

Bulgarische Visionen: Die Gesundheit ist planbar . . .

Impressionen einer Studienreise in die Volksrepublik Bulgarien

Klaus-Dieter Kossow

Wie in allen sozialistischen Ländern beherrscht, plant und dirigiert der staatliche Apparat auch in Bulgarien das verstaatlichte Gesundheitswesen an Haupt und Gliedern. Die „Pflicht zur Gesundheit“ ist staatlich festgeschrieben. Das Individualrecht auf Pflege des persönlichen Wohlbefindens und das Streben nach eigenverantwortlicher Gesunderhaltung existiert kaum. Der Materialismus ist das Hauptmerkmal des bulgarischen Gesundheitssystems. Traditionell zentralistisch strukturiert und organisiert, ist Bulgarien einen eigenen Weg der Realisierung eines sozialistischen Systems der Gesundheitssicherung gegangen. Ein Schlaglicht auf die Entwicklung und die gesundheitspolitischen Perspektiven wirft ein Erfahrungsbericht, der auf Eindrücken basiert, die der Autor während einer 14tägigen Studienreise der Hans-Neuffer-Stiftung, Köln/Stuttgart, gewonnen hat. Die Stiftung hat es sich zur Aufgabe gemacht, den medizinisch-wissenschaftlichen und kollegialen Erfahrungsaustausch auf internationaler Ebene zu vertiefen. Der Bericht ergänzt zugleich eine Reportage über das ungarische Gesundheitswesen, die ebenfalls auf Erfahrungen aus einer Studienreise der Hans-Neuffer-Stiftung beruhte (vergleichen Sie DEUTSCHES ÄRZTEBLATT, Hefte 29/30/31/1982, Rubrik „Blick über die Grenzen“).

Bulgarien ist mit rund 110 000 qkm und etwa neun Millionen Einwohnern überschaubar. Die Bevölkerung ist relativ homogen. Etwa 78 Prozent sind Bulgaren, 10 Prozent Türken, 2 Prozent Splittergruppen. Die Türken konzentrieren sich auf südliche Landesteile und stellten allenfalls dort ein Minderheitsproblem dar, als man sie vor einigen Jahren veranlassen wollte, bulgarische Namen anzunehmen.

Bulgarien wird mehr als andere Comecon-Länder durch die Sowjetunion beeinflusst. Dies gilt nicht nur im politisch-ideologischen Sinne. Das bulgarische Gesundheitswesen ist dem System in der Sowjetunion organisatorisch ähnlich, weist aber offenbar – ins-

besondere auf dem Land – ein höheres Leistungsniveau auf. Der Lebensstandard der Bevölkerung ist am höchsten in den Touristenregionen an der Schwarzmeerküste, am zweitbesten in den Industrieregionen und am schlechtesten auf dem Lande. Das hat zu einer erheblichen Landflucht in den letzten beiden Jahrzehnten geführt, die jetzt offenbar zum Stillstand gekommen ist. Diese hat eine jetzt noch bestehende erhebliche Wohnungsnot in den Städten mit sich gebracht, während auf dem Land bisweilen ein Überhang an nicht bewohnten Wohnungen festzustellen ist. Die Unterschiede in den Lebens- und Wohnverhältnissen führen zu erheblichen Differenzen in den statistischen Gesundheitsdaten.

Die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Genf, wonach Gesundheit „ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ ist, wird für das bulgarische Gesundheitswesen akzeptiert, weil die staatliche bulgarische Politik auf der „Entwicklung des Sozialismus“ beruht. Dies hat nach bulgarischer Auffassung wegen der „Befreiung der Arbeiter“ zum Wachstum von physischer, psychischer und sozialer Gesundheit geführt. Man betrachtet im heutigen Bulgarien den Gesundheitsbegriff von einem „modernen“ (das heißt: marxistischen) wissenschaftlichen, biologischen und sozialen Standpunkt und sieht ihn im Einklang mit den Zielen der marxistischen Lehre.

