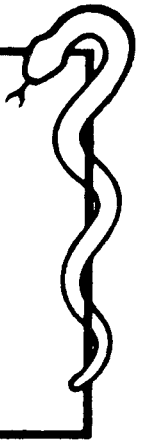


**Da fiel mir plötzlich ein,
das wäre eine einzigartige Gelegenheit,
eine völlig neue Art von Fakultät zu schaffen,
eine Fakultät,
die nicht den Arzt der Vergangenheit,
sondern den Arzt der Zukunft ausbilden würde -
den sozialen Arzt.***

verein
demokratischer
ärztinnen
und ärzte



* Henry E. Sigerist, 1891 - 1957, Medizinhistoriker in Zürich, Leipzig und Baltimore, Tagebuchnotiz vom 21.2.1940

**VEREIN DEMOKRATISCHER
ÄRZTINNEN UND ÄRZTE**

Programm
und Satzung

VEREIN
DEMOKRATISCHER
ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

PROGRAMM

VOM
9. NOVEMBER 1986
MIT

SATZUNG

2. Auflage

Stand: Oktober 1989

GESCHÄFTSSTELLE:
VDÄÄ
KURFÜRSTENSTR. 18
6000 FRANKFURT/MAIN 90
TEL.: 069/779366

INHALT

PROGRAMM

WARUM GRÜNDUNG EINES VEREINS DEMOKRATISCHER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE?	Seite 3
DIE FRAGE DER DEMOKRATISIERUNG MUT ZUR UTOPIE	Seite 4
AUS DER GESCHICHTE LERNEN	Seite 6
ÄRZTE GEGEN DEN ATOMKRIEG	Seite 7
DIE ZIVILE NUTZUNG DER ATOMENERGIE	Seite 9
DIE MEDIZINISCHE VERWENDUNG IONISIERENDER STRAHLUNG	Seite 10
UMWELT UND GESUNDHEIT	Seite 10
ÖFFENTLICHER GESUNDHEITSDIENST	Seite 11
FRAUEN IN DER MEDIZIN	Seite 12
AUSLÄNDISCHE ARBEITNEHMER; ASYLSUCHENDE; FLÜCHTLINGE	Seite 15
AUSLÄNDISCHE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE	Seite 15
KRANKHEIT UND SOZIALE LAGE	Seite 15
ARBEIT DARF NICHT KRANKMACHEN	Seite 17
ARBEITSLOSIGKEIT MACHT KRANK	Seite 18
MIBSTÄNDE IN DER STRUKTUR DES GESUNDHEITSWESENS	Seite 19
"BITTERE PILLEN" ODER DAS GESCHÄFT MIT DER KRANKHEIT	Seite 20
MEDIZIN IN DER "DRITTEN WELT"	Seite 21
GENTECHNOLOGIE UND MEDIZIN DER ZUKUNFT	Seite 22
DIE ÄRZTESCHAFT VON 1933 BIS 1945 - EINE UNTERLASSENE AUFARBEITUNG	Seite 24

GRUNDZÜGE EINER BEDARFSGERECHTEN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG

Seite 25

ÄRZTLICHE AUSBILDUNG

Seite 26

ÄRZTEKAMMERN; KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNGEN UND ÄRZTLICHES VERBANDSWESEN

Seite 28

AUFRUF

Seite 30

SATZUNG

Seite 31

PROGRAMM

beschlossen auf dem Gründungskongreß
am 8./9. November 1986 in Frankfurt am Main

WARUM GRÜNDUNG EINES VEREINS DEMOKRATISCHER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE?

Die zunehmende Bedrohung von Gesundheit und Leben der Menschen durch die Lebens- und Arbeitsbedingungen hat uns zusammengeführt, um zu beraten, uns zu verständigen und gemeinsam zu handeln. Es ist uns klar, daß Veränderungen und Lösungen nicht allein aus dem Gesundheitswesen kommen können. Das war nie anders, wird aber in Krisen besonders deutlich. Die Medizin ist nur ein, wenn auch wichtiger, Teilaspekt gesellschaftlichen Lebens und sozialer Abläufe. Die Einflußnahme auf die Politik mit dem Ziel der Veränderung der Lebens- und Arbeitsbedingungen muß hinzukommen, wenn die Lebensumstände, und damit die Gesundheitslage der Bevölkerung verbessert werden sollen.

In einer modernen Gesellschaft mit ihren konservativen Tendenzen, ihrer Wandlungsfähigkeit und ihren vielfältigen demokratischen Initiativen wirkt die ärztliche Berufsvertretung wie ein merkwürdiges Fossil. Die herrschende patriarchalische Kammerpolitik ist ein Anachronismus. Wie wollen denn Kammern in der Dauerhaltung ängstlicher Besitzstandswahrung und mit ihren Ritualen elitärer Abschließung einen "sittlich und wissenschaftlich hochstehenden Ärztestand" gewährleisten?

Doch diese Kammerpolitik, so überholt und antiquitiert sie wirkt, ist nicht ohne konkrete Funktion. Sie bindet ärztliche Berufspolitik an das konservative Lager, macht sie zum Instrument staatlicher "Kostendämpfung" mit Gesundheits- und Sozialabbau, erleichtert die Indienstnahme von Ärzten für Rüstungsforschung und militärische Zwecke und befördert die Verfilzung mit den Interessen der chemisch-pharmazeutischen Industrie.

Die andauernd praktizierte Tabuisierung alternativer und progressiver Ideen und die ständige Ausgrenzung nachrückender Ärztegenerationen führen den Demokratieanspruch der Ärzteschaft ad absurdum. An den Bastionen konservativer Standeshierarchie ist so mancher Liberalisierungsversuch abgeprallt. Rückgrat dieser Struktur war lange Zeit der seit seiner Gründung rechtslastige und auch heute deutlich rechts von der CDU stehende Hartmannbund, dessen Einfluß neuerdings eher stagniert. Der einst in seiner Gründungsphase gewerkschaftlich orientierte Marburger Bund trägt inzwischen die Zeichen ermüdeten und saturierter Anpassung.

Inhaltlich bewegen sich die Standesverbände auf ausgefahrenen Gleisen. Sie sind unfähig, Ideen und Konzepte zum Umgang mit den wichtigsten zeitgenössischen und zukünftigen Fragen der Entwicklung einer humaneren und sozialeren Medizin zu erarbeiten. Das Jahr 2000 verlangt aber nach solchen neuen Orientierungen und alternativen Lösungen. Ein neuer Anstoß ist erforderlich.

Deshalb haben wir uns zur Gründung einer neuen Gruppierung entschlossen:

**VEREIN DEMOKRATISCHER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE
WAS WOLLEN WIR ERREICHEN?**

DIE FRAGE DER DEMOKRATISIERUNG

Die Ersetzung ständischer Traditionen, hierarchischer Strukturen und Abhängigkeitsverhältnisse durch demokratische und gleichberechtigte partnerschaftliche Zusammenarbeit ist zwar in der Medizin ein schon in Gang gekommener Prozeß. Doch der gleichberechtigte Dialog zwischen Arzt und Patient ist immer noch eine seltene Ausnahme. Wir finden, daß der Patient mit seinen Gefühlen, Erlebnissen und Ängsten ernst genommen werden muß, daß der Patient für uns nicht nur Objekt sein kann.

Wenn die Weltgesundheitsorganisation die Erlangung des bestmöglichen Gesundheitszustandes als Grundrecht eines jeden Menschen bezeichnet, so muß der Patient als gleichberechtigter, ratsuchender, aber in seinen Angelegenheiten selbstentscheidender Gesprächspartner verstanden werden. Er hat Anspruch auf umfassende Auskunft auf seine Fragen. Er hat das Recht, gegenüber den vorgeschlagenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen Zweifel zu äußern und Alternativen zu suchen. Er hat Anspruch auf eine wahrheitsgemäß und verantwortungsvoll gestellte Prognose. Wenn die Unzulänglichkeit der Ausbildung auf psychosozialen Gebiet, der forcierte Sozialabbau und die Arbeitshetze, wenn die Unsicherheit in ihrer eigenen Berufsrolle Ärzte zunehmend zu hilflosen Helfern macht, so halten wir dies für ein alarmierendes Zeichen. Hilflosigkeit kann in Resignation und Zynismus umschlagen. Wir müssen versuchen, antisozialen Zynismus und Entsolidarisierungsdruck zu überwinden und uns auf ein partnerschaftliches Verhältnis zum Patienten einzulassen.

Die Durchsetzung demokratischer Strukturen und Verhaltensweisen ist auch in der beruflichen Zusammenarbeit eine Notwendigkeit und eine Chance. Wer arbeitet schon auf die Dauer gern an einem Arbeitsplatz, an dem es so irrationale Abhängigkeitsverhältnisse gibt, wie häufig im Gesundheitswesen? Viel sinnvoller ist eine gleichberechtigte Zusammenarbeit aller im Gesundheitswesen Tätigen, der Krankenschwestern und Krankenpfleger, der Psychologen, der medizinisch-technischen Berufe, der Sozialarbeiter und Ärzte. Die kollegiale Leitung von Krankenhäusern würde solche Zusammenarbeit erleichtern. Auch innerhalb des ärztlichen Kollegiums könnte es demokratischer zugehen. Ärztinnen und Ärzte sollten darauf verzichten, Rangordnungsunterschiede herauszukehren. Ärztliche Bezeichnungen, die andere Assoziationen wecken, wie "Oberarzt" oder "Chefarzt" oder "Obermedizinalrätin", sollten abgeschafft und durch sachliche Funktionsbezeichnungen ersetzt werden.

Chancengleichheit ist auf dem Gebiet von Krankheit und Gesundheit noch selbstverständlicher als auf anderen Gebieten menschlichen Zusammenlebens. Das hat sich schon an dem öffentlichen Echo auf die Diskussion um das Modell "Klassenloses Krankenhaus" erwiesen. Privilegienreservate im Krankenhaus und in der ärztlichen Praxis sind mit Sozialstaatsgebot und demokratischer Verfassung jedenfalls nicht vereinbar. Das einfachste psychologische Grundverständnis zeigt, daß das Arzt/Patienten-Verhältnis durch den Verdacht unterschiedlicher Art der Behandlung je nach sozialer Stellung und Geldbeutel schwer gestört werden muß.

Die Durchsetzung demokratischer Prinzipien im Gesundheitswesen ist allerdings abhängig von der allgemeinen Entwicklung des demokratischen Fortschritts, denn das Gesundheitswesen läßt sich nicht aus der Gesellschaft herauslösen. Es ist vielmehr eng

mit der Wirtschaftsstruktur verbunden. Insofern ist die Demokratisierung stets im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu sehen. Seitdem die tiefgreifende Wirtschaftskrise sich auch nachhaltig im Gesundheitswesen auswirkt, kommt es nicht nur zum Abbau sozialer Leistungen, sondern auch zur massiven Einschränkung und Behinderung der Rechte der Arbeitnehmer. Begünstigt wird diese Entwicklung durch Rationalisierungs- und Privatisierungsmaßnahmen, die dem privaten medizinisch-industriellen Komplex einen stärkeren Zugriff auf öffentlich garantierte Versorgung ermöglichen. Wir wehren uns gegen eine "Amerikanisierung" der Krankenversorgung, gegen die Übernahme marktradikaler Versorgungskonzepte, in denen humane Anliegen auf die Ebene von "Gewinn und Verlust" zurückgeschraubt werden. Für uns steht im Vordergrund ärztlichen Handelns die Orientierung an der sozialen Verantwortung unter demokratischen Arbeitsbedingungen. Wir gehen davon aus, daß dies in einem der reichsten Länder der Erde möglich ist.

Anregungen zur Demokratisierung lassen sich aber durchaus auch ausgehend vom Gesundheitswesen entwickeln. Es ist nicht Arroganz und Überheblichkeit, wenn wir uns "Demokratische Ärztinnen und Ärzte" nennen. Selbstverständlich sind demokratisches Bewußtsein und Engagement nicht an eine bestimmte Gruppierung gebunden. Es geht vielmehr darum, in der ärztlichen Berufspolitik Initiativen der Demokratisierung zu entwickeln. Insofern ist die Namensbezeichnung "Demokratische Ärztinnen und Ärzte" bewußt gewählt als Ausdruck gemeinsamer Einschätzung, daß mehr Demokratie durchgesetzt werden muß und als Ankündigung der Bereitschaft, uns dafür gemeinsam mit anderen einzusetzen.

Wer diesen Weg geht, wird nicht nur bei den Initiativen und Organisationen der Patienten und der Sozialversicherten und in dem traditionsreichen Feld der Arbeiter- und Gewerkschaftsbewegung Solidarität und Unterstützung finden. Wir betrachten den Deutschen Gewerkschaftsbund als eine wesentliche gesellschaftliche Kraft, die in der Lage ist, fortschrittliche gesundheitspolitische Veränderungen durchzusetzen. Auch unter den engagierten Liberalen, die Sozialstaat und demokratische Verfaßtheit weiterentwickeln wollen, und bei denjenigen Wertkonservativen, die die Verteidigung von Gesundheit und Leben gegenüber sich häufenden destruktiven Potentialen fordern, treffen wir auf Bündnispartner und Weggenossen. Zudem ist im letzten Jahrzehnt eine neue soziale und ökologische Bewegung entstanden, deren Denkweise und Handlungsstrategie zentrale Fragen von Gesundheit und Krankheit einbezieht. Mit allen diesen Bereichen, mit denen uns Sympathie und gemeinsame Zielsetzungen verbinden, wollen wir versuchen, zusammenzuarbeiten.

