufliche Arbeitsfelder, wie sie von den Gewerkschaften und bestimmten Institutionen geboten werden, politisch nutzbar sind. Es bedeutet einzuschätzen, wie weit gewerkschaftliche Initiativen (noch meist korporativer Art) von Ärzten und Pflegepersonal nutzbar sind. Es bedeutet Verzicht auf das Alibi des Revolutionarismus nach der Arbeit ("dopolavoristico").
Vom Typus: Während der Arbeit verrichte ich mein Handwerk, abends organisiere ich die Massen; und schließlich, Verzicht auf die Schaffung künstlicher, individualistischer und sektiererischer Freiräume. Dennoch darf dieser Realismus (oder besser dieser Pessimismus im Hinblick auf die von den alternativen und nicht reformistischen Organisationen gebotenen Möglichkeiten) nicht davon befreien, ein negatives Urteil über die von den Organisationen der offiziellen Linken bis heute verfolgte Politik zu fällen. Der Kampf für die Gesundheit, der an der Basis aus der Erfahrung der schärfsten Widersprüche entsteht, ist in Forderungen und Aktionen transformiert worden, die im besten der Fälle die Pläne des Kapitals vorausnehmen oder stimulieren, ohne sich von ihnen in irgendeiner Weise substantiell abzusetzen, sondern geradezu sich im Schlepptau der aktivsten und weitblickenden Kapitalinteressen befinden. Die vereinzelten und von den Gewerkschaftsorganisationen selbst eingeschränkten Anstrengungen müssen verstärkt werden, um die alten Gleise zu verlassen und die wirklichen Forderungen der Arbeiter aufzunehmen und zu interpretieren (z.B. im Felde der Arbeitsmedizin); es muß aber auch ausgesprochen werden, daß entsprechende Versuche heute dennoch ohne eine grundsätzliche politische Entscheidung gemacht werden, und daß daher auch eine politische Beurteilung der bisherigen Fehler ausbleibt.

Jede Analyse über die Funktion und die Rolle des Arztes (und an solchen Analysen hat es in der letzten Zeit nicht gemangelt) müßte sich in aller Schärfe beziehen auf:
a) eine politische Analyse der Faktoren, die zur Zeit die Reformpläne im Gesundheitswesen bestimmen;
b) eine Ausrichtung nach dem Grundsatz des "Was tun" und vor allem des "Was nicht tun", wie wir oben gesehen haben.

Wenn also feststeht, daß das Problem der Medizin nicht mit dem des Arztes identisch ist (sondern einen weiten Bogen von Gesamtheit und zerstreuten Kräften umfaßt, von der Schule bis zur Pharmaindustrie, den Fürsorgeeinrichtungen, den Parteien etc.), und wenn feststeht,

daß es ein typisch bürgerlicher und intellektualistischer Irrtum ist, die Untersuchung des "Arzt-Patienten-Verhältnisses" in den Vordergrund zu stellen, so ist aber auch wahr, daß gerade das Moment, diese Beziehung zwischen Arzt und Patient, den Brennpunkt darstellt, an dem alle in unserer Untersuchung dargestellten Faktoren zusammentreffen. Dasselbe Konzept kann anders ausgedrückt werden. Die Tatsache, daß wir versuchen, die politischen Faktoren zu untersuchen, die die wirklichen Aspekte des Problems als Ganzes bestimmen, darf uns nicht dazu verführen, die individuellen Verantwortlichkeiten unter den Tisch zu wischen: da wir nicht an kollektive Verantwortlichkeit glauben, sondern nur an individuelle, müssen wir auch die Verantwortlichkeit der Ärzte als mächtige Träger des Gesundheitswesens untersuchen. Und nicht allein das: da wir uns an diesem Ort auf ein Publikum von Intellektuellen bzw. Technikern beziehen, müssen wir uns vorsichtig an das Problem des Verhältnisses von historisch-politisch objektiven Faktoren und subjektivem Bewußtsein heranmachen, unter dem doppelten Gesichtspunkt von mystifiziertem Bewußtsein und Bewußtwerdung als unausweichlichem Moment der Reflexion über den eigenen klassenmäßigen Standort in Konfrontation mit einer politischen Praxis.

Es kann wohl ohne Übertreibung gesagt werden, daß im Verlauf der letzten 20 Jahre die ärztliche Machtausübung mindestens drei sukzessive Phasen durchgemacht hat, entsprechend den Veränderungen der sozialen Situation und den Veränderungen im Bereich des gesamten Sozialwesens. Entsprechend hat sich das Bild des Arztes gewandelt. Die drei Phasen können so eingeteilt werden: freier Beruf, Kasseninflation, Dominanz der Krankenhäuser. Das erste Bild, das des "privaten" Arztes, ist wohlbekannt. Es ist der Arzt von vorgestern: seine Funktion ist von Mythologie verschleiert. Er ist uneigennützig, zuvorkommend, menschlich, Missionar und Wissenschaftler: Tausende Dr. Schweitzer, konstruiert aus einer Synthese von Sozialprestige, Volksverbundenheit und blindem Vertrauen. Dieses mystifizierte Bild, das vom fortschrittlichen Bürgertum (mit Talcott Parsons) stark kritisiert worden ist, entspricht in Italien noch heute einer Realität, die politisch eher denn soziologisch oder psychologisch ist. Die Entmystifizierung des Arztes von vorgestern ist immer noch notwendig: "Die Arzt-Patient-Beziehung" ist nicht die, die sie zu sein vorgibt, und wir müssen gleichzeitig die Realität dieser Beziehung kritisieren, die Tatsache, daß diese Realität von einer bestimmten Art von Rhetorik und technischer Sprache verschleiert wird und auch die Ideologie in dieser Rhetorik und in dieser technischen Sprache. Die beste Analyse - nach Parsons - dieser Mystifizierung gibt (partiell und noch eher strukturell als politisch) ein französisches Buch mit dem Titel "Médicine - ce text n'est qu'un début", 1968 bei Maspêro erschienen.

Jedoch hat das Bild des freiberuflich praktizierenden "Arztes von vorgestern" teilweise an Ansehen verloren. Seine Werte sind weniger glaubhaft geworden, haben eine Inflation erlitten, und am Ende der 50er Jahre gelang es der Expansion der Kassenmedizin, unter dem Zeichen der Degradierung der Profession, die Welle der seit Kriegsende an den Universitäten eingeschriebenen neuen Ärzte zu absorbieren, die ihrer Herkunft nach wesentlich dem parasitären Kleinbürgertum mit Ambitionen auf sozialen Aufstieg entstammten.

Der Riesenumfang des Kassenwesens hat eine Art der Beziehung zwischen Arzt und Patient geschaffen, die durch Eile, Unverbindlichkeit, Autoritarismus und Inkompetenz gekennzeichnet ist. Zum ersten Mal ist auf Massenebene auch eine "Vertrauenskrise" des Arztes entstanden, und seine mangelhafte Ausbildung hat zu zwei für die Kassenmedizin typischen Verhaltensweisen geführt: das massenhafte Verschreiben von Arzneimitteln, die "gut für alles" sind (wie z.B. die Stärkungsmittel und die Breitspektrumantibiotika), und die Krankenhauseinweisung bei dem geringsten Anzeichen eines komplizierteren Problems.

Die dritte Phase, die des Arztes der Organisation, läuft zur Zeit an: sie stellt sich über die anderen, sie ersetzt sie nicht. In dieser Entwicklung potenziert sich die Unpersönlichkeit der Kassenbeziehung zu der, wie sie aus den Krankenhäusern bekannt ist. Hier, geschützt vor jeder Kontrolle durch die Betroffenen, unter der Decke der allgemeinen Maschinerie, werden die Klassendiskriminierungen weiter akzentuiert, und die Medizin der Armen wird unter absoluter Herrschaft ausgeübt, jeder Dialektik beraubt, ja auch jenes kleinen Minimus an vertraglicher Macht beraubt, das bisher schlecht und recht immerhin Einflußnahme garantiert hat. Wir stehen hier vor der paradoxen Tatsache, daß einige der schlechtesten Punkte der Medizin der letzten 20 Jahre tendenziell potenziert werden, gerade durch die absolute Protektion des Arztes innerhalb der Organisation. Was das System heute fordert, ist eine Verbesserung der Effizienz: aber gerade die verbesserte technische Effizienz begünstigt die Potenzierung uneinsehbarer Macht und Ideologie des Arztes. Diese drückt sich aus vor allem in der charismatischen und undurchsichtigen (autoritären oder väterlichen) Anwendung von provisorischen und individuellen Trostmitteln, d.h., von Medikamenten, Diäten, Hilfen, Belohnung, Umschlägen, Erklärungen, Drohungen und Erpressungen, die dazu nützlich sind, dem einzelnen sein persönliches Schicksal annehmbar zu machen, ihn vergessen zu lassen, daß seine Krankheit kollektiven Charakter hat und ihm die sozialen, d.h. politischen Gründe für sein Dasein in einer Situation der Gefahr nicht begreifbar zu machen.

REGIONALE AKTIVITÄTEN

M a i n z

DER ANFANG IST GEMACHT - ÜBER DIE ERRICHTUNG EINES REGIONALEN KOMMUNIKATIONSRAHMENS VON FORTSCHRITTLICHEN KOLLEGEN IN DER STATIONÄREN KRANKENVERSORGUNG (KRANKENHAUS) IM RAUME MAINZ-WIESBADEN

I - Wie es zu der Initiative kam

Über 1 Jahr lang saßen ca. 1o Medizin-Studenten, ein Medizinalassistent und zum Schluß auch ein Arzt in einer Arbeitsgruppe zur "Berufsperspektive " zusammen. Die Idee war, den Arbeitsplatz : Stationäre Krankenversorgung (Krankenhaus) analytisch auf verschiedenen Realitätsebenen zu erfassen, um darauf aufbauend folgendes, zentrales Anliegen bewältigen zu können: Was heißt es Arzt und Sozialist zu sein? Wie läßt sich an meinem Arbeitsplatz sozialistisches Denken und Herrschaftskritik anschaulich und dauerhaft vermitteln; wie können sich unsere, doch weitgehend nur allgemeinen, sozialistischen Vorstellungen als realistische und sinnvolle Alternativen für unsere Arbeitskollegen darstellen.