Die bulgarische Verfassung garantiert den Bürgern des Landes den Schutz der Gesundheit und mithin die hierfür erforderlichen Maßnahmen. Hierunter fällt nicht nur die organisatorisch-medizinische Hilfe für die Bevölkerung, sondern auch die Gestaltung der vielfältigen Gesellschaftsaktivitäten zum Schutze menschlicher Gesundheit.

Das öffentliche Gesundheitssystem Bulgariens dient aus Sicht der bulgarischen Partei- und Staatsführer zur praktischen Verwirklichung der in der Verfassung formulierten Rechte auf Gesundheit. Die Einzelheiten werden durch die zuständigen Verwaltungsorgane der Zentralregierung, der medizinischen Akademie und der 27 Bezirke des Landes auf der Grundlage des Gesundheitsgesetzes und des Staatsgesamtplanes geregelt. Das Gesundheitsgesetz trat am 1. Januar 1974 in Kraft. Bereits vorher (am 1. Oktober 1972) war jede private medizinische Versorgung durch Ärzte, Feldschere, Hebammen usw. verboten worden. Stationäre und ambulante Einrichtungen wurden bereits zentral und bezirklich zwischen 1950 und 1954 unter eine Verwaltung gestellt. ▷

Die Organisation des bulgarischen Gesundheitswesens geht in einer englisch geschriebenen Informationsbroschüre des Gesundheitsministeriums heute von folgenden Prinzipien aus:

1. Das sozialistische öffentliche Gesundheitswesen hat staatlichen Charakter. Dies bedeutet in der Praxis, daß die Gesundheitspflege als Bestandteil der organisierten gesellschaftlichen Struktur des Landes vollzogen wird. Der Staat leitet und finanziert die Gesundheitspflege als integralen Bestandteil seiner Gesamtpolitik.

2. Das staatlich institutionalisierte sozialistische Gesundheitswesen ist ein integraler Bestandteil der Staatswirtschaft. Es hat einheitlichen und planwirtschaftlichen Charakter. Es ist also Gegenstand strikter Kurz- und Langzeitplanung. Seine Entwicklung erfolgt im Rahmen des gesellschaftsökonomischen Gesamtentwicklungsplanes des Staates.

3. Das sozialistische Gesundheitswesen leistet dem Bürger unentgeltliche Hilfe. Der Zugang zum System wird nicht von einer finanziellen Beteiligung des einzelnen Bürgers an den Kosten des Systems abhängig gemacht.

4. Bei den Aktivitäten und Entwicklungsvorhaben des sozialistischen Gesundheitswesens ist Prophylaxe die wichtigste Zielvorstellung.

5. Das sozialistische Gesundheitswesen stützt sich auf die „Basis der breiten Masse“, d. h.: alle öffentlichen, staatlichen und wirtschaftlichen Organisationen werden auf gesetzlicher Grundlage in Programme der Gesundheitspflege eingebunden.

Planung aufgrund demographischer und epidemiologischer Daten

Diese Postulate können nach Auffassung des bulgarischen Gesundheitsministeriums nur dann erfüllt werden, wenn Systement-

Tabelle 1: Entwicklung der Kennzahlen für das Verhältnis zwischen Gesundheitseinrichtungen und Bevölkerungszahl

Indikatoren	Jahr		
	1975	1980	1990
1. Ärzte in Städten	12,20	12,99	14,52
pro 10 000 Einw. in Dörfern	7,49	8,45	9,69
2. Zahnärzte in Städten	5,35	7,49	8,45
pro 10 000 Einw. in Dörfern	3,18	4,04	4,35
3. Apotheker pro 10 000 Einw.	4,50	4,90	5,60
4. Krankenhaus- u. Sanatoriumbetten pro 10 000 Einw.	86,30	92,70	123,20
5. Plätze in Kindertagesstätten pro 10 000 Kinder zwischen 0 und 3 Jahren	160,00	250,00	350,00
6. Ärzte pro 100 Krankenhausbetten	8,60	8,60	8,70
7. Ärzte pro 100 Sanatoriumsbetten	3,00	3,00	3,00
8. Ärzte für Sanitäts- und Hygienesdienste pro 10 000 Einw.	1,80	1,16	1,29
9. Paramedizinisches Personal pro 100 Krankenhausbetten	30,80	32,50	35,00
10. Paramedizinisches Personal pro 100 Sanatoriumsbetten	15,00	16,00	17,00
11. Paramedizinisches Personal pro 100 Kindertagesstättenplätze	13,40	15,00	16,00

wicklung und Systemstruktur auf Grund von medizinischen und sozialen Effizienzanalysen fortgeführt werden.