Demokratisierung bedeutet selbstverständlich auch im medizinischen Bereich die Beseitigung aller Benachteiligungen der Frau und die Unterstützung der diese Ziele verfechtenden Frauenbewegung.

Demokratische Entwicklung kann sich langfristig ungestört nur im Frieden entfalten, und ihre Befürworter sind schon deshalb auf eine entschiedene Zusammenarbeit mit der Friedensbewegung angewiesen.

Jeder approbierte Arzt, jede approbierte Ärztin ist Pflichtmitglied in einer Landesärztekammer. Dort werden Entscheidungen für die ärztliche Weiterbildung und Fortbildung getroffen, berufspolitische Weichenstellungen vorgenommen und gesund-

heitspolitische Aussagen gemacht, die die ärztliche Berufstätigkeit in entscheidender Weise prägen. Die Steuerungshebel des Zugangs zur ärztlichen Berufstätigkeit haben sich zum erheblichen Teil in die Kammern hinein verlagert. Auch in der ärztlichen Berufsgerichtsbarkeit verfolgen die Kammerführungen vor allem ständische Ziele. Die starre Denkweise und Haltung konservativer Standesfunktionäre geht vielen Kolleginnen und Kollegen gegen den Strich. Doch auch in diesem Bereich ist es möglich, von Fall zu Fall Mehrheiten für soziale und demokratische Alternativen zu gewinnen.

MUT ZUR UTOPIE

Das zunehmende Abweichen der konservativen ärztlichen Standespolitik von den Grundgedanken der Weltgesundheitsorganisation ist für uns Anlaß, diese wieder als Zielorientierung ärztlichen Handelns hervorzuheben und zu unterstreichen. Auch das von den UNO-Organisationen nach dem 2. Weltkrieg formulierte Recht auf Gesundheit wird in Standespublikationen nicht selten als unrealistisch hingestellt.

Wir bekennen uns aus sozialer Verantwortung zu den Grundsätzen der WHO: "Die Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Die Erlangung des bestmöglichen Gesundheitszustandes ist eines der Grundrechte eines jeden Menschen ohne Unterschied der Rasse, Religion, des politischen Bekenntnisses, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung." Wir sehen in dieser Definition eine deutliche Entsprechung zu Artikel 2 (2) unseres Grundgesetzes: "Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit."

Während im Deutschen Ärzteblatt von "Blühträumen" und einem "Irrweg der WHO" die Rede ist, begrüßen wir die Zielsetzungen der Weltgesundheitsorganisation für eine europäische Gesundheitspolitik. Chancengleichheit, aktive Beteiligung der Bevölkerung und internationale Zusammenarbeit - wir unterstützen das Programm "Gesundheit 2000" als einen Entwurf, der allerdings noch vieler Verbesserungen bedarf, und wollen daran mitarbeiten, die Ziele der Weltgesundheitsorganisation schrittweise zu verwirklichen.

Gesundheit ist mehr als medizinische Versorgung. Soziale Ungerechtigkeit, Armut, Unwissenheit, Umweltverschmutzung und Krieg sind ebenso wichtige Krankheitsursachen wie Bakterien und Viren, und soziale Gerechtigkeit und humane Konfliktbewältigung können genauso wirkungsvolle Heilmittel sein wie manche Medizin. Die These vom unpolitischen Arzt verbirgt nur das Verharren in überkommenen Sozialstrukturen und bei überholten Anschauungen der Vergangenheit. Eine Medizin, die wirklich heilen will, wird hinter die physischen und psychischen Symptome schauen, wird das gesamte Umfeld des Patienten zu ergründen trachten, um die Ursachen von Krankheit und die Bedingungen von Gesundheit zu erkennen. Die Barrieren zwischen Gesundheit und Politik sind künstlich, sie müssen abgetragen werden, weil sie bei der Bekämpfung von Krankheit und der Förderung von Gesundheit hinderlich sind.

AUS DER GESCHICHTE LERNEN

Es gibt einen Zusammenhang zwischen Ideengeschichte, der Überlieferung fortschrittlicher Entwürfe und dem Mut zur Utopie. So wie wir "Mut zur Utopie" haben, so finden wir viele unserer Ziele auch in der Geschichte der fortschrittlichen Ärztebewegung.

In der bürgerlichen Revolution von 1848 forderten Ärzte wie Rudolf Virchow, Salomon Neumann und Rudolf Leubuscher eine umfassende Demokratisierung und die Beseitigung von Privilegien. Für sie war die öffentliche Gesundheitspflege ein Glied der sozialen, wie der politischen Frage. Sie betrachteten die Demokratie als die erste Bedingung zur Lösung der sozialen Frage und sprachen sich aus für das gleiche politische Recht, die Vernichtung der Vorrechte, die Emanzipation der Person.

In diametralem Gegensatz zu den heutigen ärztlichen Standesvertretern und den konservativen Kräften forderten sie vom Staat die Sicherung des Rechts auf Gesundheit und die Verwirklichung gesundheitsgemäßer Lebensbedingungen. Ein Staat, der nicht bereit sei, die gesundheitlichen Lebensverhältnisse seiner Bürger zu sichern, verliere "jede sittliche Autorität".

Die Ziele von 1848 wurden nicht erreicht, die Forderungen blieben jedoch bis in die Gegenwart für die gesundheitspolitische Diskussion bestimmend. Die Ziele der sozialen Medizin, die nach 1900 formuliert wurden, finden sich in unserem Programm. In der Weimarer Republik repräsentierte u.a. der Verein sozialistischer Ärzte die Tradition der fortschrittlichen Ärztebewegung. Damals wirkten viele politisch unterschiedlich orientierte Ärzte im Sinne der heute von uns vertretenen Ziele, unter ihnen Georg Benjamin, Max Hodann, Julius Moses, Albert Niedermeyer, Wilhelm Reich, mit ihnen auch Alfred Döblin und Friedrich Wolf, die als Schriftsteller bekannt geworden sind. Die faschistische Machtergreifung unterdrückte ihre Ideen und beendete 1933 ihren Einfluß, aber nur für jene 12 Jahre in Deutschland. Denn ihr Widerstand ging im Exil und in der Illegalität weiter. Ihre Gedanken und Forderungen kehrten nach 1945 zu uns zurück und wirken auch heute noch weiter.

ÄRZTE GEGEN ATOMKRIEG

Einer wachsenden Zahl von Ärztinnen und Ärzten ist bewußt geworden, daß im Atomkrieg ärztliche Hilfe nicht mehr möglich ist und "die Überlebenden die Toten beneiden werden". Unter dem Druck der ärztlichen Friedensbewegung hat sich im Jahre 1982 der Deutsche Ärztetag dazu folgendermaßen geäußert: "Niemand kann der atomaren, chemischen und bakteriologischen Kriegsdrohung der Gegenwart gleichgültig gegenüberstehen, sie bedroht die ganze Menschheit. Als Ärzte warnen wir alle verantwortlich denkenden und handelnden Bürger vor der sich anbahnenden größten Katastrophe der Menschheitsgeschichte. Die Aufgabe aller Bürger ist es, jedem Krieg entgegenzuwirken, denn jeder Konflikt kann zur nuklearen Katastrophe eskalieren. Im Sinne einer langfristigen, konsequenten Friedenspolitik ist es erforderlich, daß erstens bei den Völkern in Ost und West Feindbilder abgebaut werden und wechselseitiges Vertrauen aufgebaut wird, zweitens die Bevölkerung über die Folgen und Wirkungen insbesondere der atomaren, chemischen und bakteriologischen Massenvernichtungsmittel rückhaltlos aufgeklärt wird, drittens keine weiteren Massenvernichtungsmittel entwickelt und die vorhandenen Bestände in allen Teilen

der Welt kontrolliert und abgebaut werden.“ Wir unterstützen das nachdrücklich. Daß andererseits die Bundesärztekammer durch die Propagierung einer sogenannten Katastrophenmedizin eine wehrmedizinische Formierung des Gesundheitswesens fördert, die Illusionen über den Charakter der Folgen eines Atomkrieges zu wecken geeignet ist, lehnen wir ab.

In Übereinstimmung mit der Studie der Weltgesundheitsorganisation "Auswirkungen eines Atomkriegs auf die Gesundheit und das Gesundheitswesen", nach der "der einzig mögliche Weg zur 'Behandlung' der gesundheitlichen Schäden von Kernwaffenexplosionen darin besteht, derartige Explosionen von vornherein zu verhindern, also in der Verhütung eines Atomkrieges", treten wir als Ärztinnen und Ärzte für weltweite Abrüstung ein. Die Notwendigkeit solchen Engagements ist durch die Verleihung des Friedensnobelpreises 1985 an die Internationalen Ärzte zur Verhütung des Atomkriegs, deren Ziele wir unterstützen, unterstrichen worden. Die Weltöffentlichkeit hat damit zum ersten Mal in der Geschichte die Bedeutung ärztlicher Friedensförderung anerkannt und als verdienstvoll geehrt.

Die Verpflichtung zur Hilfeleistung in jeder Notsituation ist ein Grundsatz, zu dem wir uns selbstverständlich bekennen. Die ärztliche Ethik fordert aber auch die Bereitschaft zur Vorbeugung gegenüber der Gefahr massenhafter Zerstörung von Gesundheit und Leben. Im Nürnberger Ärzteprozeß standen Ärzte nicht nur wegen Verbrechen gegen die Menschlichkeit, sondern auch wegen der Beteiligung und Vorbereitung von Kriegsverbrechen vor Gericht. Die Anwendung des hippokratischen Eides auf unsere Zeit verlangt ärztliches Engagement zur Verhinderung eines Atomkriegs.

Wir wenden uns deshalb gegen eine zunehmende Militarisierung der Medizin (z.B. durch eine Gesundheitssicherstellungs- oder Zivilschutzgesetzgebung, durch eine Zwangsfortbildung in Wehrmedizin bzw. Kriegsmedizin oder eine militärischen Erfordernissen dienende Katastrophenmedizin) und gegen eine damit verbundene Registrierung und Erfassung von Kolleginnen und Kollegen.

Unsere Aufmerksamkeit und Anstrengung gilt vielmehr der dringlichen Aufgabe der Verhinderung eines Krieges, insbesondere eines Atomkrieges. In der Zusammenarbeit mit der Friedensbewegung sehen wir eine wertvolle Verstärkung unserer Wirkungsmöglichkeiten.

Ob man es nun "Einfrieren", "Freeze" oder "Moratorium" nennt, wir sind für einen sofortigen Atomteststopp als wichtigen Schritt zum Abbau radioaktiver Gefährdung und zur Bremsung des Rüstungswettlaufs.

Wir warnen vor einer Aufrüstung im Weltraum. Da durch Raketenabwehrsysteme ein vollständiger Schutz gegen Atomwaffen nicht zu erreichen ist, würde das atomare Wettrüsten nur noch zusätzlich angeheizt werden. Die Kosten eines Raketenabwehrsystems werden auf viele hundert Milliarden Dollar veranschlagt. Umso mehr würde bei diesem Aufwand gelten, daß Rüstung auch schon im Frieden tötet: Krankheit, Hunger und Elend in vielen Teilen der Welt können durch eine Umwidmung des enormen wissenschaftlichen und finanziellen Aufwands, den das Wettrüsten verschlingt, verringert werden. Die Bewältigung der sozialen, gesundheitlichen und ökologischen Mißstände in der Welt aber ist die eigentliche Herausforderung für die Zukunft.

DIE ZIVILE NUTZUNG DER ATOMENERGIE

Die Risiken der zivilen Nutzung der Atomenergie sind zu hoch. Dies haben nicht erst die Unfälle von Harrisburg, Tschernobyl und die Hunderte von Störfällen in der Bundesrepublik Deutschland gezeigt. Schon im Normalbetrieb werden in den Atomkraftwerken und noch mehr in den Wiederaufbereitungsanlagen mehr als 200 Radioisotope mit Halbwertszeiten von bis zu Millionen Jahren erzeugt und entweder gelagert oder ausgestoßen. Ihre gefahrlose Beseitigung ist bis heute nicht möglich. In den wenigen öffentlich zugänglichen wissenschaftlichen Untersuchungen finden sich zahlreiche Hinweise auf erhöhte Raten von Leukämie, Kindersterblichkeit, Organkrebs-erkrankungen und Mißbildungen in der Umgebung von Atomkraftwerken.

Keine wie auch immer geartete Katastrophenmedizin ist in der Lage, gegen die Folgen der Radioaktivität wirksame kausale Hilfe zu leisten. Angesichts dieser unkalkulierbaren und auf absehbare Zeit nicht beherrschbaren Gefahren für die Gesundheit der Menschen dieser und der kommenden Generationen fordern wir den sofortigen Ausstieg aus der Atomenergie.

Was für Atomkraftwerke im allgemeinen zutrifft, gilt in viel stärkerem Maße für den Umgang mit Plutonium 239, wie er für die Bundesrepublik durch die Inbetriebnahme des Schnellen Brüters und die notwendig damit verbundene Wiederaufbereitungstechnik beabsichtigt ist. Der Umgang mit einem Radioisotop, dessen physikalische Halbwertszeit 24.000 Jahre beträgt, von dem 1 Millionstel Gramm genügt, um Lungenkrebs hervorzurufen, stellt eine unverantwortliche und durch nichts zu rechtfertigende Gefährdung der Menschen dar. Hinzu kommt die bedeutende Rolle dieses Materials für die Herstellung von Atombomben. Wenn durch die Plutoniumwirtschaft große Mengen dieses Materials zur Verfügung stehen werden, und andererseits nur 25 kg Plutonium 239 zur Herstellung einer Atombombe genügen, dann wird eine weltweite Verbreitung des atomaren Vernichtungspotentials wesentlich erleichtert werden.