Mittlerweile aber stehen die meisten von uns direkt vor ihrem Staatsexamen. Viele Fragen sind offen, für die jetzt keine Zeit mehr zur Verfügung steht. Wie kann die Diskussion organisiert weitergeführt werden angesichts der drohenden Verstreuung in die verschiedensten Krankenhäuser, auf die verschiedensten Stationen? Diese Frage rückte immer mehr ins Zentrum unserer "Sorgen". Ein Zusammengehörigkeitsgefühl, Gruppenbindungen und auch persönliche Kontakte außerhalb der engen Arbeitsgruppen-Thematik hatten sich im Laufe des Jahres hergestellt. Die Aussicht, daß das nun alles vorbei sein sollte und "Einzelkämpferdasein" und Isolation unser zukünftiges Leben kennzeichnen sollten, wollte keinem von uns schmecken. Also: weitermachen; und folgender Rundbrief entstand:

II - Der Rundbrief

Mainz, den 13.Nov.74

Liebe Freunde! Dieser Rundbrief soll Euch mit einer Initiative bekannt machen, die einige Genossen ergriffen haben. Es geht - kurzgefaßt - um den Vorschlag zur "Organisierung eines regionalen Kommunikations-Rahmens" für Genossen, die in der Stationären Krankenversorgung (sprich: Krankenhaus) arbeiten. Um diesen Vorschlag verständlicher zu

machen und um seinen Entstehungszusammenhang aufzuweisen, möchten wir noch einige Erläuterungen anbringen.

Wovon sind wir ausgegangen?

Die Situation der oppositionellen, sozialistisch-orientierten Kräfte an den Krankenhäusern, im Raume Mainz-Wiesbaden und Umgebung, kann man unseres Erachtens folgendermaßen charakterisieren:
Obwohl die Zahl der Genossen, die an den umliegenden Krankenhäusern beschäftigt sind, nicht unerheblich ist (ca. 3o, einschließlich derer, die in Kürze dort arbeiten werden), ist es bis heute nicht zu einer nennenswerten Kontinuität gewerkschaftlicher und politischer Arbeit im Betrieb gekommen. Meist fühlen sich die Genossen vereinzelt und isoliert in einer wenig Verständnis entgegenbringenden Umwelt und Kollegschaft. Hinzu kommt noch die auslaugende physische Belastung und die psychisch-moralische Spannung in einem Arbeitsprozess, für den man sich permanent nicht ausreichend qualifiziert empfindet. Wenn sich nicht schon völlige politische Resignation eingestellt hat, bleibt weitgehend jedoch Ratlosigkeit in Bezug auf das, was gegenwärtig machbar und veränderbar ist.
Viele Genossen von uns haben sich während ihrer Ausbildung nur ungenügend, oft überhaupt nicht, mit den gegebenen Strukturen des spezifischen Arbeitsprozesses am Krankenhaus und den sich täglich neu einstellenden Zwängen für den Einzelnen auseinandergesetzt. Allzu gern wichen wir in unserer "System-Kritik" aus auf eine mit "neuem Maß" entworfene Gesellschaft. Heute stehen wir dafür oft überwältigt einer konkreten Welt gegenüber, die (noch) mit anderen Maßen mißt.
Gibt es tatsächlich einmal erfolgreiche Ansätze einer gewerkschaftlichen Arbeit am Krankenhaus (z.B.: Universitätskliniken-Mainz), kommt sie aus ihrem - prächtig bestaunten - Sonderstatus nicht heraus. Weder ist es ihr möglich, ihre Erfahrungen und realen Schwierigkeiten mit anderen Gleichgesinnten auszutauschen und zu diskutieren , noch gibt es für sie die Chance, aus der Arbeit anderer dazu zu lernen.

- Geht es uns um die Überwindung eines letztendlich ohnmächtigen "Sonderfalles" in Mainz,
- geht es uns um die Entfaltung einer gesellschaftskritischen Opposition innerhalb unseres eigenen Arbeitsfeldes,
- geht es uns um die Verbreiterung der aktiven gewerkschaftlichen Basis in den Krankenhäusern,

dann müssen wir uns sagen, daß bis heute dazu keine geeigneten Bedingungen geschaffen worden sind.

Wie könnte es einen A u s w e g geben?

Unseres Erachtens müßte ein "Kommunikationsrahmen" organisiert werden für den Raum: Mainz-Wiesbaden und Umgebung. In Form einer "Arbeitsgemeinschaft" soll hier eine arbeitsplatz- und berufsnahe Diskussion ermöglicht werden, die sich thematisch orientiert entlang der persönlichen Problem-Erfahrung. Letztere gilt es einzuordnen und zu erklären auf dem Hintergrund bestimmter sozialer Strukturen, um konkrete, realistische Handlungsanweisungen ableiten zu können. Hierfür scheint uns gegenwärtig ein großes Bedürfnis, aber noch nirgendwo eine gleiche Chance zu bestehen.

Auf der Basis dieses Diskussionszusammenhangs kann sich durchaus auch ein praxisbezogener "Kooperations-Zusammenhang" entwickeln (z.B.: Informationsfluß aus den Krankenhäusern über Stellenpläne zur evtl. Konzentration von Gleichgesinnten; technische Unterstützung; Absprachen im Tarifkampf; Planung von Arbeitsschwerpunkten; u.a.m.)

Dieser Vorschlag ist also nicht als Konkurrenz-Unternehmen zur Betriebsarbeit am Krankenhaus aufzufassen. Vielmehr bekommt er für uns seine Begründung nur aus der gegenwärtigen Situation der Betriebsarbeit heraus und seine Funktion nur für die Entfaltung von Betriebsarbeit.

Dieser Vorschlag beansprucht keine allgemeine Übertragbarkeit. Er ist aus der oben geschilderten Situation geboren.

Wir glauben allerdings, daß dieser "Kommunikations-Rahmen" jenen,
- denen die "Wut" noch nicht abhandengegangen ist,
- denen das alltägliche "Arrangement" mit den sogenannten Sachzwängen noch "auf die Eier geht",
- denen es nach wie vor um die Einlösung eines "linken" Anspruchs geht, eine Hilfe bietet.

Diese Erläuterungen sollen zum Ersten genügen. Sicherlich haben sie vielfältige Fragen aufgeworfen, die es wert sind, besprochen zu werden. Wir bitten Euch am Mittwoch, dem 4. Dez. 1974 zu einem ersten Treffen in die Räume der Fachschaft-Medizin an der Uni-Klinik, Bau 19, zu kommen (2o Uhr). Auch wenn ihr dem Vorschlag ablehnend gegenübersteht, ist es unbedingt wichtig, daß ihr kommt. Denn, wie es weiter gehen soll, läßt sich einigermaßen realistisch nur sagen, wenn alle Bedenken, Zweifel und Vorschläge zu Worte kommen...

III - Was die "Arbeitsbasis" der Gruppe sein sollte

Wie aus dem Inhalt des Rundbriefes als auch aus der Auswahl der Adressaten hervorgeht, wurde vermieden,ein "Politisches Programm" (oder Ähnliches) zur Ausgangsbasis der Arbeitsgemeinschaft zu machen. Die Grenzen vertretbarer politischer Standpunkte wurden bewußt sehr weit gezogen! Aber sie wurden gezogen! Ideologie-kritisches Engagement, sozial-reformerische Intentionen, Infragestellung ökonomischer und sozialer Herrschaftsstrukturen, auf gesellschaftliche Veränderung ausgerichtete Diskussionsbereitschaft, gewerkschaft-solidarische Organisierung, Basisaktivität am Arbeitsplatz, u.s.w. deuten den zugrundeliegenden Konsens an.

Andererseits schien es uns nicht akzeptabel, politische Standpunkte, strategische Resultate und Forderungskataloge quasi als ausschließende, endgültige Positionen vorwegzunehmen. Diese verbleiben zum gegenwärtigen Zeitpunkt weitgehend im Pauschalen, Bekenntnishaften und Unausgewiesenen. Trennungslinien würden gezogen werden, die sich inhaltlich an den realen Aufgabenstellungen einer sozialistischen Bewegung im Gesundheitswesen noch gar nicht ausreichend definiert hätten. Effektiv würde "Spaltung" resultieren, wo es gerade um den Zugang zu den realen Bündnispartnern einer fortschrittlichen und sozialistischen Praxis ginge.

Unser Verständnis von einer solidarischen "Diskussion" innerhalb der Arbeitsgemeinschaft ist dementsprechend, D.h.,keinem Kollegen der AG wird es genügen werden, sich als "sozialistisch", "wissenschaftlich", "revolutionär", "kritisch" und so weiter, zu betitulieren. Er wird es sich gefallen lassen müssen, sich allen Argumenten zu stellen und seinen Standpunkt jeweils aus dem Gegenstand herzuleiten.

Die primär als "Diskussionsrahmen" aufzufassende Arbeitsgemeinschaft (AG) sollte sich also aus den Problemen bestimmen, die die einzelnen Kollegen bei ihren gewerkschaftlichen und politischen "Gehversuchen" entscheidend beschäftigen.