Die bedarfsgerechte Versorgung der Bürger mit medizinischen Diensten muß ständig überwacht und die Änderung der Bedürfnisse analysiert und zur Grundlage des Systemausbaus gemacht werden. Auf Grund dieser Zielvorstellung wurden und werden in Bulgarien sehr umfangreiche statistische Analysen der demographischen Trends, der gesundheitlichen Verfassung der Bevölkerung, des Zustandes und Bestandes von Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Besiedlungsentwicklung, der Bevölkerungsdichte, ih-

rer territorialen Verteilung, der Langzeitentwicklungstrends (insbesondere der Wirtschaft) vorgenommen.

Auf der Grundlage der erhobenen Daten wird die Struktur des Gesundheitswesens (was Zahl der Einrichtungen, Ärzte, Hilfskräfte usw., ihre Aus- und Weiterbildung sowie die Ausstattung der Einrichtungen betrifft) zehn Jahre im voraus geplant. Bei der Planung werden sozialhygienische und nichtmedizinische Aspekte einbezogen. Dank dieser umfangreichen analytischen Arbeit glaubt man im bulgarischen Gesundheitsministerium und in der medizinischen Akademie, bereits jetzt eine gesunde wissenschaftliche Basis für

Bulgarisches Gesundheitswesen

die Planung und Leitung des Gesundheitswesens zu haben, einschließlich aller Vorgänge, die in Beziehung zum Gesundheitszustand der Bevölkerung stehen. Allerdings soll die wissenschaftliche Basis ständig weiter ausgedehnt werden. Man hat eine klar genormte Systemstrukturentwicklung zum Ziel (Tabelle 1).

Der Aufbau eines genormten sozialistischen öffentlichen Gesundheitssystems umfaßt nicht nur objektive, sondern auch subjektive (!) Elemente. Es schließt auch Definitionen der moralischen und ethischen Normen in bezug auf die beruflichen Aktivitäten der „Gesundheitsarbeiter“ ein. Als Ergebnis von in die Tiefe gehenden soziologischen Abhandlungen und Diskussionen wurde 1973 der „Moralkodex der Ärzte“ angenommen, der die normativen Grundlagen des öffentlichen Gesundheitswesens ergänzt. Er fordert von den „Gesundheitsarbeitern“ (oft synonym für Ärzte, aber auch für

Ärzte und sonstige Heilberufe gebraucht) Pflichterfüllung und Verantwortlichkeit gegenüber Individuum und Gesellschaft, eine saubere sittliche und gesellschaftliche Einstellung und Haltung auf der Grundlage einer inneren ideologischen Überzeugung.

Nicht länger wirtschaftlich abhängig, tun die bulgarischen „Gesundheitsarbeiter“ ihr Äußerstes, um das kostbarste nationale Gut zu sichern und zu vervielfältigen: die Gesundheits- und Arbeitskraft der Bevölkerung.

Organisation der medizinischen Dienste

Die Verwaltung der medizinischen Gesundheitseinrichtungen des Landes untersteht dem Gesundheitsministerium und ist in Patientenversorgung und Forschung gegliedert, die allerdings in enger Verzahnung und Rückkoppelung geführt werden.

Die Patientenversorgung gliedert sich entsprechend den 27 Verwaltungsbezirken des Landes. Die Hauptstadt Sofia ist ein verwaltungsunabhängiger eigener Bezirk. Pro Bezirk gibt es mindestens ein Zentralkrankenhaus, welches mindestens über Abteilungen für Innere, Chirurgie, Gynäkologie, Röntgen und Labor verfügt. Ferner sind meist weitere Spezialabteilungen für HNO, Dermatologie, Augenheilkunde usw. vorhanden. Psychiatrische Krankenhäuser, Kinderkliniken, Infektionsstationen, Tbc-Hospitäler werden für mehrere Bezirke eingerichtet (Tabelle 2).