Wir fordern daher die Beendigung der Bauarbeiten an der Wiederaufbereitungsanlage in Wackersdorf, die Nichtinbetriebnahme des Schnellen Brüters in Kalkar und den sofortigen Ausstieg aus der Plutoniumwirtschaft, insbesondere in den Hanauer Plutoniumbetrieben.

DIE MEDIZINISCHE VERWENDUNG IONISIERENDER STRAHLUNG

Bedeutende Bereiche medizinischer Diagnostik und Therapie werden von der Anwendung hochenergiereicher Strahlung bestimmt. Ohne die Röntgendiagnostik, ohne die Anwendung kurzlebiger Nuklide in der Szintigraphie, ohne die gezielte Zerstörung bösartiger Tumorzellen durch Radioaktivität wäre die moderne Medizin nicht denkbar, wären Erfolge im Kampf gegen bestimmte Krankheiten nicht möglich.

Dennoch gilt auch hier wie allgemein für die Anwendung medizinischer Technik, daß die Nebenwirkungen in einem zu vertretenden Verhältnis zur Hauptwirkung stehen müssen.

Durch die kommerzielle Anwendung besteht tendenziell die Gefahr der Mißachtung dieses Prinzips. Die Zuwachsrate radiologischer Diagnostik findet keine Entsprechung in einer Senkung der Morbiditäts- oder Mortalitätsziffern.

Mittel- und langfristig müssen andere bildgebende Verfahren die Röntgendiagnostik einschränken, sind in der Therapie bösartiger Tumoren andere mit weniger Nebenwirkungen verbundene Therapieformen zu erforschen und anzuwenden. Bis dahin sind strengste Indikationsstellung und die Unabhängigkeit von kommerziellen Interessen als Voraussetzung für die Anwendung ionisierender Strahlung zu fordern.

UMWELT UND GESUNDHEIT

Die Notwendigkeit und stärkere Hinwendung zu einer primär-präventiven Krankheitsbekämpfung ist unabweisbar. Dennoch werden dafür kaum finanzielle Mittel bereitgestellt und verbindliche Gesamtpläne erarbeitet. Umwelteinflüsse, wie die Vergiftung von Luft, Wasser, Boden und Nahrung, die Zerstörung städtischer Lebensräume durch das Vordringen gewinngesteuerten Industriewachstums, schlechte Arbeits- und Lebensbedingungen werden in zunehmendem Maße als die eigentlichen Hauptursachen von Volkskrankheiten erkannt. Mit dem sauren Regen, der die Wälder zertört, hat die Umweltverseuchung längst schon auf die gesundheitlichen Erholungsräume übergreifen, die die Bevölkerung eines dichtbesiedelten hoch-industrialisierten Landes dringend zur Regeneration braucht.

Wir werden diejenigen unterstützen, die der Umweltzerstörung den Kampf angesagt haben und nicht bereit sind, weiterhin zu dulden, daß Smog, Lärm, Kernkraftwerke und chemische Verseuchung von Lebensmitteln die Gesundheitslage der Bevölkerung gefährden.

Wir fordern die Einrichtung von Institutionen für Umweltmedizin, die Schaffung von Planstellen für Umweltingenieure und weitere ökologische Spezialisten in den Gesundheitsämtern, wo der Gesundheitsschutz durch Verhinderung von Umweltverseuchung zur wichtigsten Aufgabe werden muß. Wir fordern die Verankerung des "Arztes für Umweltmedizin" in der ärztlichen Weiterbildungsordnung, sowie entsprechende Ausbildung von Medizinstudenten und in anderen umweltschutzorientierten Berufen.

Epidemiologische Untersuchungen sind geeignet, den Zusammenhang von sozialen und Umwelteinflüssen auf Gesundheit und Krankheit nachzuweisen. Dadurch können Krankheitsursachen aufgedeckt und beseitigt werden. Erinnert sei an die Untersuchungen über die Säuglingssterblichkeit, die Tuberkulose und die Herz-Kreislaufkrankungen, die solche Beziehungen erkennen ließen. Im internationalen Vergleich ist die sozialepidemiologische Forschung in der Bundesrepublik unterentwickelt.

Die Gefährdung der Bevölkerung durch Kanzerogene muß untersucht und zugleich ein Weg gefunden werden, die persönlichen Daten zu schützen. Krebsregister können dazu beitragen, entscheidende Quellen der Gesundheitsgefährdung genauer zu bestimmen. Wir fordern regelmäßige, verständlich formulierte, abrufbare Informationen über die Schadstoffbelastung in Wasser, Boden und Luft und über die entsprechende Gesundheitsgefährdung, insbesondere von bestimmten Risikogruppen. Die Transparenz der Ursachen ökologischer Verseuchung und gesundheitlicher Gefährdung muß hergestellt werden, um über die Früherkennung hinaus die primäre Prävention, d.h. die Verhinderung der Entstehung von Krankheit, durchführen zu können.

ÖFFENTLICHER GESUNDHEITSDIENST

Die seit Anfang der 70er Jahre anhaltende ökonomische Krise wirkt sich auch im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) aus.

Seine eher schlecht als recht entwickelten primär- bis tertiärpräventiven Arbeitsfelder und Aufgaben (Vorsorge und Früherkennung, Beratung und Behindertenbetreuung) werden weiter beschnitten.

So werden staatlich garantierte und finanzierte Impfprogramme zu Lasten der Krankenversicherten privatisiert, werden staatlich mitfinanzierte Modellprojekte wie Familien - Hebammen - Systeme ausgetrocknet, werden die ganze Kindheit und Jugend begleitende, umfassende Kinder- und Jugendgesundheitsdienste und Sozial-Psychiatrische-Dienste am Gesundheitsamt eingeschränkt oder eingespart, wird laut über die Einführung eines neunten Untersuchungstermins im sogenannten Kinderfrüherkennungsprogramm mit ca. fünf Jahren für Kassenärzte nachgedacht, anstatt den notwendigen Ausbau öffentlicher Kinder- und Schulärztlicher Tätigkeit anzugehen, etwa im Sinne vorgezogener Einschulungsuntersuchungen im Kindergartenalter für alle Kinder.

In den vergangenen 30 Jahren hat die Zahl der Ärzte und Sozialarbeiter im ÖGD stetig abgenommen und die Zahl der Gesundheitsaufseher und Desinfektoren als Indikator für die Hygieneaufsicht und das Verwaltungs- und Schreibpersonal zugenommen.

Demnächst soll es von Niedersachsen bis Bayern Landesgesetze für den ÖGD geben. Damit werden endlich gesetzliche Regelungen aus der Zeit des Faschismus (Vereinheitlichungsgesetz von 1934) abgelöst. Doch die Praxis des Sozialabbaus bei gleichzeitiger Privatisierung (Selbstbeteiligung, Leistungseinschränkungen in den Sozialversicherungen, etc.), die Praxis der Nachordnung öffentlicher Leistungen gegenüber privaten Anbietern bei gleichzeitiger persönlicher Haftbarmachung der Bürger und Familien für ihre Leiden läßt befürchten, daß die Aufgaben und Kompetenzen des ÖGD weiter eingeschränkt und auf ein zwingend gesetzlich vorgeschriebenes Maß reduziert werden. Begleitet wird diese Entwicklung von einer Stigmatisierung bestimmter Bevölkerungsgruppen, einer nahezu ausschließlichen Randgruppen-Betreuung der öffentlichen Hand unter dem Vorzeichen von Subsidiarität, ebenso wie

von einer Praxis der Individualisierung sozialer Risiken und gesundheitlicher Belastungen (mehr Eigenverantwortung, Selbsthilfe, Gesundheitserziehung statt gesundheitsfördernder und -erhaltender Lebens- und Arbeitsbedingungen, statt wirksamem und konsequentem Umweltschutz). Während im Rahmen der AIDS-Diskussion die berechtigten Ängste der Bürger in Richtung ordnungsrechtlicher Verschärfung mit Melde- und Untersuchungspflicht, Isolierung und möglicher Zwangsbehandlung Einzelner im ÖGD kanalisiert werden sollen, wachsen die gesundheitlichen Belastungen und Bedrohungen der Bevölkerung einerseits und die Profite der großen Industrie andererseits. Dabei droht die immer notwendiger werdende, längst überfällige Neuorientierung unseres Sozial- und (nicht nur öffentlichen) Gesundheitswesens auf die Verhinderung sozialer und gesundheitlicher Risiken und Schäden weiter versäumt zu werden. Es droht, der Blick vom Sozialstaatscharakter und von gesellschaftlicher Solidarität einerseits und von dem Verursacherprinzip andererseits abgelenkt zu werden.

Um eine Programmatik zur angemessenen Einbettung eines noch näher zu definierenden zukünftigen öffentlichen Gesundheitswesens muß weiter gerungen werden, um einen ÖGD, der seinen Aufgaben des Gesundheitserhaltens in Kooperation mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen und -diensten gerecht wird, der seinen zu erweiternden Umweltschutz-Kompetenzen entsprechen kann und dessen Begutachtungspraxis demokratisch legitimiert und kontrolliert ist. Geschichtliche und aktuelle Fehlentwicklungen würdigend widersetzen wir uns aber schon jetzt neuerlichen Versuchen und Praktiken einer Vereinnahmung gerade auch des ÖGD für militärische (sogenannter Katastrophenschutz im Rahmen von sogenannten Zivilschutzgesetzen etc), ordnungsrechtliche bzw. polizeistaatliche (Asylantenrecht, AIDS-Problematik, Unterbringungsgesetze) und sozialdarwinistische Interessen (Sozialabbau, Privatisierung, Subsidiarität, Randgruppenbetreuung etc.) bei gleichzeitigem Abbau vor- und fürsorglicher Kapazitäten und Potenzen des ÖGD.

FRAUEN IN DER MEDIZIN

Die gesetzlich garantierte Gleichstellung von Mann und Frau ist im Gesundheitswesen weder bei den dort Arbeitenden noch bei den Patientinnen, noch in den gesundheits- und berufspolitischen Gremien verwirklicht. Die soziale Ungleichheit von Mann und Frau widerspricht demokratischen Grundsätzen. Vielfältige gesellschaftliche und soziale Bedingungen verhindern jedoch, daß Frauen ihre Rechte voll in Anspruch nehmen können.

So sind 28 Prozent aller approbierten Ärzte Frauen, unter den unfreiwillig arbeitslosen, nicht berufstätigen Ärzten sind indessen 45 Prozent Frauen (1985). Mit der Begründung von Kosteneinsparung vorgenommene Stellenkürzungen treffen Ärztinnen ungleich härter als ihre männlichen Kollegen. Vor allem Berufsanfängerinnen sind bei der Stellensuche nicht selten erheblichen Diskriminierungen ausgesetzt. Schlüsselpositionen und ganze Bereiche der Medizin - nicht zuletzt in der Frauenheilkunde - werden fast ausnahmslos von Männern besetzt. Wie schwer den Frauen der berufliche Aufstieg gemacht wird, läßt sich auch daran erkennen, daß nur 3,5 Prozent

aller Chefarztstellen mit Frauen besetzt sind, während ihr Anteil bei den Studienanfängern noch über 40 Prozent liegt.

Wir fordern die Aufhebung jeglicher Benachteiligung von Ärztinnen bei Stellenbesetzungen und sehen dies gegenwärtig nur durch eine Quotierung entsprechend der Zahl der Approbierten gewährleistet. In der ärztlichen Berufspolitik ist ebenfalls durch eine Quotierung entsprechend ihrem Anteil an den Kammermitgliedern eine Veränderung der Situation zu erreichen.

Die soziale Benachteiligung der Frauen zeigt sich - allerdings in unterschiedlicher Weise - auch in den Berufsgruppen des Gesundheitswesens, in denen die Frauen eindeutig in der Mehrzahl sind, angefangen beim Pflegepersonal, über Krankengymnastinnen, Arzthelferinnen bis zu den Reinigungskräften. Die Frauen arbeiten zumeist in abhängigen Positionen, führen untergeordnete Tätigkeiten aus, für die sie schlecht bezahlt werden. Darüber hinaus ist die Arbeitslosigkeit in manchen dieser Berufsgruppen relativ hoch.

Andererseits zeichnen sich die meisten überwiegend von Frauen besetzten Berufsgruppen durch eine besondere "Nähe zum Patienten" aus und sind für eine humane Behandlung in der Medizin entscheidend wichtig. Die für eine humane Versorgung notwendige Zeit zur Betreuung der Patienten wird durch Personalverknappung mehr und mehr reduziert. Die Rationalisierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen wirken sich so für die dort Arbeitenden wie für die Patienten nachteilig aus. Die seit Jahren auch von gewerkschaftlicher Seite getragene Forderung nach ganzheitlicher oder patientenorientierter Pflege und mehr Autonomie des Pflegepersonals beispielsweise wird durch Stellenkürzungen systematisch verhindert.