Diese Probleme sind verständlicherweise äußerst vielschichtig und zahlreich, repräsentativ und einzigartig, persönlich und durch die äußere Lage bedingt. Die Gruppe wird Kriterien finden müssen, die eine Auswahl, Reihenfolge, Bewertung und Abgrenzung der Problemstellungen zulassen. Struktur und Verlauf der Diskussion werden somit von allen Mitgliedern der AG mitbestimmt. Die Zurückstellung von Sonderproblemen einzelner Kollegen hinter bedeutungsvollere Themen und Erörterungen in der Gruppe kann somit besser persönlich akzeptierbar werden; und solidarisches Verhalten kann sich proben. Soweit unsere Gedanken zum Selbstverständnis der Arbeitsgemeinschaft.

IV - Das erste Treffen am 4. Dez. 74

Anwesende

Insgesamt erschienen 26 Personen. Davon waren 13 Kollegen am Krankenhaus tätig. Unter ihnen waren 5 Krankenschwestern(schülerinnen) und 8 Ärzte (MA's). Sie kamen von 5 verschiedenen Krankenhäusern (Mainz, Wiesbaden, Rüsselsheim).Die übrigen 13 Personen stehen mehr oder weniger unmittelbar vor dem Arbeitsantritt am Krankenhaus. Entschuldigt fehlten 3 Ärzte. Unentschuldigt fehlten 6 Ärzte.

Vorstellung-reih-um

Jedes Krankenhaus stellte sich durch seine jeweiligen Vertreter selbst vor. Besonderer Schwerpunkt: Stand der Auseinandersetzungen, Spannungen, Interessenkonflikte, tägliche Gesprächsthemen, Organisierbereitschaft des Personals; außerdem Anmerkungen über eigene Ansätze gewerkschaftlicher oder politischer Initiativen (Erfolge, Rückschläge).

Alles dreht sich im Kreise

Unordnung, Verwirrung beherrschte den neuen Abschnitt des Gesprächs. Es ging ziemlich alles drunter und drüber, aneinander vorbei, über den Einzelnen hinweg. Auf den Vorredner ging man nicht mehr ein, Vorschläge wurden nicht aufgegriffen, Antragstellungen übersehen.
Mal die einen, mal die anderen stiegen konfus in die Diskussion aufgeworfener Fragen ein, fühlten sich angesprochen, herausgefordert, schon Ergebnisse, Resultate zu liefern. Der Sinn einer ersten (!) Sitzung ging vollkommen verloren. Es sah eine Zeitlang so aus, als müßte man eine einmalige Gelegenheit am Schopfe fassen und auf alle angestauten Fragen eine Antwort geben. Eine ordnende Diskussionslei-

tung tat not.

Ein Strukturierungs-Vorschlag...

Jeder sollte seine Erwartungen und Ansprüche an den Diskussionsprozess der AG vortragen, in Form von zugespitzten Fragen und Problemstellungen aus der Alltagspraxis des Einzelnen am Krankenhaus. Jeder sollte die für ihn bestehenden Notwendigkeiten an noch zu leistenden Erörterungen und Überlegungen thematisieren, welche nach seiner Auffassung seine nächsten politischen Schritte wesentlich vorbereiten könnten. Diese Problemstellungen sollen zunächst gesammelt und dann sinnvoll ausgewählt, geordnet und in Zukunft gemeinsam erarbeitet werden.

...ging in die Hose

Dieser Vorschlag, der (für den ersten Tag) die Bestimmung des Gruppenverständnisses und des Arbeitsprogramms sicherlich hätte am weitesten treiben können, konnte im folgenden Gespräch nicht gefüllt werden. Die Fähigkeit zu einer pointierten Formulierung der eigenen Probleme in/mit der Praxis wurde überschätzt. Eine relativ hohe Intensität an Beschäftigung mit dem eigenen politischen bzw. unpolitischen Dasein hätte vorausgesetzt sein müssen. Aber gerade das war verständlicherweise in der Vereinzelung der Kollegen und Genossen nicht zu erwarten.

Stattdessen

Wir einigten uns darauf: Jedes vertretene Krankenhaus soll während einer vollen Sitzung so ausführlich und objektiv wie möglich dargestellt werden, mit besonderer Herausarbeitung der jeweils vorzufindenden Bedingung für gewerkschaftlich-politische Basis-Arbeit. Dieses Vorgehen war realistischer und entsprach besser dem gegenwärtigen Stand der Auseinandersetzung mit dem Arbeitsplatz. Häufigkeit und Abstand der Sitzungen sollten dem vertretbaren Kräfteaufwand der Kollegen entsprechen und einer etwaigen Betriebsarbeit am Krankenhaus nicht zeitraubend im Wege stehen. Das nächste Treffen soll am 8. Januar 1975 stattfinden.

Mit welchen Schwierigkeiten ist zu rechnen:

Es ist durchaus noch mit Gegenpositionen zu dem oben ausgeführten Selbstverständnis der Arbeitsgemeinschaft zu rechnen, zumal darüber auf dem ersten Treffen nicht gesondert diskutiert wurde, sondern nur sporadisch Teil-Aspekte anklangen. Die Beteiligung auch einer Handvoll K-Genossen (KBW, KAB) kann noch Probleme mit sich bringen (wie: Dominierungsversuche, Vereinnahmungstaktiken, Programm- und Organisationsdebatten, Führungsansprüche, u.s.w.). Von der zu bewältigenden Diskussion her werden sich sicherlich noch eine Menge von Entscheidungs- und Beurteilungsschwierigkeiten ergeben, die hauptsächlich aus dem Widerspruch der Gruppe selbst entstehen: einerseits die spezifisch-konkrete Erfahrens- und Problemwelt des einzelnen Individuums am Krankenhaus und andererseits die Ebene allgemeiner Gültigkeit und allgemeiner Zusammenhänge, die für eine praktikable Diskussionsdurchführung notwendig ist. Wie wird es also gehen, daß eine Gruppe ent-

steht, in der jeder die Integration seiner individuellen Lage für möglich und auch für wertvoll hält? Schließlich kann sich der Sinn der Gruppe auch auf der Ebene von unverbindlichen Stammtisch-Kontakten einpegeln, solange die - durchaus verständliche - Freude am "Wiedersehen" im Vordergrund steht!

Aber trotzallem, der Anfang ist geschafft!

F r a n k f u r t

AUFRUF ZUR ARBEITSTAGUNG ÜBER DIE MÖGLICHKEIT VON POLITISCHER ARBEIT VON SOZIALISTEN IM GESUNDHEITSWESEN IM RAUM FRANKFURT AM 25./26. JANUAR 1975

Wir verbreiten für den Raum Frankfurt diesen Aufruf als eine Gruppe von acht Medizinalassistenten und Studenten, die diese Initiative dazu benutzen wollen, einen neuen Versuch von politischer Arbeit im Gesundheitswesen im Raum Frankfurt zu machen...

Wir wissen so gut wieihr, wie viele sólcher Initiativen - von der Basisgruppe bis zu den letzten Zuckungen der Initiativgruppe Medizin - in der Vergangenheit in die Hosen gegangen sind. Wir glauben aber, daß sich etwas an der Motivation vieler Genossen verändert hat: Eine große Zahl theoretisiert nicht mehr im Studium herum, sondern arbeitet jetzt im Krankenhaus oder anderswo im Gesundheitswesen. Somit hat eine politische Diskussion der Berufsperspektive von Sozialisten im Gesundheitswesen eine wesentlich praktischere Bedeutung und Verbindlichkeit als noch vor 2 bis 3 Jahren. Dies, und die Möglichkeit, im ARBEITSFELD GESUNDHEITSWESEN über die eigene Arbeit einen Kommunikationsrahmen mit Genossen aus der ganzen BRD zu haben, die durchweg an den gleichen Problemen herumlaborieren wie wir, veranlasst uns, trotz aller früheren Enttäuschungen, diese Initiative zu machen.

Diese kurze Erläuterung ist vom Standpunkt von Medizinstudenten und Ärzten aus gemacht. Aber zum Beispiel auf der Unterschriftenliste zum Tod von Holger Meins haben sich fast noch mehr Krankenschwestern und Pfleger, MTA's, Pflegeschüler und Kriegsdienstverweigerer eingetragen. Auf den bisherigen Tagungen des ARBEITSFELDES GESUNDHEITSWESEN waren jeweils ein Drittel aller anwesenden Genossen Angehörige der eben genannten Berufe! Es wäre unheimlich wichtig, wenn das auch bei unserer regionalen Initiative so aussehen würde, weil ein politischer Ansatz im Gesundheitswesen keine Zukunft hat, wenn er nur in Studier- und Ärztezimmern erfolgt.

Unsere konkrete Initiative ist, Euch zu der bereits angesprochenen Arbeitstagung am 25./26. Januar 1975 aufzurufen. Ziel dieses ersten Treffens soll es sein, zunächst von der Problemlage an den verschiedenen Arbeitsplätzen zu berichten, evtl. auch von den politischen Initiativen, die dort gestartet wurden. Auf dieser Arbeitstagung liegt uns nichts daran, ein Programm zu beschließen, sondern wir schlagen für's erste vor, ARBEITSGRUPPEN zu konstituieren, die aber nicht Theoriezirkel sein sollen, sondern ein praktisches Ziel verfolgen.

Das können Arbeitsgruppen sein, die an bestimmten Themen arbeiten, oder AG's, die sich mit Problemen einer bestimmten Berufsgruppe (Ärztegruppe, Schwesterngruppe etc.) befassen...

Uns schwebt ein Zusammenhang zwischen den dicht nebeneinander und trotzdem aber isoliert arbeitenden Genossen des Gesundheitswesens im Raum Frankfurt vor, wo verschiedene für die Berufsperspektive wichtige Fragen arbeitsteilig von mehreren Arbeitsgruppen vorbereitet werden, wo wir uns einige Male im Jahr treffen, um die Ergebnisse der Arbeitsgruppen zu diskutieren und über politische Aktionen zu beschließen, wo wir als Gruppe Kontakte mit Stadtteilgruppen aufnehmen können, wo wir die Frage der Mitarbeit in den Gewerkschaften gemeinsam klären usw.usw.