Entsprechend der Besiedlungsdichte werden für die Regionalversorgung weitere kleinere Krankenhäuser eingerichtet, die meist in der ärztlichen Leitung dem Chefarzt des Zentralkrankenhauses mit unterstellt sind. Dem ärztlichen Dienst ist die Verwaltungshierarchie beigeordnet. Die leitenden Funktionsträger des ärztlichen Dienstes und der Verwaltung eines Bezirkes werden nach Auswahl durch eine Kommission zur Prüfung der Bewerbungen vom Gesundheitsministerium bestellt.

Es wird im Gesamtwirtschaftsplan festgelegt, welche Behörde Neubau und Unterhalt der Krankenhäuser und Polikliniken zu besorgen hat. Es liegt in der Natur der Planwirtschaft, daß durch Fehleinschätzungen von Kapazitäten der planausführenden Betriebe Engpässe bei Neubau- und Unterhaltungsarbeiten auftreten. Dessen ungeachtet ist insbesondere im ambulanten Bereich ein zügiger Ausbau des medizinischen Versorgungssystems zu beobachten. Basis ist die Poliklinik. Es gibt je nach Größe, Ausstattung und Personalbesetzung fünf Klassen von Polikliniken.

In den Städten überwiegen Polikliniken mit 30 bis 60 Ärzten der Klasse 1 und 2 mit Röntgen, Labor, OP und kleinem Bettentrakt. Auf dem Lande herrschen Polikliniken der Klassen 3 bis 5 vor mit 1

	1944		1977	
	Zahl	Betten	Zahl	Betten
Krankenhäuser	174	11 032	185	75 700
hierin sind eingeschlossen:				
Zentralkrankenhäuser	79	8 183	143	42 270
Infektionshospitäler	—	—	1	502
Hospitäler für Tuberkulosekranke	—	—	15	3 640
Kinderhospitäler	—	—	4	500
Nervenkliniken	8	1 135	16	4 570
Einrichtungen für ambulante Patienten und Polikliniken				
insgesamt	995		3 686	5 870
Kinderpflegeeinrichtungen	7	284	1 051	76 770
Sanatorien und sonstige Versorgungseinrichtungen				
Lungentuberkulose-Sanatorien	10	1 453	8	1 085
Sanatorien für andere Erkrankungen	—	—	54	13 430
Apotheken einschließlich Zweigstellen	862		1 404	
Arzneimittelkioske	895		2 865	
Läden für Heil- und Hilfsmittel sowie Brillen	27		161	

bis 30 Ärzten und bescheidener technischer Ausstattung. In Orten von weniger als 1000 Einwohnern mit langen Anmarschwegen zur nächsten Poliklinik gibt es noch Feldschere mit Fachschulausbildung, die in der Qualifikation zwischen Krankenschwester und Arzt anzusiedeln sind. Man bemüht sich, das Feldschersystem abzubauen bzw. wenigstens nicht wachsen zu lassen.

Die Polikliniken können räumlich integriert oder räumlich getrennt von einem Krankenhaus sein. Sie unterstehen meist (auch wenn sie räumlich getrennt von dem Bezirkskrankenhaus sind) dessen Verwaltung und oft auch ärztlicher Leitung. Wo dies noch nicht der Fall ist, besteht zumindest die Absicht künftiger Verwaltungsintegration.

Eine Poliklinik der Klasse 1 versorgt in einer Stadtregion einen Bezirk von etwa 40 000 bis 60 000 Einwohnern. Dieser bezirkliche Einzugsbereich ist untergliedert, beispielsweise in 15 bis 20 Distrikte.

Distriktarzt – die zentrale Figur

Der Distriktarzt übt die Funktion des Hausarztes aus und hat oft eine internistische, gelegentlich eine pädiatrische und auf dem Lande häufiger gar keine Weiterbildung. Der Distriktarzt – „Therapeut“ genannt – soll patientenorientiert die Tätigkeit des Poliklinik-Teams koordinieren.