Zunehmende Versorgungslücken und abnehmende sozialstaatliche Leistungen sollen nach dem staatlich verordneten Subsidiaritätsprinzip ehrenamtlich durch Familie und organisierte Selbsthilfe aufgefangen werden. Das aber heißt vor allem Selbsthilfe auf dem Rücken von Frauen auszutragen. Frauen werden wieder mehr als billige Arbeitskräfte für karitative Zwecke ausgenutzt, statt für ihre Arbeit entsprechend qualifiziert und bezahlt zu werden.

Das naturwissenschaftliche Krankheits- und Behandlungsmodell der von Männern dominierten Medizin benachteiligt Frauen als Patienten dadurch, daß sie an männlichen Normen gemessen werden. Im Vergleich zu Männern werden die Symptome von Frauen oft weniger ernst genommen. Eine Folge davon ist der besonders starke Anstieg chronischer Erkrankungen bei Frauen. Die höhere Lebenserwartung der Frauen geht mit häufigeren Erkrankungen und oft schlechterer Lebensqualität einher. Typisch weibliche Beschwerden oder Befindlichkeiten werden über die Medizin zu Krankheiten erklärt und profitbringend medizinisch behandelt (z.B. Menstruation, Klimakterium). Ihre psycho-sozialen Zusammenhänge werden vernachlässigt. Statt Selbständigkeit und Selbstheilungskräfte zu fördern, trägt die Medizin dazu bei, daß Frauen zum "schwachen Geschlecht" gemacht werden.

Die Angriffe auf die Selbstbestimmung der Frauen über ihren Körper zeigen sich besonders deutlich in der sich weiter verschärfenden Diskussion um die Strafrechtsparagrafen 218 und 219, in der von einem grundsätzlichen Interessenkonflikt zwischen der schwangeren Frau und ihrer Leibesfrucht ausgegangen wird. Wir sehen in der Frau den effektivsten Schutz der Leibesfrucht und wenden

uns gegen eine Argumentation, die nicht die biologische und psychische Einheit von schwangeren Frauen und Embryo zur Grundlage hat. Kriminalisierung von Frauen und Ärztinnen verhindert keine Schwangerschaftsabbrüche, vielmehr ist die Folge, daß Frauen unter menschenunwürdigen, gesundheitsgefährdenden Bedingungen illegal ihre ungewollte Schwangerschaft abbrechen. Aus dieser Erkenntnis fordern wir die Streichung des §§ 218 und 219 aus dem StGB und stattdessen eine außerstrafrechtliche Regelung, die eine flächendeckende Versorgung mit Beratungseinrichtungen und Möglichkeiten zum ambulanten Schwangerschaftsabbruch sicherstellt. Es muß gewährleistet sein, daß kein Schwangerschaftsabbruch gegen den erkennbaren Willen der Frau vorgenommen wird und daß kein(e) Arzt/Ärztin dazu gezwungen werden kann, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen, noch ihn zu unterlassen, wenn er im Rahmen der legalen Möglichkeiten handelt. Zur Prävention ungewollter Schwangerschaften fordern wir darüber hinaus die kostenlose Bereitstellung von Verhütungsmitteln und entsprechender Beratung unter besonderer Berücksichtigung der Aufgabe, das Bewußtsein von Männern für die Verantwortung für ihre Zeugungspotenz zu schärfen.

Kostenaufwendige, hochspezialisierte Reproduktionstechniken, die psychische und umweltbedingte Ursachen von Sterilität außer acht lassen, die Fortpflanzungsfunktion auf die Reproduktionsorgane reduzieren und die Frauen langwierigen und teilweise entwürdigenden Prozeduren unterwerfen, lehnen wir ab.

Setzt man den hohen Kostenaufwand für diese Forschung ins Verhältnis zur geringen Zahl betroffener Patientinnen und den nach wie vor niedrigen Erfolgsquoten, so drängt sich der Verdacht auf, daß es hier weit mehr um schwer durchschaubare Forschungsinteressen als um die betroffenen Frauen geht. Die Vorstellung, daß mit den entnommenen Eizellen Menschen zu Forschungszwecken gezüchtet werden könnten, sollte jede Frau (wie auch den Mann) davon abhalten, sich dafür zur Verfügung zu stellen.

Wir lehnen diese Form der Sterilitätsbehandlung ab, fordern jedoch mehr Gelder für die ganzheitliche Erforschung der Sterilität und ihre adäquate Behandlung.

AUSLÄNDISCHE ARBEITNEHMER, ASYLSUCHENDE, FLÜCHTLINGE

Die Gesundheitsversorgung der über 4 Millionen Ausländer in der BRD ist schlecht. Die spezifischen Charakteristika dieser Bevölkerungsgruppe werden von der Kassenärztlichen Vereinigung und den Ärztekammern nicht berücksichtigt. Besonders schlimm wirkt sich dieses Faktum bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung aus, wo Mangel an Sprachkenntnissen und vor allem die Unwissenheit der hiesigen Ärzte über soziale und kulturelle Gegebenheiten der Ursprungsregionen eine erfolgreiche Behandlung unmöglich machen.

Aber auch in den anderen Bereichen der Medizin ist die Versorgung schlecht. Paternalistisch-autoritäres Verhalten vieler Ärzte gegenüber Ausländern verhindert die Entstehung eines partnerschaftlichen, d.h. eines auf Gleichberechtigung basierenden Vertrauensverhältnisses, was sich negativ auf die Gesundheit der Patienten auswirkt. Täglich müssen ausländische Arbeiterinnen und Arbeiter, die aus Krankheitsgründen

für arbeitsunfähig erklärt werden müssten, Erniedrigungen durch Ärzte erfahren. Oft werden sie als Schmarotzer, Drückeberger, Faulenzer usw. beleidigt. Wir müssen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch auf die Politiker und Verwaltungen, einwirken, damit in jeder Stadt, in jedem Kreis, in denen viele Ausländer wohnen, ausländische Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen sich niederlassen können. Die Niederlassung eines ausländischen Arztes muß unter den gleichen Bedingungen wie die eines deutschen Arztes erfolgen.

AUSLÄNDISCHE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Etwa 10.000 ausländische Ärzte arbeiten seit Jahren in der BRD, hauptsächlich in den Krankenhäusern. Sie erhalten auf Antrag Arbeitserlaubnis nach § 10 der BÄO von Sozialministerien oder Regierungspräsidenten, die befristet und an die Arbeitsstelle gebunden ist. Die Ärzte, die zum Teil im Ausland, jedoch in der Mehrzahl hier studiert haben, sind der Willkür ihrer Verwaltungen und ihrer Chefärzte ausgeliefert. Nach Beendigung der Facharztausbildung erhalten sie keine Arbeitserlaubnis mehr. Der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte wird sich dafür einsetzen, daß die ausländischen Kollegen unter den gleichen Bedingungen wie die deutschen Ärzte arbeiten können. Ein notwendiger Schritt auf diesem Weg ist die Schaffung eines Beauftragten für ausländische Ärztinnen und Ärzte im Beirat jeder Landesärztekammer.

KRANKHEIT UND SOZIALE LAGE

Soziale Unterschiede zwischen arm und reich sind bis heute im internationalen Nord-Süd-Gefälle, auch in Europa, die entscheidende Grundlage der Chancenungleichheit auf dem Gebiet von Krankheit und Gesundheit. Auch in der Bundesrepublik Deutschland ist Chancengleichheit auf dem Gebiete der Gesundheit und im Gesundheitswesen noch keineswegs gewährleistet. So weit sozialepidemiologische Untersuchungen vorliegen, ist sichtbar geworden, daß bei der Verteilung und Häufung von Krankheiten, beim Krankenstand, bei der gesundheitsrelevanten Beschaffenheit von Wohnung und Wohnumfeld, Nahrung, Arbeitsbedingungen, und in der Lebenserwartung charakteristische soziale Unterschiede existieren. Das gleiche gilt für die medizinische Versorgung. Der Teufelskreis von gesellschaftlicher Benachteiligung und vorzeitigem Gesundheitsverschleiß besteht weiter. *Weil Du arm bist, mußt du eher sterben.* Daran hat sich auch nach Einführung der Krankenversicherung nichts Entscheidendes geändert. Die ungesündere, belastendere Lebensweise, die man den unteren Gesellschaftsschichten aufzwingt, prägt in entscheidender Weise die Gesundheitslage der Mehrheit der Bevölkerung.

Während Probleme wie Dauerarbeitslosigkeit, neue Armut, Renten- und Krankenkassenfinanzkrise schon ticken wie eine Zeitbombe, kündigen sich mit der mikroelektronischen Revolution und weiteren technologischen Innovationen neue sozial und gesundheitlich brisante Entwicklungen an. So die "Freisetzung" weiterer Teile der Bevölkerung von Erwerbsarbeit, die gleichzeitig zunehmende Überforderung der

noch in Arbeit Stehenden und die wieder zunehmende Tendenz der beruflichen Benachteiligung der Frauen, ihre Diskriminierung bei der Bewerbung um einen Arbeitsplatz. Schon heute gibt es an die 3 Millionen Sozialhilfeempfänger.

Statt nach wirklichen Lösungen zu suchen, werden die Probleme eher verharmlost, beschönigt oder übertüncht. Schlimmer noch: Von der konservativen CDU/CSU/-FDP-Koalition werden Schritt für Schritt Zielsetzungen verfolgt, die die durch die ökonomische Dauerkrise hervorgerufene Notsituation im Gesundheitswesen noch verschärfen. Es geht weiter in Richtung auf massiven Sozialabbau, Gefährdung des Solidarprinzips und Aushöhlung des Sachleistungsprinzips in der Sozialversicherung und verstärkte Reprivatisierung. Die Sozialversicherten werden in der Stunde der Not durch "Selbstbeteiligung" zusätzlich zur Kasse gebeten. Immer neue Hebel der Kostenumwälzung auf Kranke, Behinderte, sozial Schwache und Rentner werden angesetzt, alles unter der Parole, "Sozialbarock" müsse abgebaut, "Anspruchsdanken" müsse zurückgeschraubt, eine "Luxusmedizin" müsse vermieden werden, während doch in Wirklichkeit Privileg und Luxus ganz wo anders zu finden sind, z.B. dort, wo private Bezahlung und private Versicherung den Weg zum Arzt und die Situation im Krankenhaus erleichtern.

Es kann nicht hingenommen werden, daß durch die "Selbstbeteiligungspolitik" die soziale Ungleichheit weiter verschärft wird. Durch werden die einkommensschwächsten Gesellschaftsgruppen, die zudem die höchsten Krankheitsrisiken tragen, am stärksten belastet. Die Forderung nach Ausweitung der Eigenverantwortung von Kranken geht leichtfertig mit der wissenschaftlichen Erkenntnis um, daß viele Krankheiten durch die Arbeits- und Lebensbedingungen verursacht werden, auf die die Betroffenen als Einzelne so gut wie keinen Einfluß haben und daß Patienten allein nur sehr selten in der Lage sind, die medizinischen Konsequenzen erster Krankheitsbeschwerden beurteilen zu können. Die Suche nach den sogenannten individuellen "Risikofaktoren" verschleiern diesen Zusammenhang, wenn sie nicht in ein Arbeitsmodell primär präventiver Gesundheitssicherung eingegliedert ist.

Für uns Ärztinnen und Ärzte und die im Gesundheitswesen Beschäftigten bedeutet forciert Abbau mit Demontage medizinischer und sozialer Versorgungseinrichtungen eine Verschlechterung der Krankenversorgung und eine Erschwerung unserer Arbeitsbedingungen. Verringerung der Kasseneinnahmen, Streichung von Krankenhausbetten und Planstellen, Schließung von Stationen, Kur- und Behandlungseinrichtungen, das alles trifft zugleich Patienten, Ärzte und alle anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Deshalb halten wir es für notwendig, daß die Sozialversicherten mit ihren Gewerkschaften und die Ärzteschaft sich gemeinsam gegen den Sozialabbau zur Wehr setzen. Das Interesse an einer guten Gesundheitsversorgung braucht keineswegs im Widerspruch zu den Existenzbedingungen des ärztlichen Berufes zu stehen. Die Tendenz, den gesetzlich krankenversicherten Patienten immer mehr Kosten aufzuladen, muß gestoppt werden. Sie steht im Widerspruch zur gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung. Die angebliche "Kostenexplosion" im Gesundheitswesen ist angesichts des seit Jahren gleichgebliebenen Anteils der Gesundheitsausgaben am Sozialprodukt nur ein Vorwand, um noch mehr Kosten auf die Versicherten abzuwälzen und die Betroffenen auch noch zu Schuldigen der ange-

spannten Kostenlage abzustempeln. Wir fordern daher: Die Ausgaben der Versicherten für die Gesundheit müssen begrenzt werden. Das sich ergebende Defizit der Krankenkassen ist durch eine Erhöhung der Arbeitgeberanteile und durch Steuergelder zu finanzieren. Die sogenannte "Selbstbeteiligung" ist rückgängig zu machen.

Wir fordern eine Vereinheitlichung der in mehr als 1000 Krankenkassen zersplitterten Krankenversicherung, die Abschaffung der Privaten Krankenversicherungen und die Aufhebung der Pflichtversicherungshöchstgrenze. Denn nur so können die Krankenkassen zu einer Solidargemeinschaft werden, in der alle gemeinsam die finanziellen Lasten übernehmen - auch und gerade diejenigen mit den höchsten Einnahmen und den geringsten Risiken.

ARBEIT DARF NICHT KRANKMACHEN!

