

„Krankheitswesen“

Wenn die Leute erst einmal gegen Ärzte mißtrauisch geworden sind, dann gehen die Gedankengänge manchmal wahrlich verschlungene Wege! Da hat doch jetzt jemand beim Petitionsausschuß der Bremischen Bürgerschaft offenbar allen Ernstes verlangt, in den Gesundheitsämtern die Gesundheitsvorsorge und Krankheitsvorbeugung nur solchen Medizinern zu übertragen, die sich schriftlich verpflichten, „daß sie unabhängig vom Einfluß des Krankheitswesens sind“.

Der in diesem Falle bemitleidenswerte Ausschuß mußte sich damit beschäftigen und dazu Stellung nehmen, und das auch noch in dem heute üblichen Bürokratendeutsch („Die bei Gesundheitsämtern und amtlichen Stellen des Gesundheitswesens tätigen Ärzte sind als Bedienstete dieser Dienststellen verpflichtet, im Rahmen der Zuständigkeiten dieser Dienststellen den Auftrag der jeweiligen Dienststelle wahrzunehmen. Dieses geschieht.“) Da diese Ärzte keine kranken Personen behandeln, heißt es weiter, könnten sie also auch kein irgendwie geartetes Interesse an der Verhinderung von Vorsorgemaßnahmen haben, das heißt also umgekehrt an dem Auftreten einer Krankheit – der Petitionsausschuß der Bremischen Bürgerschaft hat exakt erkannt, in welchem Punkte dieser Antragsteller mißtrauisch ist.

Offenbar hat der Petent genaue Vorstellungen davon, was „echte Vorsorge und Vorbeugung“ ist, der sich, wie der Ausschuß ihm mitgeteilt hat, die Ärzte im Gesundheitsamt auch widmen, nämlich: Leibesübungen, Sport, Sauna und so weiter.

Wie macht das eigentlich so ein Arzt im öffentlichen Gesundheitswesen Bremens, wenn er sich im Rahmen von gesundheitlicher Beratung „zum Beispiel der Sauna widmet“?

gb

BERLIN**Ausrangierte
Krankenhausbetten
zu haben**

Pro Jahr rangieren die städtischen Krankenhäuser in Berlin etwa 500 bis 1000 Betten aus, die sie durch neue ersetzen. Nun will man mit einem Modellversuch etwas Nützliches damit verbinden. Von sofort an können Interessenten diese für die Pflege von bettlägerigen Patienten besonders konstruierten Betten für eine Anerkennungsgebühr von 40 DM erwerben. Neu kosten die Betten bis zu 1000 DM. Diese Betten-Aktion hat Gesundheitsssenator Erich Pätzold eingeleitet, weil zahlreiche Anfragen aus der Bevölkerung einliefen. Die Verwaltungen der Kliniken sind gebeten worden, auf diesem Wege zu einer Erleichterung der Hauskrankenpflege beizutragen. Normale Betten eignen sich angeblich nicht für eine Dauerpflege. KU

HAMBURG**Gesundheitsbehörde
unterlag
im Streit um Arbeitszeit**

Im gerichtlichen Streit um die Arbeitszeiten an Hamburger Krankenhäusern hat die Gesundheitsbehörde der Stadt erneut eine Niederlage erlitten. Das Hamburger Arbeitsgericht hat in einem Urteil entschieden, daß die Behörde nicht berechtigt ist, von dem Kinderarzt Dr. Gerhard Limbrock zu verlangen, nach einem nächtlichen Bereitschaftsdienst, der sich an einen normalen Arbeitstag anschließt, erneut die Arbeit fortzusetzen. (Aktz. 11 Ca 421/78)

Auch die bisherige Praxis in Hamburger Krankenhäusern, mehr als einmal pro Woche Bereitschaftsdienste anzuordnen, wurde in dem erstinstanzlichen Urteil, von Notfällen abgesehen, für nicht zulässig erklärt. Das Gericht entsprach

damit ganz der Klage Dr. Limbrocks (DEUTSCHES ÄRZTEBLATT Heft 44/1978. Seite 2566). Im Oktober vergangenen Jahres hatte das Landesarbeitsgericht der Hansestadt bereits in zweiter Instanz entschieden, daß der Chirurg Heinz Eberhard Junghans durchschnittlich nicht mehr als einmal wöchentlich Bereitschaftsdienst leisten müsse. Bisher sind Bereitschaftsdienste mehr als einmal pro Woche üblich, die jeweils zwischen zwei normalen Arbeitstagen liegen, so daß der betroffene Arzt insgesamt 31,5 Stunden im Krankenhaus ist.