Der Distriktarzt ist eine zentrale Figur im bulgarischen Gesundheitswesen. Er ist der „Arzt der ersten Linie“, nicht aber die einzige Bezugsperson in der Primärversorgung. Hebammen für die Schwangeren-Vorsorge und speziell für Kindervorsorgeuntersuchungen eingesetzte Schwestern, bisweilen auch Kinderärzte, arbeiten neben dem Distriktarzt. Dies bedeutet nicht, daß sie auch notwendigerweise mit ihm zusammenarbeiten. Zwar ist das gesamte Personal in

derselben Poliklinik eingesetzt. In dieser herrscht aber bei einer Zahl von z. B. 60 Ärzten und 120 Angehörigen der Heilhilfsberufe oft ein erheblicher Koordinationsmangel in der Alltagsroutine, so daß eine langjährig tätige Hebamme oder Kinderkrankenschwester sehr oft die Familie besser kennt als der Distriktarzt.

Dies ist insbesondere auch deshalb der Fall, weil die Funktion eines Distriktarztes weniger attraktiv für einen Internisten ist als die Tätigkeit im stationären Bereich der Klinik mit der Möglichkeit zu subspezialisierender Weiterbildung. Es wird daher der Aufgabenbereich des Distriktarztes besonders in ländlichen Polikliniken meistens von jungen Ärzten während der Weiterbildungszeit versehen, so daß die Patienten häufig das Gesicht eines anderen Arztes, aber selten das Gesicht einer anderen Schwester sehen.

Hinzu kommt noch, daß insbesondere im Rahmen der umfassenden Vorsorgeprogramme für Schwangere und Kinder die Poliklinikschwester relativ häufig Hausbesuche durchführt (z. B. wenn ein Patient sich zum Vorsorgetermin nicht vorstellt).

Hieraus resultiert eine Schwächung der Koordinationsfunktion des Distriktarztes, der ja eigentlich die Aufgabe hat, die ärztliche Arbeit seiner spezialisierten Fachkollegen innerhalb der Poliklinik problemorientiert zusammenzuführen. Mangels Ausbildung und auch wegen ihrer einseitigen Ausrichtung auf die Vorsorgeprogramme kann die Schwester Koordinationsaufgaben nur begrenzt übernehmen, die vom Arzt wegen fehlender Kenntnis der Patientenpersönlichkeit nicht durchgeführt werden.

Es resultiert die bizarre Situation, daß der Patient in der Poliklinik als Spielball von einem Verantwortlichen zum nächsten abgegeben wird und nur das an Information übermittelt wird, was in den Kar-

teikarten steht. Hier finden sich dann allerdings in erster Linie Personen-Stammdaten, Laborwerte, Aufzeichnungen über Vorsorgeuntersuchungen und evtl. Krebskatasterdaten.

Eine umfangreiche Sammlung von Arztbriefen nach Facharztkonsultationen und Krankenhausaufenthalten fehlt. Es resultiert aus all dem im Vergleich zu den Verhältnissen hierzulande in bezug auf die Patientenbedürfnisse eher eine noch schlechtere Koordination zwischen der hausärztlichen Versorgungsebene durch den Distriktarzt und der Fachversorgung durch die spezialisierten Poliklinik-Kollegen. Dies ist der Fall, obwohl eigentlich die Zusammenarbeit aller Ärzte unter einem Dach optimale technische Kooperationsbedingungen schafft. Es muß allerdings eingeräumt werden, daß diese Mißstände zwar oft beachtbar sind, aber dort nicht auftreten, wo der Distriktarzt jahrelang seine Stelle nicht wechselt und folglich mit der Zeit die Nähe und das Vertrauen des Patienten gewinnt.

Wenn man eine Poliklinik betritt, stößt man zunächst auf die Zentralregistratur, wo der Patient die Behandlungswünsche und sich selbst bei Erscheinen zum Termin anmeldet. Über oder neben der Registratur hängen Bilder einiger führender Köpfe aus Parteiapparat und Regierung. Der oberste von allen, T. Shivkov, fehlt selten und kommt wiederholt auch im Zimmer des Chefarztes, der leitenden Schwester und anderer Ärzte vor, so wie bei uns das Kreuz in manchen kessionellen Krankenhäusern.