Ist es nicht eigentlich eine Selbstverständlichkeit, daß Arbeit nicht krankmachen soll, sondern vielmehr ein Teil der Entfaltung der menschlichen Persönlichkeit unter gesunden Bedingungen sein sollte, eher Freude machen sollte als die Menschen in tiefe Depressionen zu treiben? In der Realität unseres Alltags aber haben wir uns allzusehr daran gewöhnt, daß an sehr vielen Arbeitsplätzen unter krankmachenden, entwürdigenden und psychisch und sozial unerträglichen Bedingungen gearbeitet werden muß.

Obwohl die Zahl der Arbeitsunfälle in den letzten drei Dekaden verringert werden konnte, werden immer noch Jahr für Jahr mehr als 1 Million Arbeitsunfälle registriert. Unter der Chemisierung von Arbeitswelt und Umwelt beobachten wir eine rasante Zunahme gefährlicher Arbeitsstoffe, deren Auswirkungen auf die Gesundheit kaum noch überblickt werden, geschweige denn unter Kontrolle gebracht werden. Man darf sich nicht mit der Festlegung zulässiger Höchstwerte begnügen. Vielmehr muß der Kontakt mit krebserregenden Stoffen prinzipiell verhindert werden. Berufskrebsrisiken in unbekannter Vielfalt und Intensität treten auf, deren genaue Kenntnis die Voraussetzung der Abwehr der Gefahren wäre. Eine solche Vielfalt gesundheitlicher Gefährdung und Überbelastung, einseitiger Teilbeanspruchung und Mißachtung menschlicher Bedürfnisse hat sich angehäuft, daß an den Folgen nahezu die Hälfte der Erwerbstätigen durch Frühinvalidität vorzeitig aus dem Arbeitsleben ausscheiden muß.

Sofern Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten auftreten, gilt es Entschädigungen durchzusetzen, die der tatsächlichen Minderung der Erwerbsfähigkeit entsprechen. Aber die Probleme werden nicht durch Entschädigungen - so wichtig diese für die Individuen sind! - gelöst. Wichtiger ist, den Ursachen nachzugehen und Abhilfe zu schaffen, damit keine weiteren Erkrankungsfälle auftreten.

Hier sind die Betriebsärzte gefordert. Seit Inkrafttreten des Arbeitssicherheitsgesetzes im Jahre 1974 sind nunmehr zwölf Jahre vergangen; nahezu alle größeren gewerblichen Betriebe werden inzwischen betriebsärztlich versorgt. Allerdings fehlt es an Kontrollen der betriebsärztlichen Tätigkeiten durch die Gewerbeaufsichtsämter. Es wird vermutet, daß viele der im Arbeitssicherheitsgesetz aufgeführten betriebsärztlichen Aufgaben nur unzureichend wahrgenommen werden. Das Gesetz fordert, den Zusammenhängen von Arbeitsbedingungen und Krankheitszuständen nachzugehen,

die Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen aufzuzeigen. Daß diesen Verursachungsfaktoren nur unzureichend von den Betriebsärzten nachgegangen wird, zeigt die Tatsache, daß Anzeigen über den begründeten Verdacht einer Berufskrankheit nur selten von den Betriebsärzten erstattet werden.

Im Betrieb angestellte Ärzte haben allzu sehr das Problem, daß sie in zu enger Berührung mit der Geschäftsleitung stehen. Besser ist deshalb eine betriebsärztliche Betreuung durch überbetriebliche Zentren - insbesondere der Berufsgenossenschaften, in denen die Arbeitnehmer die paritätische Mitbestimmung haben. Zu fordern ist, daß der Betriebsrat auch bei der Betreuung durch ein überbetriebliches Zentrum ein Mitspracherecht hat. Überhaupt hat die Arbeit des Betriebsarztes in enger Kooperation mit dem Betriebsrat zu geschehen; dies setzt aber voraus, daß der Betriebsarzt kein Instrument des Unternehmers ist. Seine Unabhängigkeit ist die beste Bürgschaft für sein erfolgreiches Mitwirken bei der Humanisierung der Arbeitswelt.

ARBEITSLOSIGKEIT MACHT KRANK

Früher hat es Kreise gegeben, die nicht recht glauben wollten, daß Arbeitslosigkeit krank machen kann. Aber schon 1931 beschrieb der Reichstagsabgeordnete Julius Moses den Zusammenhang in seiner Veröffentlichung: "Arbeitslosigkeit: Ein Problem der Volksgesundheit". Die Studie "Die Arbeitslosen von Marienthal" von Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel erschien 1933. Damals bereits stellte man die körperlichen und psychischen Gesundheitsschäden, sowie die Verschleppung und Chronifizierung bestehender Krankheiten unter der Arbeitslosigkeit mitsamt ihren Konsequenzen fest.

Jahrzehntelang bemäntelten Standesfunktionäre ihre fehlende Kenntnis von krankmachenden Sozialumständen und Arbeitsbedingungen mit ständigen Hinweisen auf den relativen materiellen Wohlstand der Bevölkerung. Selbst über 2 Millionen Arbeitslose als Dauererscheinung haben vielen Zynikern der Selbstverantwortungs-ideologie noch nicht die Sprache verschlagen. Was sich in Familien von Arbeitslosen an medizinischen und sozialen Tragödien abspielt, wird in keiner Statistik erfaßt. Praktiken und Schikanen, von denen man geglaubt hatte, sie gehörten der Vergangenheit an, nehmen unter dem Damokles-Schwert drohenden Arbeitsplatzverlustes in Büros und Fabriken wieder massiv zu und erzeugen medizinische und psychische Probleme, zu deren Lösung die Medizin allein - insbesondere unter den Bedingungen der sozialen Kürzungspolitik - nicht in der Lage ist. Hier müssen politische Impulse von einer sozial verantwortlichen Ärzteschaft ausgehen, zu denen die gegenwärtige Führungsschicht in den ärztlichen Standesorganisationen nicht fähig ist.

Im Interesse der Humanisierung der Arbeitswelt und zur Verbesserung der Existenzbedingungen und der Gesundheitslage der Bevölkerung fordern wir die 35 Stunden-Woche bei vollem Lohnausgleich als Schritt auf dem Wege zur Herstellung der Vollbeschäftigung und als Beitrag zur international angestrebten Verwirklichung des Rechts auf Arbeit.

MIßSTÄNDE IN DER STRUKTUR DES GESUNDHEITSWESENS

Die Struktur unseres technologisch zweifellos hochentwickelten, jedoch human und sozial in mancher Beziehung fehlentwickelten Gesundheitswesens ist durch die starke Verselbständigung seiner Teilbereiche gekennzeichnet. Insbesondere stehen in der ärztlichen Versorgung - teils sogar scharf voneinander getrennt - die ambulante und die stationäre ärztliche Tätigkeit nebeneinander. Die Struktur der ambulanten ärztlichen Versorgung wird vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung und von einem anachronistischen Einzelleistungsvergütungssystem bestimmt.

In der Regel betrachten junge Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung das Krankenhaus als notwendige Durchgangsstation. Enttäuscht von hierarchischen Strukturen und der häufig nur symptomatischen Behandlung von Patienten hoffen sie auf eine verbesserte Situation nach der Niederlassung in der selbständigen Tätigkeit.

Hier sehen sie sich jedoch wiederum betrogen: Fehlende fachliche Rückkoppelung und mangelnder Erfahrungsaustausch führen zu Unsicherheit und Vereinsamung, stattdessen bestimmt der ökonomische Druck das ärztliche Handeln und ständische Interessen stehen im Vordergrund. Die Folge davon ist häufig eine Entpolitisierung der Kolleginnen und Kollegen, es bleibt keine Zeit aktiv an gesellschaftlichen Prozessen mitzuwirken.

Wir sprechen junge Kolleginnen und Kollegen gezielt an, um sie zur Mitarbeit für gesundheitspolitische Veränderungen zu gewinnen. Denn nur durch eine veränderte ambulante Versorgung läßt sich eine für Arzt und Patienten befriedigende medizinische Betreuung erreichen.

Ein weiteres strukturelles Problem ist die Vielzahl der ärztlichen Dienste (öffentlicher Gesundheitsdienst, sozialärztlicher Dienst, betriebsärztlicher Dienst und arbeitsamtsärztlicher Dienst) und die unzureichende Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und privatwirtschaftlich strukturierten Arbeitsbereichen in der Medizin. Hinzu kommt die strikte Trennung zwischen ärztlicher und nichtärztlicher Krankenversorgung. Dies ist unter anderem Resultat einer bornierten ärztlichen Standespolitik. So wehren sich beispielsweise bis heute die Ärztekammern vehement gegen berufsübergreifende Gruppenpraxen, sowie gegen Ambulatorien oder Polikliniken an Krankenhäusern der Regelversorgung. Dies widerspricht der elementaren Erkenntnis, daß die Verhinderung und Behandlung von Krankheiten heute in der Regel nicht mehr von Einzelnen bewältigt werden kann, sondern daß die Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit anderen medizinischen Berufen immer dringlicher wird. Erfolgreich können Prävention, Heilbehandlung und Rehabilitation heute nur noch in der Zusammenarbeit von Fachleuten mit Betroffenen wahrgenommen werden. Es ist deshalb eine verstärkte Integration der Teilbereiche des Gesundheitswesens anzustreben, in der der längere Zeit systematisch ausgetrocknete Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ausgebaut und mit zusätzlichen Aufgaben primärer Prävention ausgestattet werden muß. Überregionale und zentrale Koordination ist im Gesundheitswesen sicherlich notwendig, z. B. wenn es um die Verhinderung gesundheitsschädigender Umweltverschmutzung geht. Wo aber aufgeblähte bürokratische Apparate nichts anderes als Leerlauf und Widersinn zu bewerkstelligen vermögen, da geht es uns um Dezentralisierung, um die Mitwirkung der Betroffenen, um Entscheidungspartizipation und den Ausbau demokratischer Kontrolle.

''BITTERE PILLEN'' ODER DAS GESCHÄFT MIT DER KRANKHEIT

Dort, wo das ''Geschäft mit der Krankheit'' hauptsächlich betrieben wird, in der chemisch-pharmazeutischen und der medizinisch-technischen Industrie werden seit Jahrzehnten enorme Gewinne gemacht. Die Gesundheitsindustrie ist heute einer der lukrativsten Industriezweige überhaupt. Nur wenige Industriezweige verfügen über vergleichbar hohe Umsätze von mehr als 130 Milliarden DM pro Jahr. Wachstumsraten von mehr als 10 Prozent pro Jahr sowohl in der chemisch-pharmazeutischen als auch in der medizinisch-technischen Industrie seit Jahren, ganz im Gegensatz zu anderen krisenabhängigeren Industriezweigen, kennzeichnen diesen Bereich.

Wir wenden uns dagegen, daß pharmazeutische Unternehmen bei der Durchsetzung ihrer Profitinteressen immer wieder Versuche machen, auf die Patienten, aber auch auf das ärztliche Handeln einzuwirken. Dieses Übergewicht kommerzieller Interessen der großen pharmazeutischen Konzerne hat zu einer weitgehenden Einengung des therapeutischen Spektrums auf deren Produkte unter gleichzeitiger Vernachlässigung anderer Therapieformen wie der Naturheilkunde und des therapeutischen Gesprächs geführt. Es kann nicht angehen, daß angesichts einer Zunahme psycho-sozialer Probleme in der Medizin immer mehr Geld für ''Pillen'' ausgegeben wird, während an den Einrichtungen, die Ansätze zur Verhütung und Lösung dieser Probleme bieten, drastisch gespart wird. Hier bedarf es einer grundsätzlichen Neuorientierung. Zugleich hat die unverhältnismäßige Zunahme von medizinischen Apparaten in Klinik und Praxis zu einer Übertechnisierung und Anonymisierung des ''Medizinbetriebs'' geführt.

Auf die Dauer wirkt sich ein derart dominierender Einfluß industriellen Profitkalküls ohne Zweifel prägend auf die medizinische Forschung, die medizinische Versorgung und Praxis, ja selbst bis hinein in die Ausbildung aus. Wer wollte bestreiten, daß es hier eine Vielzahl deformierender Wirkungen abzuwehren gilt?

Aber auch die Privilegien von Großverdienern in der Ärzteschaft, wie sie im Zusammenhang mit einer hypertrophen Apparatmedizin auftreten, können nicht länger toleriert werden. Auf beiden Gebieten sehen wir die Möglichkeit, durch öffentliche Kontrolle zu erheblichen Kosteneinsparungen zu gelangen. Die Befreiung der Medizin von kommerziellen Interessen ist sicherlich ein Ziel, das nur langfristig zu erreichen ist. Doch wird es der Funktion und gesellschaftlichen Stellung des Arztes nützen, wenn man ihn eines Tages seine Entscheidungen unabhängig von finanziellen Vor- und Nachteilen für sich selbst und nur zum Nutzen der Patienten treffen sieht.

Es wird immer wieder in den ärztlichen Standesdiskussionen beschworen, daß der ärztliche Beruf kein Gewerbe sei. Auch wir sind der Meinung, daß er das nicht sein sollte. Dann muß man aber auch dieser Maxime Nachdruck verleihen und solche Bedingungen herstellen, unter denen sie glaubwürdig vertreten werden kann, d.h. den ärztliche Beruf vom Odium der Gewerblichkeit und der Abhängigkeit von Interessen der pharmazeutischen Industrie befreien und die ärztliche Dienstleistung und Hilfeleistung ihres Warencharakters entkleiden.