In seiner Urteilsbegründung betonte das Arbeitsgericht, die Arbeitszeitordnung (AZO) gelte auch für Ärzte. Die anderslautende Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts aus dem Jahre 1960 sei „inzwischen nicht mehr vertretbar“. Das höchste deutsche Arbeitsgericht hatte die Anwendung der AZO für Ärzte abgelehnt, weil die ärztliche Aufgabe im Interesse der Patienten nicht an eine Zeitgrenze gebunden sein dürfe. Der „ethische Wertgehalt“, der im übrigen auch für andere Berufe gelte, dürfe Ärzte nicht von der AZO ausschließen, stellte demgegenüber das Hamburger Arbeitsgericht fest.

Nach der Arbeitszeitordnung darf die tägliche Arbeitszeit zwar unter bestimmten Bedingungen über zehn Stunden hinausgehen, doch muß sich an die Tagesarbeit eine ununterbrochene Ruhepause von mindestens elf Stunden anschließen. Dies ist nach der bisherigen Praxis, die Bereitschaftsdienste zwischen zwei reguläre Arbeitstage zu legen, nicht der Fall. Da die Gesundheitsbehörde inzwischen im Fall Junghans Revision beim Bundesarbeitsgericht eingelegt hat, wird sich dieses mit der Anwendbarkeit der AZO für Ärzte in absehbarer Zeit erneut beschäftigen müssen. Auch die tarifliche Vereinbarung, die acht Bereitschaftsdienste pro Monat zuläßt, dürfe nicht als „Direktionsrecht“, sondern lediglich als „lohnrechtli-

AUS DEN BUNDESLÄNDERN

che Vorschrift" verstanden werden, betonte das Arbeitsgericht im Fall Limbrock.

Inzwischen bestätigte das Arbeitsgericht Wilhelmshaven dem Chefarzt und Gynäkologen Werner Mischel, daß er im Anschluß an einen 36stündigen Arbeits-, Ruf- und Bereitschaftsdienst Anspruch auf zwölf Stunden Freizeit habe. (Aktz.: 2 Ga 23/78) dpa/DÄ

HESSEN

Clauss: Krankenkassen sollten fusionieren

Sozialminister Armin Clauss hat es als „äußerst bedenklich“ bezeichnet, daß lange nach dem Abschluß der Gebietsreform in drei hessischen Landkreisen noch immer keine Zusammenlegung der einzelnen Allgemeinen Ortskrankenkassen erfolgt sei. Die Zersplitterung der Krankenkassen nannte Clauss eine „ernst zu nehmende Behinderung für die Gesundheitspolitik“; bei mehr als 1300 Kassen bestehe ebensooft die Gefahr, daß Kirchturmdenken einen höheren Stellenwert erhält als übergeordnete gesundheitspolitische Erkenntnisse.

Sozialminister Clauss fügte hinzu, in der Frage der Zusammenschlüsse von Krankenkassen bekenne sich die hessische Landesregierung zum Grundsatz der Freiwilligkeit. Er hoffe, daß die Selbstverwaltungsorgane endlich Zusammenschlüsse voranbringen würden.