Für die Arbeitstagung am 25./26. Januar 1975 haben wir noch keinen geeigneten Raum gefunden, weil wir diesen Aufruf an die ca. 2oo Adressen verschicken, die wir haben. Es würde unsere Vorbereitung erleichtern, wenn ihr mit der untenstehenden Telefonnummer Kontakt aufnehmt. Wir werden im Januar noch einmal einen kurzen Brief herumschicken, in dem wir genaue Ort- und Zeitangaben machen. Beim letzten Januarwochenende als Termin wird es aber bleiben.

Diskutiert unsere Vorschläge mit Genossen, die Ihr kennt! Kommt alle zur Arbeitstagung am letzten Januarwochenende (damit wir im schlimmsten Fall wenigstens klären können, warum eine Initiative im Moment keine Chance hat)!

Kontaktadresse: Bernd Hontschik, 6 Frankfurt, Körnerstr. 4, für kurzfristige Anfragen Telefon o611/555682

A a c h e n

DAS LEHRSTÜCK REIFFERSCHEID

Zwischen dem 21.5. und dem 26. 11. spielte sich in der Uni-Klinik Aachen ein Lehrstück über das BRD-Gesundheitssystem ab. Während oder Minuten nach ihrer Vorstellung in der Vorlesung des Chirurgieordinarius Reifferscheid verstarb eine Patientin (Diagnose: akuter Magenvolvulus, Indikation: sofortige Operation). Obwohl im Schockzustand, wurde der Frau während der 2o Minuten im Hörsaal nichts infundiert, man hatte das Besteck draußen abgenommen. Noch vor Ablauf der 12std. Wartefrist wurde eine Sektion vorgenommen, die die Diagnose der Chirurgen bestätigte, aber keine eindeutige Aussage zur aktuellen Todesursache machte. Nur: es verschwanden Leichenteile: Darm, Lunge, innere Genitalien. Bei einer Nachfrage auf der Station erfuhren wir, daß seit der Einlieferung vor 3 Tagen keine Anamnese bei der Patientin erhoben war. Obwohl sie als Marokkanerin nicht deutsch sprach und ein akuter Notfall vorlag, hatte man keinen Dolmetscher hinzugezogen, sondern sich nur auf den mangelhaften Befund bei einer kurzen Untersuchung verlassen. Wir veröffentlichten die Sache in Form einer Dokumentation am nächsten Tag in der Hochschule und bei der Presse, außerdem wurde bei der Staatsanwaltschaft eine Anzeige wegen fahrlässiger Tötung gemacht. Auf Anordnung des Rektors wurde die Dokumenta-

tion auf dem Hochschulgelände und in der Mensa, deren Hausherr er nicht war, indiziert, er forderte uns weiterhin auf, die Verbreitung zu unterlassen wegen einer angeblichen Verletzung der Schweigepflicht. Dieser Vorwurf wurde dann nachträglich zurückgezogen. Im weiteren Verlauf der Dinge rollten konzertierte Repressionsmaßnahmen gegen die Medizinstudenten an. Die Vorstellung von Patienten wurde generell in allen Abtn. reduziert. Die Assistenten der Abt. Chirurgie weigerten sich, überhaupt Unterricht mit Patienten zu veranstalten. Der Direktor der Gyn. stilisierte den angeblichen Bruch der Schweigepflicht zum "Jahrhundertfall der Verletzung der ärztlichen Ethik" hoch, er sprach von Auswirkungen auf die Approbation bestimmter Leute. Argumentativ wurde die Einschränkung des Unterrichtes belegt mit dem Hinweis, daß durch die studentische Veröffentlichung der Tatsachen die Patienten sich in ihrer Intimsphäre verletzt sähen und ihr Vertrauen in die Klinikärzte verloren hätten, zu alledem käme noch die Tatsache, daß merklich weniger Patienten überhaupt in die Klinik kämen. Erst unter Hinweis auf die Unterrichtspflicht durch den Minister, den wir angerufen hatten, gelang es, den Unterricht wieder zu normalisieren. Währenddessen lief die Untersuchung der Staatsanwaltschaft. Sie brachte eindeutig die Vertuschungsversuche der Pathologen zutage. Verbrennung der oben genannten Leichenteile, Zurückhaltung wichtiger Gewebsschnitte und histologischer Präparate. Erst bei einer überraschenden Hausdurchsuchung konnten diese beschlagnahmt werden. Das zog eine weitere Anklage wegen Leichenschändung nach sich. Die Expertenkommission zur Untersuchung der medizinischen Sachverhalte legte dann auch ihr Ergebnis vor. Laut Gutachten der hinzugezogenen Professoren verstarb die Marokkanerin an akutem Herzversagen mit folgender Pathogenese: "Aufstieg des Magens durch eine vor 3 Jahren erhaltene Messerwunde im Diaphragma in den Brustraum (die Messerwunde ist weder in der Klinikanamnese noch im Befund vermerkt), dadurch Ausbildung chronischer Ulcera mit nachfolgender Perforatin und Penetration in den Pleuraspalt, was zum einseitigen Lungenkollaps und anschließendem Schock mit Herzversagen führte. Die ursprüngliche Fehldiagnose kann den Ärzten wegen der Seltenheit des Krankheitsbildes und der Tatsache, daß die Patientin bei der Einlieferung randalierte, nicht zur Last gelegt werden. Sie, die Frau,war weder vernehmungs- noch untersuchungsfähig." Das Nichthinzuziehen eines Dolmetschers sei kein Kunstfehler, da nicht mit Sicherheit ein Kausalzusammenhang zwischen unterlassener Anamnese und dem Tod der Frau 3 Tage später festzustellen sei.

Die gesamte Geschichte bestätigt in allen Punkten unsere Kritik des BRD-Gesundheitssystems und zeigt teilweise die systemimmanente Funktion von bürgerlicher Presse und Justiz auf. Reifferscheid freute sich, uns einen Volvulus demonstrieren zu können, er folgte der allgemeinen Tendenz, den Patienten auf seine Krankheit zu reduzieren, ihn aus einer gleichberechtigten Beziehung zum Arzt herauszulösen und zum Objekt ärztlichen Handelns zu degradieren. Die Schweigepflicht, ein Schutz des Patienten, ist degeneriert zu einem Schutzinstrument des Arztes vor Kritik. Sie dient seinem Mythos, dem des allgewaltigen Heilers, damit hilft sie in letzter Konsequenz, seine ökonomischen Forderungen zu legalisieren und zu realisieren. Daß die Ärzte untereinander eine regelrechte Vetternwirtschaft betreiben, zeigt sich daran, daß die Chefs der einzelnen Abtn. versuchten,sich gegenseitig

zu decken (Pathologie läßt Leichenteile verschwinden, bestätigt die Diagnose der Chirurgen), oder gemeinsam Druck auf ihre Kritiker auszuüben, durch moralische Verleumdung oder ähnliches. Wieweit es mit der sozialen Verantwortung der Professoren her ist, beweist sich an der Einschränkung des Unterrichtes. Es geht ihnen nicht um eine sinnvolle Ausbildung für den Arztberuf im Sinne einer optimalen Versorgung der Patienten, sondern sie setzen ihr Ausbildungsmonopol ein als repressives Instrument zur Konditionierung eines Bewußtseins, das die bisherige Standesideologie kritiklos perpetuiert. Inwieweit z.B. die Assistenten mit ihrer Solidarisierung mit Reifferscheid schon angeglichen sind oder gezwungenermaßen nach oben buckeln mußten, müßte im einzelnen untersucht werden, bestimmt spielen beide Komponenten eine Rolle. Versuche, Reifferscheid vor den Studenten oder der Fakultät zur Rede zu stellen, wurden abgewürgt. Fragen zur Unmöglichkeit eines solchen Vorfalls bei einer Privatpatientin wurden als politisch, somit polemisch und unsachlich, denunziert. Dabei genoß Reifferscheid die Unterstützung vieler Studenten der höheren Semester, was nur den Erfolg der positiven Einschwörung auf die Standesideologie beweist. Presse und Justiz haben in diesem Fall einiges bewirkt, indem sie die Sache an die Öffentlichkeit getragen und aufgeklärt haben in einem Maße, wie es mit unseren Mitteln nicht möglich gewesen wäre. Aber man soll sich nicht der Illusion hingeben, daß sich durch sie etwas ändern würde, denn beide haben ihren bürgerlichen Rahmen nicht überschritten. Sie personalisierten die Angelegenheit, der Vorfall wurde dargestellt als das Versagen eines Einzelnen bzw. einer Personengruppe. Genau danach fahndete auch die Staatsanwaltschaft, anstatt zu untersuchen, inwiefern ein solches Vorkommnis strukturell begründet ist und in dem jetzigen Gesundheitssystem geradezu zwangsläufig vorkommen muß. Dieses System, das sich im Aufspüren und Reparieren organischer Defekte erschöpft, arbeit immer mit Fehlern, da es mechanistisch funktioniert und sich in erster Linie diagnostisch und therapeutisch auf eine Technologie stützt, die naturgemäß außer acht läßt, daß es hier Menschen mit Menschen zu tun haben.

Einen Erfolg hat Aufarbeitung und Publizierung der Affäre aber in jedem Fall gehabt, sieht man sich die Auswirkung auf die Patienten an. Sie sind in ziemlichem Umfang für die Problematik sensibilisiert worden, und wie wir von Assistenten aus der Klinik erfahren haben, macht sich die Tendenz breit, genauere Informationen zur Diagnose und Therapie zu verlangen. Erste Ansätze zu einer Emanzipation aus ihrer rezeptiven und passiven Rolle hin zu einer mehr selbstbewußten, die dem Arzt seine Funktion als Dienstleistender klarer macht, haben die Kranken also gemacht. Hier gilt es, bewußt weiterzumachen.