MEDIZIN IN DER ''DRITTEN WELT''

Die medizinische Versorgung außerhalb der BRD, besonders in den unterentwickelten Ländern, ist durch Mißstände ganz anderer Qualität, ganz anderen Ausmaßes gekennzeichnet. Eine ausschließlich gesellschaftsinterne nationale Betrachtung medizinischer Forschung und Praxis ist unzureichend. Gesundheitspolitik muß zukünftig zunehmend international gedacht werden.

Die Einbindung nahezu aller Staaten in ein Weltwirtschaftssystem wirkt sich in allen Gesellschaftsbereichen und sozialen Bezügen aus.

Die Flexibilität von Absatz- und Arbeitsmärkten, die spürbare Wechselwirksamkeit ökologischer Eingriffe, die Zunahme von Tourismus und Migration, die rasante Technologieentwicklung mit ihren Risiken katastrophalen und kaum lokalisierbaren Ausmaßes (Atomenergie, Biotechnologie) und die beängstigende Aufrüstung im Rahmen global angelegter Vernichtungsstrategien verlangen international koordinierte Anstrengungen zum Schutz von Leben und Gesundheit.

Nationale Gesundheitsfürsorge muß fragwürdig werden, wenn z.B. arbeitsmedizinische Durchsetzung niedrigerer Schadstoffgrenzwerte die Produktionsverlagerung in ein auflagenfreies ''Entwicklungsland'' zur Folge hat. Oder, wenn durch zunehmendes Bekanntwerden von Nebenwirkungen ein Arzneimittel vermehrt an ungeschützte Patienten in der ''Dritten Welt'' abgesetzt wird. Die Verschärfung von Zulassungsbedingungen von neuentwickelten Chemikalien und pharmazeutischen Produkten insbesondere, hat in den letzten Jahrzehnten dazu geführt, daß ''Vorlaufphasen'', die klinische Testung und mehr und mehr auch die Tierversuche ''ausgelagert'' worden sind. Wachsendes Umweltbewußtsein hatte unter anderem zur Folge, daß hochgiftige Chemikalien aus bestimmten Produktionsbereichen nicht länger im Inland deponiert, sondern ins ''unterentwickelte'' Ausland geschafft wurden. Umwelt-, Arbeits- und Konsumentenschutz verlangen international vereinheitlichte Bestimmungen und Kontrollen, denn auch für unsere Bevölkerung werden die Folgen verantwortungsloser Produktions- und Absatzstrategien von multinationalen Konzernen in der ''Dritten Welt'' immer spürbarer: Wir reimportieren Nahrungsmittel mit Pestizidrückständen, beobachten eine verstärkte Resistenzentwicklung von Mikroben, gegen die in Entwicklungsländern aufgrund aggressiven Marketings sogleich hochselektive Reserveantibiotika eingesetzt werden, oder werden mit der Androhung von Arbeitsplatzverlusten durch Auslagerung von Industrie-sektoren unter Druck gesetzt, umwelt- und gesundheitsgefährdende Produktionsweisen zu akzeptieren.

Darüberhinaus verpflichten uns die Kenntnis der katastrophalen Gesundheitslage in der ''Dritten Welt'' und unsere koloniale und neokoloniale Mitverantwortung dazu, unseren kollektiven Einfluß geltend zu machen, daß dieser Notlage angemessen begegnet wird. In Ländern, wo der Bevölkerungsmehrheit die Grundbedingungen einer menschenwürdigen Existenz wie ausreichende Nahrung, sauberes Wasser, geeignete Wohnung und Kleidung verweigert werden, wo bis zu 80 Prozent der Krankheiten durch Armut verursacht werden, hat auch der kleinste politische Eingriff gesundheitliche Relevanz, erleichtert oder erschwert er den alltäglichen Überlebenskampf. So erfordert jede marktwirtschaftliche oder auch entwicklungspolitische Entscheidung

dung unter anderem auch eine gesundheitsbezogene Begutachtung (man denke z.B. an die Staudammprojekte in Ägypten, die zur weiteren Ausbreitung von Bilharziose geführt haben).

Die Weltgesundheitsorganisation bemüht sich bereits seit Jahren international, medizinische Sachkompetenz zu koordinieren und hat mit ihrem Primary Health Care Konzept ein allgemein akzeptiertes Programm zur Einbindung der bisher unversorgten weltökonomisch marginalisierten Bevölkerungsgruppen vorgelegt. Ein Bestandteil dieses Konzeptes ist die Liste sogenannter essentieller Medikamente, die eine Rationalisierung der Arzneimitteltherapie zum Ziele hat, und eine Umorientierung vom Angebot der Hersteller zum realen Bedarf des Patienten darstellt. Wir unterstützen diese Bemühungen mit Nachdruck.

Darüberhinaus sehen wir es als unsere Aufgabe an, anderen fortschrittlichen Ärztevereinigungen international Gehör zu verschaffen. In vielen autoritär und repressiv regierten Staaten haben sich in den letzten Jahren Ärztinnen und Ärzte organisiert, die die gesundheitlichen Folgen sozialer Ungerechtigkeit und Unterdrückung nicht länger auf biochemische Ätiologien zurückführen, sondern die sozialen Mißstände benennen und aus diesem Grunde spezieller Verfolgung durch die Staatsorgane ausgesetzt sind, wie zum Beispiel in Südafrika, Chile und dem Iran. Dabei sehen wir die Chance und die Verpflichtung, die Möglichkeiten der Medizin und einer sozialverantwortlichen Wissenschaft in fortschrittlichem Sinne in solidarischer Zusammenarbeit mit derartigen Partnerorganisationen einzusetzen.

GENTECHNOLOGIE UND MEDIZIN DER ZUKUNFT

Daß naturwissenschaftliche Einseitigkeit die Medizin deformieren kann, ist wohlbekannt. Daß sozialdarwinistische Erb- und Rassenhygiene sie 1933 bis 1945 in Deutschland zur "Medizin ohne Menschlichkeit" entstellt hat, hat Folgen bis heute. Vorsicht ist geboten, wenn Euphorie über das naturwissenschaftlich Machbare, etwa die Herstellung von Gesundheit auf genetischem Wege, sich ausbreitet und Rudolf Virchows Wort "Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft" wieder in Vergessenheit zu geraten droht.

Vor allem die psycho-soziale Dimension der Medizin muß in der Zukunft weiterentwickelt werden, aber naturwissenschaftliches Erkenntnisinteresse bleibt eine der Triebfedern ihres Fortschritts. Mehr als bisher geht es dabei um das Verständnis für die komplizierten Wechselwirkungen und den Gesamtzusammenhang in der Natur. Nach den Erfahrungen mit der Atomkernspaltung können wir nicht mehr naiv jeden denkbaren Forschungsweg einschlagen und ohne Folgenabschätzung in der Natur herumbasteln. Beim Eingriff in evolutionäre Vorgänge - etwa durch künstliche Biogenese - muß uns bewußt bleiben, daß ein solcher Eingriff möglicherweise auf uns selbst wieder zurückwirkt.

Was in den letzten beiden Jahrzehnten auf den Gebieten der Genetik, Humangenetik und der Gentechnologie möglich und machbar geworden ist, mag beeindruckend, muß aber unter vorrangigen Gesichtspunkten der Lebenserhaltung, der Gesundheitssicherung und Ökologie kritisch gesichtet werden.

Der allgemeine Konsens, daß wir uns Utopien der Menschenzüchtung widersetzen müssen, reicht nicht aus. Unabhängig davon, welche Beiträge durch eine nichtdestruktive Genetik zur Lösung wichtiger Menschheitsprobleme vielleicht einmal erbracht werden könnten, stehen doch in unserer Zeit die Risiken eines industriellen, kommerziellen und militärischen Mißbrauchs ganz im Vordergrund. Die Gefahr der unbeabsichtigten und unentdeckten Entwicklung von Organismen und Krankheitserregern, die Menschen, Tiere und Pflanzen schädigen würden, ist nicht genügend geklärt.

- Irreversible Schäden könnten bei Freisetzung genetisch veränderter Organismen in die Umwelt entstehen.
- Industrielle Nutzung als biotechnologische Großproduktion birgt schwer kalkulierbare Gefahren für Gesundheit und Umwelt.
- Das biologische Waffenarsenal könnte gentechnologische Impulse erhalten.
- Es könnte ein Durcheinander interessengesteuerter Resistenzzeugung in Organismen entstehen, dessen Folgewirkungen menschlicher Kontrolle entgleiten.

Die Genom-Analyse unter medizinischen Aspekten und die humangenetische Beratung wirken nach dieser Gefahrenaufzählung als bei verantwortungsvoller Handhabung human vertretbare Anwendungsformen, obwohl es auch dabei gravierende ethische und soziale Probleme und auch Gefahren des Mißbrauchs, wie z.B. das sogenannte Arbeitnehmer-Screening, gibt.

Zu fordern ist eine grundsätzliche Umorientierung genetischer Forschung auf die Analyse der Gefahren und die Folgenabschätzung. Weitere Forschungsschwerpunkte sollten auf den Gebieten der Evolutionsbiologie und der Ökologie liegen. Vorläufig sollte keine Erlaubnis der Freisetzung gentechnologisch veränderter Organismen erteilt werden. Die Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe sind abzulehnen. Auf internationaler Ebene sollte ein Moratorium weiterer gentechnologischer Anwendung bei Kontrolle aller schon existierenden Anwendungsarten durch die Weltgesundheitsorganisation vereinbart werden. Bei schon angelaufenen gentechnischen Arbeiten in Labors sind scharfe Sicherheitskontrollen erforderlich. Bei Feststellung von Gefahren für Umwelt und Gesundheit sind solche Arbeiten abzubrechen.

In vielen LÄK's werden demnächst die Berufsordnungen im Sinne der Beschlüsse des Deutschen Ärztetages 1985 geändert. Die dort verabschiedeten Regelungen schließen einen Mißbrauch befruchteter Eizellen nicht aus.

Wir setzen uns in den jeweiligen LÄK's dafür ein, daß dort eindeutige Regelungen Bestandteil der Berufsordnung werden, die Experimente mit befruchteten Eizellen eindeutig verhindern.

DIE ÄRZTESCHAFT VON 1933 BIS 1945 - EINE UNTERLASSENE AUFARBEITUNG

An den Verbrechen des deutschen Faschismus war ein nicht unerheblicher Teil der Ärzteschaft und insbesondere der Standesfunktionäre beteiligt. Mit Hilfe der 1933 aus der Taufe gehobenen Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands und der 1936

als Körperschaft des öffentlichen Rechts eingerichteten Reichsärztekammer wurden 6.000 Ärzte aus ihrem Beruf gedrängt. Viele von ihnen wurden durch die NS-Führung in die Emigration gezwungen oder in Konzentrationslager gebracht. 45 Prozent aller Ärzte waren in der NSDAP, doppelt so viele wie Lehrer. Sieben mal so häufig wie die Durchschnittsbevölkerung waren die Ärzte in der SS organisiert.

Die systematische Propagierung sozialdarwinistischer und rassenhygienischer Grundsätze und schließlich deren breite Akzeptanz erleichterten diese Entwicklung innerhalb der Ärzteschaft mit dem Ergebnis der Unterordnung ethischer Prinzipien unter berufsständischen Interessen, der Unterwerfung des ärztlichen Gewissens unter die Ziele der faschistischen Staatsführung.

Die nach 1945 etablierten Standesorganisationen leugnen diese breite Unterstützung und Duldung der Nationalsozialisten durch die Ärzteschaft und reduzieren die Schuld auf die 350 an NS-Verbrechen beteiligten Ärzte. Nur diese seien wegen der Beteiligung am Massenmord, wegen der Vorbereitung eines Angriffskrieges und wegen der Verbrechen gegen die Menschlichkeit angeklagt gewesen, die das Ansehen der deutschen Medizin befleckt hätten. Die namenlose Mehrheit der Ärzte haben ohne Fehl und Tadel Humanität geübt. Verschwiegen wird, daß unter den Ärzten, die mit dem Regime sympathisierten oder es tolerierten, ein soziales Klima bestand, das Medizinverbrechen ermöglichte und begünstigte.

Kann so die Lehre aus unserer Geschichte aussehen?

Nach der Niederschlagung des deutschen Faschismus sollten alle Voraussetzungen für eine Wiederkehr jener *Medizin ohne Menschlichkeit* restlos beseitigt werden. Dennoch lassen sich Erscheinungen feststellen, die der These von einer Kontinuität neue Nahrung geben. Nachdem zunächst der Mißbrauch der deutschen Medizin im Dienste des Faschismus jahrzehntlang nicht zur Sprache gebracht wurde, die Verbreitung der Dokumentation über den Nürnberger Ärzteprozeß bewußt unterdrückt wurde, Ärzte, die dieses Thema aufgriffen als "Nestbeschmutzer" aus dem Kreis der Kollegialität ausgeschlossen wurden, läßt sich seit einigen Jahren diese Strategie nicht mehr aufrechterhalten. Erste Lernprozesse aus den Erfahrungen von 1933 - 45 sind in Gang gekommen, auch wenn heute noch das Deutsche Ärzteblatt die "Euthanasie"-Verbrechen dadurch zu verharmlosen versucht, daß es sie auf eine Stufe mit der aktiven Sterbehilfe stellt, auch wenn sich die Bundesärztekammer erfolgreich für die Wiederaufnahme des rassistischen Ärzteverbandes von Südafrika in den Weltärztebund einsetzt, ohne auf die Studie der Weltgesundheitsorganisation: "Apartheid and Health" hinzuweisen, ohne ein Wort über die Bedingungen eines Gesundheitswesens unter rassistischer Ideologie zu verlieren.