Die Medizinische Akademie

Medizinische Forschung und Lehre Bulgariens werden in der Medizinischen Akademie zusammengefaßt. Sie organisiert das gesamte Ausbildungswesen zentral und ist dem Gesundheitsministerium unterstellt. Die Eigenständigkeit

Bulgarisches Gesundheitswesen

der früheren medizinischen Fakultäten ist seit dem 1. Mai 1972 aufgehoben; sie sind jetzt Bestandteil der Medizinischen Akademie. Deren Sitz ist Sofia. Hier entfaltet sie auch ihre Hauptaktivitäten. Der Medizinischen Akademie unterstehen acht Institute im Range von wissenschaftlichen Zentren. Ferner unterstehen der Medizinischen Akademie sechs Institute ohne Zentrumsrang.

In Sofia gibt es drei medizinische Fakultäten der Medizinischen Akademie und außerhalb Sofias vier (in Varna, Plovdiv, Stara Zagora und in Pleven). Außerhalb Sofias wird jedoch lediglich die klinische Ausbildung vermittelt.

Ärztliches Curriculum

Neben der Forschung und Ausbildung obliegt der Medizinischen Akademie die Organisation der Fort- und Weiterbildung. Letztere ist streng curricular gegliedert. Der weiterbildungswillige Arzt muß sich für die klinischen Weiterbildungsabschnitte und Kurse bewerben, wird für diese eingeschrieben und bekommt dann eine Stelle zugewiesen.

Obwohl die Weiterbildung freiwillig ist, kommt es praktisch nicht vor, daß eine angebotene Stellung nicht angenommen wird, weil die Höhe der Vergütung durch den Umfang der Weiterbildung mitbestimmt wird.

Nach Abitur und Bewerbung um einen Studienplatz wird nach Leistung die Zahl der vorhandenen Studienplätze besetzt (Numerus clausus). Männliche Bewerber müssen in der Regel den Wehrdienst abgeleistet haben. Jeder Studienbewerber muß eine Verpflichtungserklärung unterschreiben, nach Abschluß des Studiums drei Jahre lang dorthin zu gehen, wo der Staat ihn einsetzt.

Das Studium dauert sechs Jahre und besteht etwa zur Hälfte aus praktischen und theoretischen

Ausbildungsabschnitten, die während des gesamten Studiums abwechseln. Am Schluß absolviert der Student ein Internatsjahr in Kliniken und Polikliniken. Die Hauptprüfungen sind mündlich, Prüfungen in den Kursen auch schriftlich. Nach dem Staatsexamen (Approbation) wird der Arzt drei Jahre lang in vom Staat vorbestimmte Stellen eingewiesen, hiervon in der Regel mindestens ein Jahr in eine Poliklinik auf dem Lande.

Im Anschluß an die Pflichtdienstzeit kann sich der Arzt in jeder Gesundheitseinrichtung des Landes bewerben und dort nach Maßgabe der Entscheidung von Bewerberkommissionen eingestellt werden. Er hat dann auch die Möglichkeit, seine Weiterbildung zu vervollständigen.

Weiterbildungsgänge gibt es in den klinischen und theoretischen Fächern ähnlich wie bei uns, nicht jedoch in Allgemeinmedizin. Eine Kommission von Regierung und Medizinischer Akademie ist derzeit damit beauftragt, die Frage zu prüfen, ob ein Weiterbildungsgang in Allgemeinmedizin eingeführt werden soll. Nach Abschluß der Weiterbildung in einem großen Gebiet ist sowohl Teilgebiets-spezialisierung als auch Neubeginn einer Weiterbildung in einem weiteren Gebiet möglich.

Gehalt und „Zubrot“

Die meisten Ärzte bemühen sich um eine ständige Spezialisierung und Qualifizierung, weil sich u. a. hierdurch das Einkommen verbessern läßt. Das Grundgehalt beträgt etwa 200 Lewa, welches einer Kaufkraft von etwa 500,- DM entspricht. Hierbei sind jedoch lediglich Grundbedürfnisse wie Wohnung, Nahrung und Kleidung, nicht aber Luxusgüter zugrunde gelegt.