Wir werden die gesamte Angelegenheit in den nächsten Wochen ausführlich dokumentieren. Dann werdet ihr den Fall in Einzelheiten selbst nachlesen können. Kontaktadresse ist: Arbeitsgemeinschaft Sozialistischer Mediziner, c/o babula, 51 Aachen, Pontstr. 133

S t u t t g a r t

TYPHUSEPEDEMIE ODER DIE SEUCHE DES GESUNDHEITSWESENS

Chronik der Ereignisse

21.-28.9.: Herstellung und Verkauf des typhusverdächtigen Kartoffelsalates (fragliche Menge 15 t)

1.1o.: Auftreten der ersten Krankheitsfälle

23.1o.: Schließung der Kartoffelsalatfirma Grenz/Neuhofen; Warnung des Gesundheitsministeriums an Horten, bei dem kein infiziertes Material mehr gefunden wird

25.1o.: Prof. Schettler/HD befürchtet Ausweitung der Epidemie, deren Vorhandensein das Gesungheitsministerium leugnet. ("Wir wollen nichts kaschieren", "Zahl der Erkrankungen nicht alarmierend", "Duplizität" der Quellen usw.)

1.11.: Vier Stuttgarter Ärzte veröffentlichen ihre Kritik in einem offenem Brief (s.u.); ärztliche Standesvertretung beklagt völlige Überlastung der niedergelassenen Ärzte infolge "übertriebener Angst" der Bevölkerung; Empfehlung der Experten: "Sauberkeit erste Bürgerpflicht", "Hände waschen", "Gemeinschaftstoiletten meiden", "persönliche Hygiene" usw.

4.11.: Erste genaue Untersuchung der Fa. Grenz, Weigerung der Behörden, die Infektionsorte Horten und Kaufhof bekanntzugeben, Ablehnung einer Massenimpfung

15.11 Zahl der Krankheitsfälle überschreitet die Marke 4oo, darunter 5 Tote, Ministerin Griesinger redet von "Miniepidemie"

19.11.: Dorle Lange wird als Unterzeichnerin des offenen Briefes entlassen

27.11.: Grenz produziert weiter

4.12.: Martin Lange (Unterzeichner des offenen Briefes) wird entlassen

Drei Sachverhalte sollen in dem folgenden Beitrag erörtert werden:
1) Das Verhalten der Behörden gegenüber den Unternehmern und der Bevölkerung mit einem Exkurs zum Bundesseuchengesetz
2) Die desolate Situation in den Krankenhäusern während der Epidemie
3) Die Disziplinierungsmaßnahmen als Folge der öffentlichen Kritik der vier Ärzte

Mit aller Deutlichkeit zeigte sich im Verlauf der Epidemie, daß die Geschäftsinteressen von Großunternehmen ein wirksames Vorgehen gegen die Ausbreitung der Epidemie verhindert haben. Am 23.1o.spricht man zwar von einer Epidemie, ist aber mit allen anderen Angaben vorsichtig, da der Fleisch- und Wurstwarenverband mit Schadenersatzklage droht. Das Ministerium versprach, nichts zu kaschieren, allerdings hätte bei wirklich vollständiger Information bereits am 23.1o. in den Zeitungen stehen können, daß seit dem 22.1o Nacht für Nacht bei Horten Mitte in Stuttgart desinfiziert wurde.

Das Amt für Öffentliche Ordnung spricht nicht über Horten, sondern über Beschäftigungsverbote für typhuserkrankte Arbeiter und Angestellte. Solche Beschäftigungsverbote werden nach dem Bundesseuchengesetz für die Dauer von 6 Monaten ausgesprochen, wenn ein in der Lebensmittelabteilung angestellter sich mit Typhus infiziert oder auch nur Kontaktperson war. Bei der jetzigen Wirtschaftslage kann das für die Betroffenen verheerende Folgen haben. Die Feststellung weiterer Erkrankungen wäre einfacher und sicherer gewesen, wenn die Behörden die Namen der betroffenen Gaststätten genannt hätten. Dies aber verbietet das Bundesseuchengesetz, solange die Firma nicht in die Veröffentlichung ihres Namens einwilligt. Diese Einwilligung wurde von Horten Mitte nicht gegeben. Ein Gesetz, das jedem einfachen Angestellten, der auch nur Kontaktperson war, die Weiterbeschäftigung untersagt und gleichzeitig den Firmen freistellt, ihre Namen geheimzuhalten, ist untauglich für eine Seuchenbekämpfung im Interesse der Bevölkerung. Es dient allein dem Interesse an der Erhaltung eines guten Umsatzes.

Die Lage bei der Firma Grenz

Die Epidemie wurde durch Kartoffelsalat hervorgerufen. Der Nachweis wurde epidemiologisch geführt, d.h. 9o % der Kranken hatten Kartoffelsalat gegessen, der von der Fa. Grenz von Neuhofen bei Ludwigshafen hergestellt wurde. Der Besitzer hatte, um den Profit zu steigern, 1969 in Schwarzarbeit einen Brunnen bohren lassen. Dadurch senkte er den Wasserverbrauch trotz steigender Produktion auf 1/3. Der Brunnen wies schwere hygienische Mängel auf, z.B. konnte das Wasser, das beim Waschen der Kartoffeln anfiel, teilweise wieder in den Brunnen zurücklaufen. Die Keimzahl lag bei ungefähr 1 Mill. Keime/ml (Trinkwasser 9 K./ml). Außerdem wohnte in der Nähe eine Dauerausscheiderin von Typhusbakterien. Ein Abwasserkanal führte nicht weit vom Brunnen vorbei,so daß, wenn Lücken vorhanden waren, durchaus Salmonellen in den Brunnen gelangen konnten.

Eine Überwachung der Firma hat nie stattgefunden. Die genaue Untersuchung, nachdem die Firma aufgrund der Typhusfälle am 23.1o. dichtgemacht wurde, fand erst am 4.11. statt. Der Besitzer hatte in der Zwischenzeit freien Zugang. Als das med. Landesuntersuchungsamt ankam, war die Quelle fast versiegt, die Rohrleitungen abgeklemmt, der Druckkessel verschwunden und die Pumpe ließ sich nicht mehr in Betrieb setzen ("Frankfurter Rundschau" FR vom 8.11.74). In der noch bei der Fabrik verbliebenen Kartoffelerde wurde S. panama gefunden. S. panama wurde auch in einem Beutel mit geschälten Kartoffeln von dieser Firma gefunden. S. panama kommt oft mit S. tyhpi vor, verursacht jedoch nur Enteritiden.

Grenz war es gleichgültig,ob seine Waren hygienisch einwandfrei waren - Hauptsache die Kasse stimmte. Das gleiche findet man bei Horten: So drohte Horten der Landesregierung mit Regressansprüchen, falls sie den Namen nennen würde, da das Kaufhaus eine Einbuße des Geschäfts befürchtete. Aus Kostengründen (Lohnfortzahlung) wurden die Angestellten, die Salat gegessen hatten, von Horten nicht nach Hause geschickt, bis die Inkubationszeit abgelaufen oder ein negativer Befund der Blutuntersuchung bekannt war. Ein Konditor wurde weiter beschäftigt, bis er mit Typhusverdacht ins Krankenhaus eingeliefert wurde.

Horten holte die Polizei, als vor dem Kaufhaus Unterschriften zu dem offenen Brief gesammelt wurden und verbot seinen Angestellten, mit Kunden darüber zu reden.

Das Verhalten der Behörden

Wenn 1973 in Neapel oder 1974 in Portugal Cholera ausbricht, sind unsere Gesundheitsbehörden schnell bei der Hand, Vorsichtsmaßregeln zu veröffentlichen. Wenn in der eigenen Stadt eine Typhusepidemie grassiert, wird die Sache verharmlost.

Am 14. Okt. traten die ersten Typhusfälle auf. Man stellte bald fest, daß 9o % der Erkrankten Kartoffelsalat der Firma Grenz gegessen hatten; am 23. Okt. wurde der Betrieb geschlossen. Die erste Meldung über eine Typhusepidemie brachte die Stuttgarter Zeitung (StZ) am 25. Okt. Bis dahin hatten die Gesundheitsbehörden nur von jahreszeitlich bedingten Typhuserkrankungen gesprochen. Für einen Patienten in Ludwigsburg hatte diese unverantwortliche Falschinformation tödliche Folgen: da er einer jener in 3o % atypisch verlaufenden Fälle war, wurde er bis zum 25. Okt. auf Grippe behandelt. Als man dann die Diagnose Typhus stellte, war es zu spät.

Nachdem die Zahl der Erkrankten auf über 18o angestiegen war, wurde von Frau Griesinger der Name der Fa. Grenz genannt.

> "Doch immer noch weigern sich die Gesundheitsämter und das bad.-würt. Gesundheitsministerium, die Lokale zu nennen, in denen die Kranken sich vermutlich infiziert haben." (FR vom 1.11. 1974)

- obwohl die Spur zu Fa. Grenz nur über die belieferten Lokale geführt haben kann. Daß Frau Griesinger nur der Name der Kartoffelsalatfirma "entschlüpft" ist, ist sicher kein Zufall, sondern dieser Äußerung ging eine klare Überlegung voraus: der vergleichsweise kleine Unternehmer Grenz wurde enttarnt - derweil konnten die Kaufhaus-Riesen Horten und Kaufhof von Profiteinbußen verschont bleiben und sie selbst vor Regreßforderungen bewahrt werden. Denn man kannte die Kaufhäuser genau:

> "Nach hartnäckigem Fragen erklärte Pressesprecher Kenthner: 'Wenn ich sage, die Firmen sind mir nicht bekannt, dann meine ich, die werden von mir nicht verlautbart.' " (FR/7.11.74)

Daß die Indizienkette nicht lückenlos werden konnte, dafür sorgte die Gesundheitsbehörde schon selbst: vom 23.Okt. (Schließung der Fa) hat man bis zum 4.Nov. gewartet, bevor man den schwarzgebohrten Brunnen hygienisch untersuchte: aber die 'Quelle' war bereits versiegt (vgl. S. 3)!!