Die Erfahrungen der Zeit von 1933 bis 1945 müssen in die Maßstäbe einer humanen Ärztopolitik einfließen. Dabei geht es nicht um die Rolle und Beurteilung einzelner Personen, sondern um die geschichtlichen Lehren. Ohne sie werden wir keine Medizin entwickeln können, die dagegen gesichert ist, von nationalistischen und rassistischen menschenfeindlichen Tendenzen beeinflußt und mißbraucht zu werden. Ist es nicht eine wesentliche Erkenntnis, daß man rechtzeitig den Anfängen wehren muß, Widerstand leisten muß, ehe es zu spät ist?

Wir werden uns dafür einsetzen, daß die Bedeutung des Nürnberger Ärzteprozesses für die zeitgemäße Erneuerung medizinischer Ethik allgemein anerkannt wird und es wird die Zeit kommen, wenn die Namen von ärztlichen Widerstandskämpfern über dem Eingang von Kliniken und Instituten zu lesen sein werden.

GRUNDZÜGE EINER BEDARFSGERECHTEN PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG

Elf Jahre nach Erscheinen der Psychiatrie-Enquête ist die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik nach wie vor in einem reformbedürftigen Zustand. Auch wenn inzwischen 70 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und in einigen wenigen Modellregionen flankierende Dienste existieren, sind doch zwei Drittel aller psychisch Kranken auf die Versorgung weit abgelegener und überalterter Großkrankenhäuser angewiesen. Ambulante, teilstationäre und komplementäre Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge fehlen weitgehend. Darüberhinaus sind psychisch Kranke in ihren Grundrechten nach wie vor eingeschränkt, werden auf verschiedenen Ebenen diskriminiert und in der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben behindert. Statt der jahrzehntlang praktizierten Ausgrenzung psychisch Kranker ist ihre Integration ins soziale und kulturelle Leben erforderlich.

Hierzu wurden in den letzten Jahren umfassende Vorstellungen entwickelt, vor allem von der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie und anderen sozial engagierten Initiativen. Ihre Umsetzung scheiterte bisher an mangelnden finanziellen Mitteln sowie administrativen und bürokratischen Widerständen.

Dringend notwendig ist daher die Bereitstellung von Mitteln zur Finanzierung neuer psychiatrischer Dienste, um die nach wie vor bestehende Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufzuheben. Der große finanzielle Nachholbedarf für derartige Einrichtungen darf nicht den Krankenkassen und damit den Versicherten aufgebürdet werden, sondern muß aus öffentlichen Geldern bereitgestellt werden:

Die notwendige Reform der entsprechenden Gesetze und die Freigabe der erforderlichen Mittel hat sich an folgenden Leitlinien zu orientieren:

- rechtliche Gleichstellung psychisch Kranker.
- Rechtsanspruch psychisch Kranker auf bestmögliche Behandlung und Betreuung am Wohnort.
- Vorrang ambulanten vor stationärer psychiatrischer Versorgung.

Notwendig erscheinen im einzelnen:

- Eine Änderung der Reichsversicherungsordnung mit dem Ziel, die unbefriedigende Trennung in Behandlungs- und Pflegefälle aufzuheben.
- Eine Änderung des Vormundschaftsrechtes mit dem Ziel, der Praxis der Entmündigung psychisch Kranker ein Ende zu setzen.
- Eine Änderung der Landesunterbringungsgesetze mit dem Ziel, Zwangsbehandlung und Freiheitsentziehung so weit als möglich durch Fürsorge zu ersetzen.
- Eine Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit dem Ziel, die Bindung

der Gelder an die Bettenbelegung abzulösen durch ein globales Budget für die Versorgung einer Region.

- Eine Änderung der Krankenhausbedarfspläne mit dem Ziel, alle psychiatrischen Großanstalten umgehend aufzulösen und durch psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie durch die Einrichtung ambulanter, teilstationärer und komplementärer Dienste in den Gemeinden zu ersetzen.

Hier sind im einzelnen zu nennen: Sozialpsychiatrische Dienste, Institutsambulanzen, Tages- und Nachtkliniken, betreute Wohngemeinschaften und Wohnungen, Tagesstätten, betreute Arbeitsplätze nicht nur in Sondereinrichtungen, sondern vor allem auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Denn die Bereitstellung von Arbeitsplätzen in der sozialen Gemeinschaft ist der wichtigste Schritt zur Integration psychiatrisch Kranker.

Darüber hinaus muß auch in der Öffentlichkeit gegen die Diskriminierung psychisch Kranker und Behinderter Stellung genommen werden, um ihre Integration in die Gesellschaft zu fördern.

Um diese Leitlinien zu verwirklichen, ist die Einrichtung psychosozialer Ausschüsse in den Gemeinden erforderlich, denen ein von allen Leistungsträgern gemeinsam finanziertes Budget zur Verfügung steht. Diese Ausschüsse sollten unter Einbeziehung aller Beteiligten wie Politikern, Fachleuten aus allen Berufsgruppen, Bürgern, Angehörigen und Betroffenen regionale Versorgungspläne aufstellen, kommunale und freigemeinnützige Träger zu deren Verwirklichung anhalten und die Bedürfnisse in der Region mit den vorhandenen Ressourcen abstimmen.

ÄRZTLICHE AUSBILDUNG

Die ärztliche Approbationsordnung wurde 1970 verabschiedet und seit 1973 werden an den Universitäten unterschiedliche Anstrengungen unternommen, sie umzusetzen. Das Kernstück dieser Reformkonzeption war, den Praxisbezug in der Ausbildung zu verstärken, Inhalte und Prüfungen auf nationaler Ebene festzulegen, um die Prüfungswillkür einzelner Hochschullehrer auszuschalten, die Verkürzung der Ausbildung durch eine straffere Koordination und die Einführung sozialwissenschaftlicher und sozialmedizinischer Fächer in das Pflichtprogramm. Die Einführung der neuen Ausbildungsinhalte beruhte auf der Erkenntnis, daß ärztlich-kuratives Handeln mit dem Wandel der Anforderungen zunehmend weniger fertig wird, da eine Verschiebung des Krankheitsspektrums von den akuten zu den chronisch-degenerativen Erkrankungen stattgefunden hat. Darüber hinaus haben die Störungen des Erlebens und Verhaltens (Alkohol- und Drogenabhängigkeit, psychische und psychosomatische Störungen) zugenommen, deren wesentliche Wurzeln in Lebens- und Arbeitsbedingungen zu sehen sind. Da die Überbetonung der kurativen Seite allenfalls kompensierend wirkt, steht die Medizin der Prävention, der Bewältigung chronischer Krankheiten und Behinderungen sowie der Behandlung und Wiedereingliederung seelisch beeinträchtigter Menschen hilflos gegenüber.

Obwohl die ärztliche Approbationsordnung inzwischen zum fünften Mal geändert wird, hat sich die Kritik an der ärztlichen Ausbildung keinesfalls verringert: Nach wie

vor fallen theoretische und praktische Ausbildung weit auseinander und der patientenzentrierte Teil wird vernachlässigt, die Ausbildungszeit hat sich nicht wesentlich verkürzt, die psychosozialen Inhalte führen nach wie vor eine Randexistenz. Ausgebaut und verfeinert wurde indessen das Prüfungssystem, das Inhalte prüft, die zuvor keineswegs entsprechend gelehrt werden.

In der Debatte um die ärztliche Ausbildung steht die Verschärfung des Prüfungssystems ganz im Vordergrund. Hinzu kommen die Einführung des "Arzt im Praktikum" als Teil der Ausbildung sowie Zulassungsbeschränkungen bei der kassenärztlichen Versorgung. Letztere werden zu nicht vertretbaren Wartezeiten führen und die Betroffenen aus den unteren sozialen Schichten besonders benachteiligen. Wir stellen fest, daß neben dem Numerus Clausus mit der Einführung des zentralen Prüfungsverfahrens, der Einführung des Arztes im Praktikum und den zu erwartenden Zulassungsbeschränkungen ein ganzes Selektions- und Barriersystem aufgebaut wurde, das sich weniger an medizinischen Inhalten als an der Steuerung eines oberflächlich festgelegten ärztlichen Bedarfs orientiert. Wir wehren uns dagegen, daß die medizinische Aus- und Weiterbildung als Steuerungsinstrument für eine sogenannte "Ärzteschwemme" mißbraucht wird. Wir wehren uns dagegen, daß wirtschaftliche Verteilungskämpfe unter Arztgruppen auf dem Rücken der Studenten und jungen Ärzte ausgetragen werden sollen. Wir fordern stattdessen eine patientenzentrierte und auf die Sozialversicherten orientierte ärztliche Ausbildung, die der sozialen Verantwortung des Berufs gerecht wird. Das bedeutet für die medizinische Ausbildung:

- Die Entwicklung interdisziplinären Lernens.
- Die Reduzierung der angebotenen Disziplinen auf Basisfächer, in denen exemplarisch gelehrt wird.
- Die praxisorientierte Ausbildung in kleinen Gruppen.
- Den studienbegleitenden Ausbau der psychosozialen Fächer.
- Dezentrale öffentliche Prüfungen, in denen die Studenten ihr Wissen über medizinische Sachverhalte und Probleme darlegen können.
- Eine Prüfungsform, die sich demokratisch kontrollieren läßt und Prüfungswillkür ausschließt.
- Die Zurücknahme des Arzt im Praktikum.
- Am Ende des Medizinstudiums muß ein berufsqualifizierender Abschluß stehen.

ÄRZTEKAMMERN, KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNGEN UND ÄRZTLICHE VERBANDSWESEN

1945 wurden die Lehren aus der Vergangenheit gezogen und Ärztekammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts nur noch dezentral in Ländern und Bezirken zugelassen. Der Machtmißbrauch einer standespolitischen Zentrale wie der Reichsärztekammer sollte nicht mehr möglich sein. Ein allgemeinpolitisches Mandat wurde ausdrücklich abgelehnt.

Dennoch hat sich die Ärzteschaft wieder ein zentrales Organ geschaffen, die Bundesärztekammer. Diese "Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern" stellt auch ohne staatlichen Auftrag de facto die politische Schaltstelle ärztlicher Funktio-

närspolitik dar. Von hier werden unter anderem allgemeinpolitische Stellungnahmen verbreitet. Der "Deutsche Ärztetag", das sogenannte Parlament der Ärzte, wird als Legitimation dafür benutzt, daß die Bundesärztekammer im Namen aller deutschen Ärzte spricht. Diese Ärzttage repräsentieren aber keineswegs das tatsächliche Meinungsbild aller Ärzte. Bis heute sind oppositionelle Strömungen, darunter auch die Delegierten der Listen Demokratischer Ärzte, von der Teilnahme ausgeschlossen, arbeiten die zahlreichen politisch entscheidenden Kommissionen und Ausschüsse ohne demokratische Legitimation durch die Ärzteschaft. Die Beschlüsse für eine Verschärfung des Paragraphen 218, für ein Zivilschutzgesetz, für die Freigabe der Forschung an menschlichen Embryonen und vieles andere mehr werden hier formuliert, und anschließend gegenüber der Öffentlichkeit als Meinung der deutschen Ärzte ausgegeben.

Der Einfluß der Standespolitiker reicht aber noch über die nationalen politischen Grenzen hinaus. Ohne die entscheidende Einflußnahme der Bundesärztekammer auf den Weltärztebund, wäre dieser nicht in der Lage, seine Gegnerschaft zur Weltgesundheitsorganisation und seine Unterstützung des rassistischen Ärzteverbandes der Republik Südafrika zu praktizieren.

All dies geschieht im Namen und mit den Beiträgen der als Zwangsmitglieder organisierten Ärztinnen und Ärzte. Wir sind nicht länger bereit, die Politik der Bundesärztekammer zu legitimieren und mit 7,5 Millionen DM jährliche zu finanzieren.

Während politische Entscheidungen vornehmlich in den Ärztekammern fallen, vertritt die Kassenärztliche Vereinigung die finanziellen Interessen der niedergelassenen Ärzte. Ihrer Honorarpolitik ist es zu verdanken, daß heute die Apparatemedizin zu hohen Einkommen bestimmter Facharztgruppen führt, während die Ärzte der Basisversorgung vergleichsweise niedrige Einkommen haben, daß präventives ärztliches Handeln, das Gespräch, die Beschäftigung mit dem sozial-psychologischen Hintergrund einer Erkrankung finanziell unrentabel sind, daß Krankenscheinbetrug jahrelang unerkannt bleiben konnte, daß also die ambulante Medizin mehr denn je von betriebswirtschaftlichem Denken anstelle von medizinischem und sozialem Engagement bestimmt wird.

Von einer wirklichen Sicherstellung einer humanen Krankenversorgung durch die KV kann deshalb keine Rede sein. Im Gegenteil: Der sogenannte Sicherstellungsauftrag der KVen hat eine den Bedürfnissen der Menschen angemessene Versorgung in qualitativer und quantitativer Hinsicht verhindert. Das Behandlungsmonopol der KVen in der ambulanten Versorgung verhindert die Erprobung alternativer Formen medizinischer Versorgung, mit fachübergreifender, alle Gesundheitsberufe einbeziehender Besetzung. Ohne eine Aufhebung des KV-Behandlungsmonopols ist eine Fortentwicklung in der ambulanten Medizin nicht möglich. Die Organisation der ambulanten Versorgung, die Planung des Bedarfs darf nicht allein Aufgabe der Anbieter also der Ärzteschaft sein. Die Nutzer, die Patienten, haben Anspruch auf Beteiligung, auf Einfluß auf die Gestaltung des ambulanten Sektors der medizinischen Versorgung.