Die Bezahlung des Arztes wird grundsätzlich durch eine Expertenkommission festgelegt, die ihn

einstuft. Diese Kommission muß neben den Weiterbildungsqualifikationen die Länge der Dienstzeit berücksichtigen. Entscheidend für die Vergütung des Arztes sind aber oft andere Faktoren, wie z. B. die Beliebtheit bei den Patienten (Zahl der Beschwerdeschreiben und Dankschreiben). Außerdem spielt die wissenschaftliche Tätigkeit und ganz besonders die gesellschaftliche Aktivität, wie beispielsweise die Parteizugehörigkeit, eine Rolle.

Ferner kann es vorkommen, daß Ärzte im „Zweitberuf“ aktive Soldaten, Staatsbeamte oder bezahlte Parteifunktionäre sind. Neben dem Gehalt bekommen viele Ärzte Geschenke und Zuwendungen durch die Patienten. Solche Geschenke sind keine Voraussetzung für den „Zugang zum System“ oder für eine ordentliche Versorgung. Bisweilen mag sich der Patient von Sonderzuwendungen eine bessere Versorgung erhoffen. Grundsätzlich kann dies nicht der Fall sein, weil in den meisten Polikliniken noch am Tage der Terminanmeldung die Behandlung erfolgt und weil eine sachliche und saubere Organisation vorherrscht, in der hinreichend Kontrolle im Team etabliert ist, um Bestechungen von Teammitgliedern durch die Patienten vorzubeugen. Dessen ungeachtet mag es vorkommen, daß Patienten sich durch Sonderzuwendungen besondere Chancen, wie z. B. Kuranträge etc., „besorgen“ können.

Vorsorgeprogramme für Kinder und Mütter

Besonderes Gewicht wird der Bekämpfung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit beigemessen. In jedem Distrikt ist hierfür eine Hebamme zuständig, die die Schwangerenvorsorge nach einem festgelegten Screeningprogramm durchführt.

Kommt es im Verlauf des Vorsorgeprogrammes zu einem pathologischen Schwangerschaftsverlauf,

so wird die weitere Betreuung der Schwangeren an einen Gynäkologen delegiert. Abgesehen davon werden wenigstens zwei Untersuchungen vor der Geburt von einem Gynäkologen durchgeführt. Sämtliche Entbindungen erfolgen in der Klinik. Risikoschwangerschaften werden auf Spezialstationen betreut und in manchen Krankenhäusern in speziellen Kreißsälen entbunden.

1979 wurden auf 1000 gebärfähigen Frauen 63,6 Geburten und 69,1 Schwangerschaftsunterbrechungen gezählt. Von den Abtreibungen waren 10,8 Prozent Spontanaborte und 89,2 Prozent genehmigte artifizielle Aborte.

Über die Genehmigung des Abortes entscheidet eine Kommission, die sich aus einem Gynäkologen, einem Angehörigen des sozialen Dienstes und einem Juristen zusammensetzt. Bei Frauen über 40 Jahre wird eine Abtreibung immer genehmigt, desgleichen bei unverheirateten Frauen und bei Minderjährigen. Entschieden wird auf Antrag der Schwangeren. Verheiratete Frauen bekommen eine Abtreibung im allgemeinen dann genehmigt, wenn sie wenigstens 1 Kind haben.

Kindervorsorgeprogramme sind von der Geburt an bis zum Ende des dritten Lebensjahres eingerichtet. In dieser Zeit werden die Kinder mehrmals vom Pädiater untersucht. Frauen, die ihre Kinder nicht rechtzeitig zur Vorsorgeuntersuchung in der Poliklinik vorstellen, werden von der Distriktkinderschwester zu Hause aufgesucht. Familien mit Kindern wird der in den größeren Städten sehr knappe Wohnraum bevorzugt zugewiesen. – Die Kindersterblichkeit ist ständig rückläufig, jedoch auf dem Lande noch wesentlich höher als in der Stadt. Sprecher der Gesundheitsverwaltung erklären dies mit der geringeren Effizienz der Vorsorgeprogramme in den muslimisch besiedelten südlichen Landesstrichen. Diese „Ursachenanalyse“ ist jedoch allein