Die Abwiegelungspolitik der Landesregierung und das regierungskonforme Verhalten der Zeitungen im Lande, haben die vorbeugende Behandlung von potentiell Infizierten verhindert: man nahm ohne mit der Wimper zu zucken schwere Krankheitsverläufe in Kauf, was in 5 Fällen zum Tode und zu einer unbekannten Zahl von Dauerausscheidern geführt hat - womit wieder ausreichend neue Ausgangspunkte für eine neue Epidemie im Jahre 76 gesetzt wären.

Man scheute sich auch nicht, die Verhinderung einer prophylaktischen - aber kostenintensiven - Impfung mit falschen Behauptungen zu kaschieren. So log H. Hufnagl vom Stuttgarter Gesundheitsamt den versammelten Journalisten am 1.Nov. vor:

> "Erstens wäre ein voller Impfschutz erst nach 4 Wochen erreicht und zweitens könne eine solche Impfung für Personen, die sich bereits infiziert haben, bei denen die Krankheit nur noch nicht ausgebrochen ist, gefährlich werden." (FR/1.11.)

Die StZ hielt es nicht für nötig, über diese Meldung zu recherchieren, wogegen schon am 7. Nov. in der Frankfurter Rundschau (FR) über die orale Typhusimpfung in Erfahrung gebracht worden war:

> "...vor allem aber kann man mit Typhoral in die Inkubationszeit hineinimpfen..." (FR/7.11.)

(Dazu muß richtiggestellt werden: Bei einer subcutanen Impfung tritt der Schutz tatsächlich erst nach 4-6 Wochen ein. Diese Impfung kommt als Massenimpfung während einer Epidemie nicht in Frage. Erfolg hat dann nur die orale Impfung, die immerhin in bis zu 4o % der Fälle schon nach einer Woche einen Schutz bietet. Und von diesem Schutz hatten heimlich auch die Stuttgarter Polizei und Bundeswehreinheiten Gebrauch genommen!)

Vielmehr wurden vorwiegend nichtssagende Parolen ausgegeben: Sauberkeit ist jetzt erste Bürgerpflicht oder Keine Panik aber Vorsicht! Zu den Forderungen nach sofortiger Abstellung von Mißständen in der Typhusbekämpfung wurde nichts gesagt und getan. Insgesamt offenbart das Verhalten von Politikern und Verwaltungsbeamten eine Gesundheitspolitik, die die Bevölkerung als Objekt einstuft und offensichtlich unter dem Motto von Ruhe und Ordnung betrieben wird.

Die Situation in den Krankenhäusern

Aus einer Mitteilung des Statistischen Landesamtes in Baden-Würtemberg geht hervor: "Die Zahl der Krankenhausbetten in Akutkrankenhäusern erhöhte sich im Verlauf der letzten zehn Jahre um 12 %." Weil sich jedoch die Bevölkerung in der gleichen Zeit in etwas stärkerem Maße, nämlich um 14 %, vermehrte, hat sich die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausbetten für Akutkranke nicht verbessert. Im Jahr 1963 hatte die Bettendichte - berechnet auf 1o ooo Einwohner - 71 Betten, im Jahre 1973 7o Betten betragen... Im Durchschnitt mußte sich jeder achte Bewohner des Landes im Lauf des Jahres 1973 in Krankenhausbehandlung begeben. Auf 1ooo Einwohner kamen 134 Krankenhausfälle gegenüber 117 im Jahr 1963, die Verweildauer der Patienten belief sich auf 17 Tage gegenüber 2o Tagen im Jahr 1963.

Diese Zahlen zeigen ganz klar, die Krankenhaussituation in Ba/Wü hat sich in zehn Jahren für die Bevölkerung nicht verbessert. Die hochmodernen Krankenhäuser, die gebaut wurden, sind der Minimalbedarf. Auf dieser Grundlage zu behaupten, die Isolierstationen und die Akutbetten seien nicht überbelegt gewesen, dem muß diese Rechnung vorgelegt werden.

In Stuttgart gab es allein im Pflegebereich bereits vor der Typhusepidemie 13o sogenannte Fehlstellen. Wie auch in den anderen Kliniken gibt es die 4oStundenwoche nur auf dem Papier. Als die Typhuswelle

anlief, gab es angesichts der besonderen Personalnot nur folgendes Rezept: Nacheinander kam auf die Typhusstationen Personal, das von den anderen Stationen abgezogen wurde. Die Folge war Erhöhung der Arbeitsbelastung der Schwestern, u.a. auch dadurch, daß einzelne Zimmer wieder geöffnet wurden und daß Putz- und ähnliche Arbeiten auf den Typhusstationen nur von ausgebildetem Pflegepersonal durchgeführt werden durfte. Das hatte gerade für die Schwestern sehr viele Überstunden zur Folge. Anstatt neues Personal einzustellen, arbeiten die Krankenhausverwaltungen energisch daran, durch "straffere Organisation und neue Schichteinteilung einiges aufzufangen". Von den fehlenden 250 Mitarbeitern in Stuttgart "bin ich davon überzeugt, daß wir mit einem Bruchteil davon auskommen" (Dr. Tieringer, Bürgermeister,in den "Stuttgarter Nachrichten" (StN) vom 19.10.74)

Als Reaktion auf die Kritik in dem Offenen Brief verbietet derselbe Dr. Tieringer einem der Unterzeichner, D. Lange, "angebliche Mißstände...öffentlich zu behaupten". Dies mit der Begründung, daß es ausgerechnet "im Interesse der am Katharinenhospital tätigen Ärzte, Schwestern und Pfleger, die derzeit mit besonders hohen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind", verboten werden müsse (im Schreiben an D. Lange vom 22.11.74).

Im wesentlichen sind nun die Versäumnisse der Behörden und die Situation in den Krankenhäusern in dem folgenden Offenen Brief beschrieben. Der Offene Brief wurde von 4 Ärzten veröffentlicht, die alle in Krankenhäusern mit Typhuspatienten arbeiteten. Die ÖTV-Kreisverwaltung unterstützte diesen Brief und sorgte mit dafür, daß er an Stuttgarter Krankenhäusern verteilt wurde.

O F F E N E R B R I E F

Stuttgart, den 1.11.74

An die Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Frau Griesinger
Herrn Bürgermeister Dr. Thieringer
Herrn Prof. Dr. Hufnagel, Gesundheitsamt der Stadt Stuttgart

Sehr geehrte Frau Ministerin, sehr geehrte Herren!

In den letzten Tagen sind drei Menschen an Typhus gestorben. Die Typhuswelle hat sich über Baden-Württemberg auch auf andere Bundesländer ausgebreitet. Jeder von uns, die wir am Krankenhaus arbeiten, sieht, daß die medizinische Versorgung der Bevölkerung im Großraum Stuttgart zunehmend zusammenzubrechen droht. Jeder von uns sieht, daß schon heute Fakten über die Typhusepidemie bekannt sind, die zur besseren Bekämpfung dieser Epidemie schon längst hätten veröffentlicht werden müssen und daß die Gesundheitsbehörden sich beharrlich weigern, diese Fakten zu veröffentlichen.

Seit etwa zehn Tagen ist deutlich, daß bei den in den Stuttgarter Krankenhäusern liegenden Typhuspatienten eine auffällige Häufung von Angestellten von Horten-Mitte festzustellen ist, oder von Menschen,

die bei Horten-Mitte gegessen haben. Wir können andere Infektionsquellen nicht ausschließen. Dennoch hätte eine sofortige Untersuchung aller Menschen, die bei Horten-Mitte in der fraglichen Zeit gegessen haben, erfolgen müssen. Es ist unverantwortlich, daß dem Krankenhauspersonal diese Infektionsquelle ebensowenig genannt wurde wie der gesamten Stuttgarter Bevölkerung. So konnte es geschehen, daß Patienten auf Bronchitis, Grippe etc. behandelt wurden, die wir bei frühzeitiger Informierung als Typhusverdächtige möglicherweise hätten besser behandeln und isolieren können. Dadurch wurde die Ansteckungsgefahr in menschlich wie medizinisch unverantwortlicher Weise gesteigert. Noch heute würde die sofortige Veröffentlichung aller bisher bekannten Infektionsquellen die Ausbreitung der Epidemie verringern.

Die Stuttgarter Krankenhäuser sind auf die Versorgung einer sehr grossen Zahl von Typhuskranken nicht vorbereitet. Selbst, wenn gegenwärtig die Isolierung der Typhuspatienten noch notdürftig aufrechterhalten werden kann, so ist schon jetzt deutlich, daß wir alle - Ärzte, wie Krankenschwestern und Putzpersonal - viel zu wenig für eine solche Typhusepidemie ausgebildet sind. Mit Bekanntwerden der Typhuserkrankungen hätten unverzüglich kurze Lehrgänge für alle am Krankenhaus Arbeitenden durchgeführt werden müssen, wie sie sich und andere Patienten am wirksamsten vor Ansteckung schützen können. Ebenso hätten für das Personal der entsprechenden Abteilungen umfassende Vorbeugungen in hygienischer, medizinischer und diagnostischer Hinsicht durchgeführt werden müssen.