Auf dem Wege dahin fordern wir die Erprobung dezentraler und damit benutzer-naher Modelle, aufbauend auf dem Konzept der Zusammenarbeit und Teamarbeit von Versorgungspersonal, Einzelbürgern, Familien, Gruppen und Kommunen, wie

sie vom WHO-Regionalbüro für Europa als Regionalstrategie "Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000" vorgeschlagen wurde.

Die zahlreichen Ärzteverbände vermitteln ein Bild bunter Vielfalt. Nahezu für jedes Tätigkeitsfeld gibt es einen Verband. Und dieses Bild trägt. Über Konsultationsringe, Verträge über Zusammenarbeit, Doppelmitgliedschaft und Personalunion leitender Funktionäre findet eine weitgehende Abstimmung der teilweise auseinanderstrebenden Interessen statt, wird verhindert, daß einer oder mehrere Verbände in standespolitisch entscheidenden Fragen abweichende Positionen beziehen.

An der Spitze der Bundesvereinigung Deutscher Ärzteverbände e.V. steht der sich selbst "Verband der Ärzte Deutschlands" nennende und als einziger Verband an alle Berufs- und Fachgruppen wendende Hartmannbund. Er ist das Leitbild konservativ ständischen Gedankengutes. Seine Nähe zu den rückwärtsgerichteten Kräften in der Bundesrepublik wird nicht nur in gesundheitspolitischen Fragen wie der dauernden Warnung vor der angeblich drohenden Sozialisierung oder der undifferenzierten Lobpreisung der Freiberuflichkeit deutlich, sondern auch bei allgemeinpolitischen Äußerungen zu Fragen des Schwangerschaftsabbruches, der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall oder der militärisch-zivilen Zusammenarbeit. Kein Verband hat so massiv die Forderung nach einem Notstandsgesetz im Verteidigungsfall gefordert wie der Hartmannbund. Auch wenn dieser Verband sich an die Ärzte aller Berufsgruppen wendet, so vertritt er in Honorarfragen fast ausschließlich die Interessen der niedergelassenen Ärzte.

Von daher ergeben sich auch Konflikte mit dem sich selbst "Ärztegewerkschaft" nennenden Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands, dem Marburger Bund. Dieser entsprechend dem wachsenden Anteil abhängig beschäftigter Ärzte an der Gesamtzahl aller Ärzte größte Berufsverband vertritt bei unbestreitbaren Erfolgen für die Einkommen der angestellten und beamteten Ärzte in grundsätzlichen Fragen keine gewerkschaftlichen Positionen, ja er tritt offen gegen die DGB-Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr auf. Solidarität mit den anderen im Krankenhaus Beschäftigten, gemeinsamer Kampf für eine Verkürzung der Arbeitszeit, aber auch die Solidarität mit noch nicht angestellten Ärzten sind ihm fremd, wie am Beispiel der Befürwortung der Arzt-im-Praktikum-Lösung und der Ablehnung der 35-Stunden-Woche augenscheinlich geworden ist. Kennzeichnend ist darüber hinaus eine Diskrepanz zwischen der Mitgliederbasis und der von leitenden Ärzten bzw. Chefärzten dominierten Verbandsführung. In Fragen des Paragraphen 218 oder der Beziehung zur IPPNW betreibt der Vorstand des Marburger Bundes eine eindeutige von der Basis nicht mitgetragene Politik im Sinne eines konservativen Verbände-Konsenses.

Allen Verbänden gemeinsam ist die Absicht, nachrückende Ärztegenerationen auszugrenzen, um so die vorhandenen Privilegien zu erhalten. Wie der Marburger Bund dieses Ziel über die Befürwortung der Studiumsverlängerung durch den Arzt im Praktikum erreicht, verlangen die Verbände der niedergelassenen Ärzte Zulassungsbeschränkungen zur kassenärztlichen Versorgung. Die Bedürfnisse der Bevölkerung werden dabei als identisch mit den jeweiligen Verbandsinteressen vorgeschoben.

Der berufsständische und damit zur Solidarität mit den Gewerkschaften, den Sozialversicherten unfähige Charakter zeigt sich aber auch in dem unkritischen Verhältnis zur Pharmaindustrie und vor allem in der weitgehend geschlossenen Abwehr von Vorstellungen aus dem Bereich der Arbeiter-, der Friedens-, der Frauen- und der Ökologiebewegung.

Wir brauchen keine solche Standespolitik, die Privilegien und Macht für Wenige anstrebt. Wir brauchen eine Berufspolitik, die Ärztinnen und Ärzte als kompetente Mitstreiter für ein Gesundheitswesen begreift, das optimale Bedingungen für die Gesundheit aller unter gleichen Bedingungen für alle schafft.

AUFRUF

Wir haben uns deshalb entschlossen, den Verein "Demokratische Ärztinnen und Ärzte" zu gründen und rufen alle, die uns unterstützen wollen, zum Beitritt auf. Wir laden ein, mitzuhelfen, demokratische Perspektiven im Medizin und Gesundheitswesen durchzusetzen.

Wir wenden uns an die berufserfahrenen Kolleginnen und Kollegen, die von der bisherigen Standespolitik enttäuscht sind und eine soziale Wende in der ärztlichen Berufspolitik wünschen. Wir sprechen auch die Kolleginnen und Kollegen an, die in den nächsten Jahren die Approbation erhalten werden und denen der Zugang zur beruflichen Existenz erschwert werden soll. Helft uns, dem sinnentleerten, ständisch-fixierten Denken und Handeln seine Grenzen aufzuweisen und das Berufsbild des Arztes im sozialen, humanen und demokratischen Sinne weiterzuentwickeln.

Gleichzeitig rufen wir dazu auf, in allen Bundesländern Listen von Ärztinnen und Ärzten aufzustellen, um bei Kammerwahlen und in den Kammern die drängenden Fragen der Gesundheitssicherung aufzuwerfen und grundlegende Alternativen vorzutragen.

SATZUNG DES VEREINS "DEMOKRATISCHE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE"

1. Name und Sitz des Vereins

Der Verein führt den Namen »Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte« und hat seinen Sitz in Frankfurt am Main. Er ist im Vereinsregister bei dem Amtsgericht in Frankfurt (M) eingetragen.

2. Zweck des Vereins

Der Verein fördert Wissenschaft, Forschung, Bildung und Erziehung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens.

Er leistet öffentliche Aufklärungsarbeit mit dem Ziel, demokratische Strukturen im Gesundheitswesen durchzusetzen und zu erhalten. Dem sozialen und humanen Auftrag der Ärzteschaft wird dabei hohe Bedeutung beigemessen. Der Verein verfolgt keine berufsständischen Interessen.

Der Satzungszweck wird verwirklicht insbesondere durch wissenschaftliche Veranstaltungen, Mitwirkung an der öffentlichen Diskussion in Fragen des Gesundheitswesens, Beratung und Unterstützung anderer Organisationen sowie durch berufliche Fortbildung.

3. Selbstlose Tätigkeit

Der Verein ist selbstlos tätig, er verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke.

4. Verwendung der Mittel

Mittel des Vereins dürfen nur für die satzungsmäßigen Zwecke verwendet werden. Die Mitglieder erhalten keine Zuwendung aus Mitteln des Vereins.

5. Begünstigungen

Es darf keine Person durch Ausgaben, die dem Zweck der Körperschaft fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigt werden.

6. Mitgliedschaft

Mitglied des Vereins kann jede Ärztin und jeder Arzt und jede Person werden, die in Ausbildung zum ärztlichen Beruf steht, den Vereinszweck anerkennt und bereit ist, sich für die Förderung des Vereins und seiner Ziele einzusetzen.

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Eintritt in den Verein.

Die Anmeldung erfolgt schriftlich beim Vorstand. Über die Ablehnung eines Aufnahmevertrages entscheidet der Vorstand. Die bzw. der Betroffene hat das Recht, innerhalb von drei Wochen schriftlich beim Vorstand Einspruch zu erheben. In einem solchen Falle entscheidet die Mitgliederversammlung endgültig. Bis zur Entscheidung der Mitgliederversammlung ruht der Aufnahmeantrag. Die Ablehnung eines Antrages bedarf keiner Begründung.

Die Mitgliedschaft endet durch den Austritt, Ausschluß oder Tod.

Der Austritt ist dem Vorstand schriftlich mit 3-monatiger Kündigungsfrist zum Jahresende mitzuteilen.

Der Ausschluß aus dem Verein ist nur aus wichtigem Grund zulässig. Ein solcher ist vor allem dann gegeben, wenn das Mitglied den Zielen des Vereins zuwiderhandelt, das Ansehen des Vereins geschädigt hat und mit der Beitragszahlung länger als 1 Jahr in Verzug ist.

Über den Ausschluß eines Mitgliedes entscheidet der Vorstand. Die bzw. der Betroffene hat das Recht, innerhalb von 3 Wochen schriftlich beim Vorstand Einspruch zu erheben. In einem solchen Falle entscheidet die Mitgliederversammlung endgültig. Bis zur Entscheidung der Mitgliederversammlung ruhen alle Rechte des ausgeschlossenen Mitgliedes.

7. Beiträge

Jedes Mitglied hat einen Mitgliedsbeitrag zu entrichten, dessen Höhe die Mitgliederversammlung bestimmt.

8. Geschäftsjahr

Geschäftsjahr des Vereins ist das Kalenderjahr.

9. Organe des Vereins

Organe des Vereins sind die Mitgliederversammlung und der Vorstand.

10. Mitgliederversammlung

Die Einberufung der Mitgliederversammlung erfolgt durch den Vorstand; sie ist mindestens 1 x jährlich einzuberufen. Sie ist weiterhin einzuberufen, wenn mindestens 1/3 der Mitglieder dieses durch einen schriftlich begründeten Antrag beim Vorstand verlangt. Die Einberufung muß spätestens 6 Wochen nach Antragstellung erfolgen. Die Mitgliederversammlung ist ferner einzuberufen, wenn es das Vereinsinteresse erfordert.

Die Mitgliederversammlung ist schriftlich unter Einhaltung einer Frist von mindestens 2 Wochen einzuberufen. Bei der Einberufung muß die Tagesordnung der Mitgliederversammlung bekanntgegeben werden.

Beschlußfähig ist jede ordnungsgemäß einberufene Mitgliederversammlung. Bei der Beschlußfassung, entscheidet die Mehrheit der anwesenden Mitglieder. Zu einem Beschlusse, der eine Änderung der Satzung enthält, ist eine Mehrheit von 3/4 der erschienenen Mitglieder notwendig. Auf eine Satzungsänderung gerichtete Anträge müssen mindestens 2 Wochen vor Versammlungsbeginn den Mitgliedern zugesandt werden.

Die bzw. der Vorsitzende des Vereins oder eine/einer ihrer/seiner Stellvertreter leitet die Mitgliederversammlung.

Die Mitgliederversammlung beschließt die Richtlinien der Arbeit des Vereins. Sie beschließt die Entlastung des Vorstands, die Mitgliedsbeiträge, Satzungsänderungen und die Auflösung des Vereins. Sie wählt den Vorstand und 2 Kassensprüfer.

Über die von der Mitgliederversammlung gefaßten Beschlüsse ist eine Niederschrift aufzunehmen. Die Niederschrift ist von der/dem Vorsitzenden der Versammlung oder, wenn mehrere Vorsitzende tätig waren, von der/dem zuletzt tätigen Versammlungsleiter/in zu unterschreiben. Jedes Vereinsmitglied ist berechtigt, sie einzusehen. Die Beschlüsse werden den Mitgliedern in geeigneter Weise bekanntgegeben.

11. Vorstand

Der Vorstand im Sinne des § 26 BGB besteht aus der/dem Vorsitzenden und den beiden stellvertretenden Vorsitzenden. Dem erweiterten Vorstand, der über die wesentlichen Angelegenheiten der Leitung des Vereins beschließt, gehören außerdem weitere Mitglieder in einer von der Mitgliederversammlung jeweils zu bestimmenden Anzahl. Die/der Vorsitzende und die beiden stellvertretenden Vorsitzenden werden in zwei getrennten Wahlgängen vorweg gewählt, wobei die beiden stellvertretenden Vorsitzenden aus einem Wahlgang hervorgehen. Die übrigen Vorstandsmitglieder gehen aus einem einzigen Wahlgang hervor.

Gerichtlich und außergerichtlich wird der Verein von der/dem Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden vertreten, die jede/jeder für sich allein vertretungsberechtigt sind.

12. Amtszeit

Der Vorstand wird für 1 Jahr gewählt und bleibt bis zur nächsten ordentlichen Mitgliederversammlung im Amt.

13. Auflösung des Vereins

Der Verein kann durch den Beschluß einer eigens hierfür satzungsgemäß einberufenen Mitgliederversammlung mit einer Mehrheit von 3/4 der erschienenen Mitglieder aufgelöst werden. Bei Auflösung oder Aufhebung des Vereins oder bei Wegfall seines bisherigen Zweckes ist das Vermögen zu steuerbegünstigten Zwecken zu verwenden. Hierüber beschließt die Mitgliederversammlung die den Auflösungsbeschluß faßt. Der Beschluß über die Verwendung des Vermögens darf erst nach Einwilligung des zuständigen Finanzamtes ausgeführt werden.