nicht ausreichend, weil auch in den nicht muslimischen Landesteilen die Kindersterblichkeit deutlich höher liegt. Vermutlich ist der Mangel an Fachpädiatern auf dem Lande sowie eine unbefriedigende Mitarbeit der Mütter bei der praktischen Verwirklichung der Vorsorgeprogramme die Ursache. In manchen Gegenden mögen auch der geringere Lebensstandard, Mängel in der öffentlichen Hygiene und die oft hohe Arbeitsbelastung der Mütter die Kindersterblichkeit mitbeeinflussen.

(Die Delegation von zehn Teilnehmern aus der Bundesrepublik Deutschland und Berlin [West] der Hans-Neuffer-Stiftung wurde von Prof. Dr. med. Wilhelm Heim, dem damaligen Präsidenten der Ärztekammer Berlin, geleitet. Die Teilnehmer der Studienreise [vom 24. Mai bis zum 6. Juni 1982] schulden den ärztlichen Kollegen in Bulgarien ebenso Dank wie den zahlreichen Repräsentanten von Universitäten, Krankenhäusern, Behörden und Ministerien für die freundliche Aufnahme und den stets kollegialen wie offenen Meinungsaustausch).

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. Klaus-Dieter Kossow
Arzt für Allgemeinmedizin
Tannenweg 9
2807 Achim-Uesen

VEREINIGTE STAATEN

Zulassungserleichterung

Durch einige neue Vorschriften soll das schwerfällige Zulassungsverfahren für Medikamente bei der US-amerikanischen Arzneimittelbehörde FDA beschleunigt werden. Am bedeutendsten ist die (noch geplante) Einräumung der Möglichkeit, eine Zulassung auch bereits ausschließlich aufgrund von ausländischen wissenschaftlichen Unterlagen zu erteilen. Voraussetzung dafür soll sein, daß die ausländischen Studien von anerkannten Wissenschaftlern stammen und ihre Ergebnisse auf die amerikanische Bevölkerung übertragbar sind. bt

Reagan: „Dschungel der Sozialprogramme“

Eine Umschichtung der Finanzierung sozialpolitischer Hilfen hat Präsident Reagan in seiner jährlichen Botschaft über die Lage der Nation an den Kongreß angekündigt. Die Verantwortung für eine Reihe dieser Programme, die zur Zeit den Bundeshaushalt 47 Milliarden Dollar im Jahr kosten, soll in den nächsten Jahren stufenweise auf die einzelnen Staaten übergehen. Dafür übernimmt der Bundeshaushalt vom Finanzjahr 1984 an die volle Finanzierung von Medicaid, dem Hilfsprogramm für die Zahlung der Krankheitskosten für Einkommensschwache.

Im letzten Finanzjahr waren für Medicaid 32,6 Milliarden Dollar Ausgaben der einzelnen Staaten veranschlagt, von denen 18,3 Milliarden Dollar als Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt kamen. Diese Zuschüsse sollen im Finanzjahr 1983 auf 17 Milliarden Dollar gekürzt werden.

In der unter der Bezeichnung Medicare bekannten Krankheitsversicherung für die Älteren, die voll vom Bund bezuschußt wird, sollen ab 1983 Einsparungen unter anderem durch Begrenzung der Arzthonorare und der Zahlungen für die stationäre Behandlung angestrebt werden. Trotzdem ist im Bundeshaushalt eine Ausgabensteigerung für Medicare von knapp 50 auf 55,4 Milliarden Dollar veranschlagt.

Präsident Ronald Reagan machte aber deutlich, daß es ihm bei der Umschichtung der Finanzierung nicht etwa lediglich um Einsparungen geht. Weder der Präsident noch der Kongreß könnten den Dschungel der verschiedenen Sozialleistungen noch überblicken, erklärte er in seiner Botschaft an den Kongreß. Leerlauf, Mißwirtschaft und Korruption, so fügte er hinzu, seien praktisch in alle Zweige von Medicare und Medicaid eingedrungen. gb