Die Auswirkungen der Typhusepidemie auf die medizinische Versorgung der übrigen Kranken zeichnet sich am Katharinenhospital am deutlichsten ab. Das Haus konnte keine Notaufnahmen mehr durchführen. Notentlassungen mußten durchgeführt werden. Kranke, die stationär behandelt werden müßten, mußten abgewiesen werden. Die notwendige Isolierung infektiöser Patienten auf Infektionsstationen konnte nicht überall voll durchgeführt werden. Die Typhusepidemie traf auf ein Gesundheitswesen, dem durch Bettenschließungen und Personalmangel ohnehin enorme Schwierigkeiten erwachsen. Das von den Bonner Parteien verabschiedete Krankenhausfinanzierungsgesetz, das die Krankenhäuser wie Wirtschaftsunternehmen behandelt, führte dazu, daß Infektionsstationen geschlossen wurden, weil sie zu teuer sind, daß die 4o-Stunden-Woche eingeführt wurde, ohne daß Geld für ausreichende gleichzeitige Neueinstellungen bewilligt wurde, daß Betten wegen Personalmangel geschlossen wurden. An den Krankenhäusern, die besonders viele Typhuspatienten aufgenommen haben, spitzt sich die Lage weiter zu. Das Personal war schon durch den Routinebetrieb voll ausgelastet. Durch die Typhus-Epidemie, durch den Abzug von Schwestern von Allgemein- auf Infektionsstationen wird die Arbeitsbelastung noch grösser. Da sich so der Personalmangel noch mehr verschärft, wird die Patientenversorgung zwangsläufig schlechter. Dies ist besonders gravierend, da sich durch die Notentlassungen gegenwärtig besonders viele Schwerkranke auf den Stationen befinden, die besonders viel Pflege und Aufmerksamkeit brauchen. Unverzüglich muß die Verwaltung der Stuttgarter Krankenhäuser Anzeigen in die Stuttgarter Zeitungen setzen, mit denen alle für die Krankenpflege Ausgebildeten aufgefordert werden, sich zu Sonderwachen und Hilfsdiensten zur Verfügung zu stellen. Die öffentliche Hand muß diese Sondereinrichtungen finanzieren.

Die Stuttgarter Gesundheitsbehörden weigern sich laut Stuttgarter Zeitung vom 3o. Oktober, Seite 23, umfassend über die Infektionsquellen zu informieren. Wir vier Mediziner klagen die Stadtverwaltung, insbesondere die Gesundheitsbehörden an, fahrlässig die katastrophalen Zustände in einigen der Stuttgarter Krankenhäuser mitverschuldet zu haben. Wir werden mit daraufhinarbeiten, daß sich ein Untersuchungsausschuß bildet,der alle uns zugänglichen Informationen sammelt und sie am Mittwoch, den 6.11.1974 um 2o Uhr auf einer Informationsveranstaltung der Stuttgarter Öffentlichkeit vorstellt. Mit diesem Brief laden wir Sie zugleich zu dieser Veranstaltung ein und werden Ihnen den Ort noch rechtzeitig bekanntgeben.

Wir fordern:
Sofortige Veröffentlichung aller bekannten Infektionsquellen.
Sofortige und umfassende Informierung der gesamten Bevölkerung über die Krankheitssymptome und über die Möglichkeiten der Vorbeugung.
Sofortige Offenlegung aller Maßnahmen, die die Gesundheitsbehörden bezüglich Horten bisher getroffen haben.
Ausreichende hygienische, medizinische und diagnostische Schutzmaßnahmen für das gesamte Krankenhauspersonal.
Sofortige Einstellung von mehr Krankenhauspersonal.

Mit freundlichen Grüßen

Dorle Lange, Medizinalassistentin am Katharinenhospital
Martin Lange, Assistenzarzt am Paracelsus-Krankenhaus Ruit
Herbert Pietzonka, Medizinalassistent am Paracelsus-Krankenhaus Ruit
Michael Steen, Medizinalassistent am Robert-Bosch-Krankenhaus

Erst nach der Veröffentlichung dieses Briefes wurde von den Gesundheitsbehörden auf einer Pressekonferenz am 4.11. das Kaufhaus Horten genannt. Und direkt danach wurden die Chefärzte aufgefordert: "im Bereich der Ärzte, des Pflegepersonals sowie des anderen Personals... über Typhus und Schutzmaßnahmen zu informieren".

Reaktion auf den Offenen Brief - Disziplinierung

Als die Typhusepidemie am Abklingen war, hatten die Gesundheitsbehörden nichts Eiligeres zu tun, als nach Sündenböcken zu suchen. Nach dem Motto: Nicht der, der für die Mißstände mitverantwortlich ist, sondern der, der sie veröffentlicht, ist schuldig, wurde gegen die vier Ärzte eine regelrechte Einschüchterungskampagne eröffnet, die schließlich zu der Entlassung von D. Lange führte. Zudem wurden 4o von 31o Ärzten am Katharinenhospital gegen die Kollegin Lange aktiv. Ihr Ziel war es, die Kündigung von D. Lange zu erreichen. Auch ein Personalratsmitglied, selbst in der ÖTV, unterstützt die Entlassung, obwohl er 14 Tage vorher noch Unterschriften für den Offenen Brief gesammelt hatte.

Als sie selbst als Verdachtsfall auf der Isolierstation lag, erfuhr Frau Lange am 19.11. in einer Pressenotiz von ihrer baldigen Kündigung mit der Begründung, sie habe die Sicherheit der Versorgung der Patienten, ...das Prinzip der Kollegialität ... die Wahrung des Arbeitsfriedens...von Grund auf und tatsächlich in Frage gestellt".

Interessant sind auch einige Zitate aus dem Briefwechsel von Frau Lange mit dem Gesundheitsamt; "...Dabei ist selbstverständlich zu berücksichtigen, daß das Recht auf Information seine Grenze an der Intimsphäre des einzelnen finden muß." "...Als ausgebildete Ärzte sollten sie keinen besonderen Lehrgang für Ärzte für erforderlich halten." (Bürgermeisteramt 6.11.)
"...nachweislich unrichtige Bahauptungen und Unterstellungen läßt befürchten, daß die von Ihnen vorgesehene "öffentliche Dokumentation" über die ärztliche Versorgung im Katharinenhospital nicht geeignet ist, die Öffentlichkeit aufzuklären, sondern Verunsicherungen in die Bürgerschaft und in das klinische Personal zu tragen." (12.12.)
"Menschlich bedauere ich den Gang und die Konsequenz der Dinge; beides hätte sich, wären Sie meiner Empfehlung vom 13. November gefolgt, vermeiden lassen." (19.11.)
"...Mißstände irgendwelcher Art sollten, falls Sie feststellen zu können glauben, wie üblich der zuständigen Klinikleitung oder dem Krankenhausträger mitgeteilt werden."
"...Daß durch Ihr Verhalten der Betriebsfrieden in der Medizinischen Klinik ganz empfindlich gestört wurde, ist Ihnen sicherlich bekannt. Dies bedarf keiner weiteren Darlegung." (beides Personalamt am 21.11. als Beilage zum Kündigungsschreiben).

D. Lange wird mit Unterstützung der ÖTV vor das Arbeitsgericht gehen. An Stuttgarter Kliniken und unter der Bevölkerung wurden bereits zahlreiche Unterschriften für sofortige Wiedereinstellung gesammelt. Die ÖTV-Kreisverwaltung machte allerdings einen Rückzieher; in einer öffentlichen Erklärung distanzierte sie sich nun von den Vorwürfen im Offenen Brief, die entkräftet seien, und forderten die von ihr gesammelten Unterschriftenlisten zurück!

Am 4.12. wurde in einem anderen Krankenhaus auch der Assistenzarzt M. Lange ohne offizielle Begründung gekündigt, obwohl sich fast alle Kollegen und der Vertrauensleutekörper dagegen aussprachen. Die 2 anderen MA's müssen wahrscheinlich damit rechnen, ihr Ausbildungsverhältnis nicht verlängert zu bekommen.

Wir nehmen an, daß die geschilderten Vorfälle in anderen Städten der BRD sicher ähnlich verlaufen wären. Hier wie dort werden die Gesundheitsbehörden nicht zuerst zum Schutz der Bevölkerung tätig, sondern werden eher die Geschäftsinteressen der Industrie und des Handels zu schützen haben. - Zweitens zeigte sich, daß das Gesundheitswesen - insbesondere die Krankenhäuser - nicht auf eine Epidemie vorbereitet waren. Besonders die Personalsituation im Pflegebereich war einer zusätzlichen Belastung kaum gewachsen, sie bleibt in der jetzigen "Normalsituation" weiter angespannt. Unerträgliche Arbeitsbelastung und fehlende Bettenkapazität, einmal mehr durch die Typhusepidemie deutlich geworden, bleibt weiter bestehen, darf nicht verharmlost werden, sondern muß gemeinsam bekämpft werden!

Die Kündigung der 2 Ärzte ist als eindeutige Warnung an die Adresse der fortschrittlichen Kollegen in den Krankenhäusern zu verstehen. In der Zukunft soll öffentliche Kritik am Gesundheitswesen unterbunden bleiben.

"EXPRESS"-TAGUNG: ÖFFENTLICHER DIENST

Nachdem auf der letzten Redaktionskonferenz des "express" Ende März 1974 beschlossen worden war, künftig vor allem regionale und branchenspezifische Tagungen zu organisieren, um so eher zu einer konkreten politischen Zusammenarbeit der aktiven Kollegen und Genossen in den Betrieben beizutragen, fand am 3o.11./1.12.1974 in Frankfurt das erste dieser Treffen für den Bereich des öffentlichen Dienstes statt. Etwa 50 Kolleginnen und Kollegen, überwiegend in der ÖTV, DPG und GdED organisiert, die entweder in diesen Bereichen arbeiten und dort als Gewerkschafter aktiv sind oder durch gewerkschaftliche Bildungsarbeit mit dem öffentlichen Dienst verbunden sind, kamen zusammen, um die anstehenden Probleme ihrer Gewerkschaftsarbeit zu diskutieren.