Wieviel dem hessischen Minister dieses „Bekanntnis“ zur Freiwilligkeit wert ist, machte er gleich selbst deutlich mit der Warnung, die Landesregierung werde sich nicht scheuen, von ihrer Ermächtigung zum Erlaß einer Rechtsverordnung Gebrauch zu machen, wenn die „freiwilligen“ Zusammenschlüsse nicht rechtzeitig vor den Sozialversicherungswahlen im nächsten Jahr vollzogen würden. EB

AUS EUROPA

ÖSTERREICH

Unterirdisches Spital

In der Gemeinde Gleisdorf in der Ost-Steiermark wird eine unterirdische „Sanitätshilfsstelle“ gebaut. Bauherr ist der österreichische Zivilschutz. Unter dem bescheidenen Namen verbirgt sich ein Versuchsobjekt nach Schweizer Muster: Tatsächlich handelt es sich um ein atomstarker untergebrachtes Kleinkrankenhaus, sicher gegen Strahlen, Feuer und Erdbeben, eingerichtet auf einen Aufenthalt bis zu vier Wochen. Vorerst sind zehn Betten vorgesehen; die Ausstattung an Vorräten, insbesondere auch Verbandmaterial, ist so angelegt, daß zunächst einmal bei großen Verkehrsunfällen oder Katastrophen eine leistungsfähige Hilfsstelle zur Verfügung steht. Das Modell soll Erfahrungen für ähnliche Einrichtungen in ganz Österreich vermitteln; voraussichtlich wird es auch erweitert werden müssen, da nach den Schweizer Erfahrungen eine Bettenzahl von 40 als Mindestgröße angesehen wird. APM

GROSSBRITANNIEN

Zur Feststellung des Todes

Die Konferenz der Medical Royal Colleges und ihrer Fakultäten im Vereinigten Königreich hat sich in einem Memorandum noch einmal zu der Frage geäußert, wann ein Patient vom Arzt mit Sicherheit für tot erklärt werden muß. Dieses Memorandum soll als Zusatz verstanden werden zu einer im Oktober 1976 veröffentlichten Erklärung der Konferenz zu der Frage, daß und auf welche Weise der „Gehirntod“ mit Sicherheit feststellbar ist. Die Notwendigkeit dieser Erklärung war damals damit begründet worden, daß bisher ein Mensch dann für tot gehalten werden konnte, wenn Atmung und Zirkulation aussetzten. Nachdem jedoch die technischen Möglichkei-

ten geschaffen worden waren, diese Funktionen künstlich aufrechtzuerhalten, entstand für Ärzte und auch für Angehörige das Dilemma der Unsicherheit, wie lange solche technischen Möglichkeiten angewendet werden sollten.

Kommentierend wurde damals darauf hingewiesen, daß die Entscheidung, die künstliche Beatmung abzuschalten, weder mit Organtransplantationen noch mit Euthanasie etwas zu tun habe – es gehe vielmehr lediglich um das klinische Urteil: der Patient ist tot, obwohl das Herz noch schlägt. Mit der Bedeutungsschwere dieser klinischen Entscheidung wurde damals das Dokument begründet (das übrigens auch die Empfehlung enthielt, die Entscheidung zur Einstellung der künstlichen Beatmung sollte von zwei Ärzten getroffen werden).

Das neue Memorandum vom 15. Januar 1979 untersucht noch einmal die Frage, ob der Tod des Patienten angenommen werden muß, wenn der Gehirntod stattgefunden hat. Im einzelnen wird dazu ausgeführt, daß nur in Ausnahmefällen, bei einem massiven Trauma, der Tod sofort eintrete. Normalerweise sei der Tod nicht ein Ereignis, sondern ein Prozeß, bei dem verschiedene Organe und lebenswichtige Systeme allmählich und zu verschiedenen Zeiten versagen. Bei einem Herzstillstand zum Beispiel auf dem Operations-tisch werde in der Bevölkerung davon gesprochen, der Patient sei bereits „tot“ gewesen, wobei aber schon die Anführungszeichen darauf hinweisen, daß dieser Begriff in solchen Fällen nicht wörtlich zu nehmen ist. Denn für die meisten Menschen sei der eine Aspekt des physischen Todes, über den es keine Zweifel geben kann, seine Unumkehrbarkeit.

Ob nun – in der Minderheit der Sterbefälle – der Gehirntod am Anfang oder – in der Mehrheit der Fälle – am Ende des Prozesses steht, der zu dem unumkehrbaren Zustand führt, der „Tod“ genannt