In einem einleitenden Referat wurde der Versuch unternommen, aus den Veränderungen der kapitalistischen Verhältnisse in Westdeutschland einige Tendenzen in der Entwicklung des öffentlichen Dienstes zu bestimmen. Die aktuelle Wirtschaftskrise schlägt über die staatliche Finanzmisere auf die Staatstätigkeit insgesamt durch und führt zur verstärkten Rationalisierung (Produktivitätssteigerungen) und Ökonomisierung (Einsparungen) im öffentlichen Dienst, die vor allem auf dem Rücken der staatlichen Lohnarbeiter durchgesetzt werden. Rationalisierung und Automatisierung bringen jedoch nicht nur eine verstärkte Arbeitsbelastung mit sich, sondern verändern auch die innere Struktur der öffentlichen Verwaltung. Die mittlere Entscheidungsebene der traditionellen Hierarchie fällt zunehmend weg, wodurch sich die Gegensätze zwischen den leitenden und entscheidenden Tätigkeiten auf der einen und den ausführenden und kooperativen Arbeiten auf der anderen Seite verstärken. Diese Verschärfung der Klassengegensätze im öffentlichen Dienst bewirkt auf der unteren Ebene Angleichungstendenzen zwischen den einzelnen beschäftigten Gruppen, die sich teilweise schon in der laufenden Tarifrunde gezeigt haben, wo Arbeiter, Angestellte und Beamte gemeinsam in einigen Betrieben für Festbetragsforderungen eingetreten sind.

Bei den Beschäftigten haben diese Entwicklungen zu einem verstärkten Bewußtsein von der eigenen Lohnabhängigkeit geführt, das sich in einem aktiven Lohninteresse und der Betonung von Lohn- und Arbeitsplatzsicherheit niederschlägt. Sieht man einmal von Teilen des gehobenen und höheren Dienstes ab, dann gibt es kaum mehr Anzeichen für die weit verbreitete Vorstellung, die Beschäftigten im öffentlichen Dienst orientierten sich vorwiegend an dem Inhalt ihrer Arbeit und an Gemeinwohlvorstellungen. Das trotzdem vorhandene starke Interesse der öffentlich Beschäftigten an der Ausweitung der staatlichen Leistungen läßt sich auf ihr Interesse, die eigenen Lebensbedingungen zu verbessern und den eigenen Arbeitsplatz zu sichern, zurückführen. Die Gewerkschaften, nicht der Staat oder die Parteien, werden dabei als Träger dieses Interesses gesehen.

Im Mittelpunkt der anschließenden Diskussion stand zunächst die Frage, wie die behauptete Lohnabhängigkeitsorientierung der staatlichen Lohnarbeiter von dem Umstand, staatlicher Bediensteter zu sein, beeinflußt wird, und wie sich das Lohninteresse in der gegenwärtigen Tarifrunde konkret äußert. Kritisiert wurde, daß das Lohninteresse der öffentlich Bediensteten zwar eine vor dem Hintergrund gemeinsamer Lebensbedingungen mögliche Angleichung an das Bewußtsein der übrigen Lohnarbeiter darstellt, aber deshalb nicht umstandslos zum Ausgangspunkt einer sozialistischen Strategie gemacht werden dürfe, da gerade in einigen Bereichen des öffentlichen Dienstes (Sozialarbeiter, Lehrer, Gesundheitswesen) die Orientierung an den Arbeitsinhalten zu einer gesellschaftskritischen Umpolung der Gemeinwohlvorstellungen geführt habe. Das Interesse an der Versorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen mit Dienstleistungen hat in der Vergangenheit bei Teilen der staatlichen Lohnarbeiter eine Solidarisierung und Kooperation mit den Empfängern und Betroffenen staatlicher Maßnahmen gegen den Abbau und die Verschlechterung staatlicher Leistungen bewirkt (vgl. Streik der Steuerbeamten, Auseinandersetzungen um die Frankfurter Kindertagesstätten). Die Dominanz inhaltlicher Interessen kann zu einer politischen Kritik an den kapitalistischen Staatsfunktionen führen, die über die Beschränkung auf bloße Lohninteressen hinausgeht.

In der gegenwärtigen Situation wird die Allgemeinwohlideologie massiv von Staat und Massenmedien gegen die Lohninteressen der staatlich Bediensteten eingesetzt. Da sich die Gewerkschaften mit diesen Angriffen nicht inhaltlich auseinandersetzen, ist eine starke Verunsicherung der Kollegen die Folge. Gewerkschaftsführung und Sozialdemokratie versuchen, die Lohnabhängigen zudem auf eine gesamtwirtschaftlich begründete Lohnzurückhaltung zu verpflichten. Mit der staatlich durchgesetzten Einkommenspolitik wächst die Gefahr, daß sich die Beschäftigten im öffentlichen Dienst von den anderen Arbeitern isolieren. Gegenstrategien von Sozialisten im Bereich des öffentlichen Dienstes können sich daher nicht auf Lohnforderungen beschränken, sondern müssen auch an den Arbeitsinhalten und der Kritik der Gemeinwohlorientierung bzw. -verpflichtung ansetzen. Indem der Klassencharakter ihrer Tätigkeit für sie selbst und die anderen Arbeiter deutlich wird und damit, daß sie gerade nicht für das allgemeine Wohl arbeiten, können die staatlichen Lohnarbeiter in der aktuellen Lage erst ein aktives Lohninteresse und inhaltliche Gegenstrategien entwickeln. Offensive Strategien, die auch die Betroffenen von staatlichen Aufgabenkürzungen mobilisieren, bieten zudem Politisierungschancen, um die es auch in den Tarifkämpfen geht.

Nach dieser allgemeineren Diskussion über gewerkschaftliche Strategie der staatlichen Lohnarbeiter drängten die Teilnehmer auf einen Erfahrungsaustausch über unmittelbar anstehende Probleme ihrer gewerkschaftlichen Praxis. Zunächst berichteten Gruppenvertreter und auch einzelne Kollegen über den Stand der gewerkschaftlichen Ansätze auf betrieblicher Ebene. Hierbei zeigte sich - sieht man einmal von den schon weiter fortgeschrittenen Ansätzen in Frankfurt und Westberlin ab -, daß die Schaffung von Vertrauensleutegremien, die an der Basis verankert sind, die vordringlichste Aufgabe darstellt. Die gegenwärtige satzungsmäßige Zusammensetzung der lokalen Gewerkschaftsvertretungen aus Delegierten verschiedener Ausschüsse (Arbeiter, Angestellte, Beamte, Frauen, Techniker usw.) führt zur Aufsplitterung in ver-

schiedene Interessengruppen und verhindert die ungebrochene Artikulation des Mitgliederwillens. Zwar werden auch in der ÖTV Konzepte zur Stärkung der Vertrauensleutearbeit entworfen, aber die Frankfurter Erfahrungen machen deutlich, daß auch durch starken Druck von der Basis Vertrauensleuteausschüsse gebildet werden können, die selbst ohne satzungsgemäße Verankerung und ohne Antragsrechte in den Kreisvertretungen politisch äußerst wirksam sein können. Sie bilden eine wichtige Vorbedingung für die Herstellung innergewerkschaftlicher Öffentlichkeit, die gegenwärtig wichtigstes Ziel sozialistischer Betriebsarbeit im öffentlichen Dienst ist. Erst neue Formen innergewerkschaftlicher Öffentlichkeit ermöglichen die Zusammenfassung und Organisierung der individuellen Unzufriedenheit der Kollegen und lassen damit den Widerspruch zwischen gewerkschaftsoffiziösen und Mitgliederforderungen hervortreten. Durch eine Intensivierung der Vertrauensleutearbeit können auch die Mitgliederversammlungen nach jahrelanger gewerkschaftlicher Demobilisierung wieder zu Basisorganen werden.

Wie notwendig die Verstärkung der Vertrauensleutearbeit über die unmittelbare betriebliche Verankerung hinaus gegenwärtig ist, zeigten auch die Berichte über die anstehende Tarifrunde. Nur wo es aktive Mitgliederversammlungen gegeben hatte, kamen meist hohe Festbetragsforderungen oder hohe Sockelbeträge zustande, denn von den Gewerkschaftsfunktionären gab es trotz eines gegenteiligen Beschlusses auf dem letzten Gewerkschaftstag der ÖTV keine Vorbereitung auf die Tarifrunde. Zudem hatten die meisten Gewerkschaftsmitglieder vor dem Hintergrund der ökonomischen Krise nur geringes Interesse an der Tarifrunde, während auch im öffentlichen Dienst die Diskussion über die zukünftige wirtschaftliche Entwicklung und sichere Arbeitsplätze im Vordergrund standen. Darum kommt es in der aktuellen Situation darauf an, Analysen der wirtschaftlichen Lage zu liefern, die gegen die Argumente von Regierung, Gewerkschaften und bürgerlicher Öffentlichkeit stechen.

Um sich in der laufenden Tarifrunde aktiv zu unterstützen, beschlossen die anwesenden Gruppen, sich umgehend die im Tarifkampf eingebrachten Forderungen, Materialien und Begründungen zuzuschicken. Ein neues Treffen soll möglichst bald nach Abschluß der Tarifrunde angesetzt werden, um die Erfahrungen und Einschätzungen auszutauschen und zu überprüfen. Weitere Themen dieser Tagung werden sein:
- Die Konkretisierung inhaltlich orientierter Strategien gegen die Auswirkungen von Rationalisierungen und Einsparungen;
- Die weitere Klärung des Verhältnisses von institutioneller Gewerkschaftsarbeit und Basisorganisierung;
- Das Verhältnis von SPD, Verwaltung und gewerkschaftlicher Organisierung im öffentlichen Dienst;
- Die Perspektiven der Dienstrechtsform.

Roland Roth

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