



DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBEREFE



Klinik-Ketten:
Großhandel mit Krankenhäusern

AIDS
als Geißel Gottes

Bittere Pillen

der kommentar

dg-Redakteur
Norbert Mappes

(30)

Ist Journalist, ge-
lernerter Kranken-
pfleger und als ein-
ziger hauptberuf-
lich für dg tätig.



Eine neue Monatszeitschrift

Während diese Zeilen in die Maschine getippt werden, überarbeitet Matthias Albrecht gerade zum letzten Mal seine Reportage über die Klinikketten, bastelt die Metteurin in unserer Druckerei gerade an dem ungewöhnlichen Titelblatt, geht gerade die letzte — telefonisch durchgegebene — Kleinanzeige in Satz. Hinter uns liegen einige Wochen voller Streß, heißer Diskussionen, halb oder ganz mißlungener Versuche, das manchmal liebenswerte, manchmal ärgerliche Chaos in der Redaktionsarbeit zu bewältigen. Vor Euch liegt dg in der überarbeiteten Konzeption. So oder ähnlich wird unsere Zeitschrift im nächsten Jahr zwölfmal zu Euch ins Haus kommen. Auf die Resonanz sind wir alle sehr gespannt.

Für alle, die uns noch nicht so genau kennen: Wir sind eine Redaktion von etwa fünfzehn bis zwanzig regelmäßigen Mitarbeitern, die alle — mit einer Ausnahme — im gesundheitsberuflichen Dauerstreß stehen. Da ruft einer schon mal aus dem Dienst in der Klinik an und bittet um Mithilfe bei einem Recherche-Problem; ein anderer liefert flott einige handgeschriebene Zellen von der Rückfahrt von einem Kongreß. Einer wohnt in Oldenburg, eine bei Kleve am Niederrhein, vier sitzen in Münster, einige kommen aus dem Ruhrgebiet. Treffen können wir uns nur einmal im Monat. Für umfängliche Überarbeitungen, zeitintensive Konzeptionsdiskussionen ist keine Zeit.

Die Einkünfte aus den Abo-Beiträgen decken gerade die Rechnung der Druckerei und die Kosten des hauptamtlichen Mitarbeiters. Niemand zählt hier die gefahrenen Kilometer oder die Telefoneinheiten.

Trotzdem: Während ringsherum die linken Zeitschriften eingehen, stellen wir sogar auf monatliches Erscheinen um. Geld werden wir damit nicht machen, ganz im Gegenteil. Aber wir haben eine reale Chance, unsere Leserschaft noch beträchtlich zu vergrößern. Die wollen wir wahrnehmen, weil uns die Arbeit Spaß macht und — wenn so ei-

ne Bemerkung im gegenwärtigen Klima noch erlaubt ist — weil wir es für politisch wichtig halten. Hundertausende beziehen — freiwillig, gezwungen oder weil es nichts anderes gibt — die vielen Blätter und Blättchen, die den wenigen freien Raum zwischen den Arzneimittelanzeigen mit Tips zur Anlageberatung, ehrwürdigen Medizinerwitzen und Berichten über die Jahreshauptversammlung des jeweiligen Herausgebervereins füllen.

Und das ist eine traurige Spezialität unserer Branche: Im Bereich Bildung und Erziehung etwa schubsen sich seit Jahren die linken und halblichen Blätter gegenseitig vom Markt. Die Lehrer können zwischen drei kritischen Monatszeitschriften auswählen. Aber entsprechende Lesebedürfnisse gibt es auch bei uns. Man muß sich nur einmal umschauen: Unter den Krankenschwestern zum Beispiel finden sich nur noch ganz vereinzelt die verhinderten Nonnen mit dem kitschigen Hefferhos. Krankenpflege ist ein Sozialberuf. Daß der Abbau der Sozialausgaben immer weniger mit ideellem Einsatz kompensiert werden kann, führt hier genauso zur Politisierung wie bei den Sozialpädagogen. Auch die Ärzte sind zu immer größeren Teilen nicht mehr die Autokraten von einst: Die Medizinstudenten lassen sich seit etwa einem Jahrzehnt vorwiegend von linken Fachschaften vertreten. Die Nachfolge in der Praxis des Herrn Papa tritt als Motivation für den Arztberuf prozentual immer mehr in den Hintergrund. Es wird immer schwerer, die ganzen jungen Mediziner, die sich mehr als Spezialisten in der sozialen Versorgung begreifen, auf ein Standesethos aus der Zeit zu verpflichten, als die Medizin noch eine geheimnisvolle Kunst war, dem Herrgott ins Handwerk zu pfuschen. Oder die Hebammen: Vor zehn Jahren noch als aussterbender Beruf für dragonerhafte Muttertypen belächelt, gewinnt dieses medizinische Handwerk zunehmend ein neues Selbstbewußtsein aus der Frauenbewegung. Bei anderen „medizinischen Hilfsberufen“ hält der Trend zur halbakademischen Ausbildung an und bringt Leute hervor, die ihre Berufsehre immer weniger aus dem getreuen Befolgen undurchsichtiger Anweisungen von Seiten der heilkundigen Magier nehmen.

Da ist uns ein gewaltiges Leserpotential herangewachsen. Daß wir es bei weitem noch nicht ausgeschöpft haben, liegt an unseren eingeschränkten Möglichkeiten — aber auch daran, daß wir einfach noch nicht bekannt genug sind. Das soll sich ändern. An kritischen Analysen, an Informationen aus dem gesundheitspolitischen Alltag, an Berichten über Aktionen herrscht Mangel. Den wollen wir beheben helfen.

Eins zum Schluß: Jeder wird sich mal über den einen oder anderen Artikel bei uns ärgern. Aber man hüte sich, hinter jeder Bemerkung gleich eine präzise redaktionelle „Linie“ zu vermuten. Sicher, wir haben politische Grundsätze, die wir nicht für winzige Marktchancen aufgeben. Aber mit keiner Ausgabe von dg liegt Euch ein durchgestyltes Ergebnis langfristiger Strategieplanung vor. Wir drucken nicht nur (alle!) Leserbriefe, sondern wir brauchen auch Mitarbeit. Mehr denn je zuvor. Zur Vermeidung von Frust nur eine Bitte: Nicht gleich an die Maschine setzen und zwanzig Seiten zu Papier bringen: Vorher kurz in der Redaktion anrufen: (0228) 46 82 08. Dienstags sogar bis 21 Uhr.

DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN

ZEITSCHRIFT FÜR GESUNDHEITS-
UND SOZIALBERUFE

6/83

Inhalt

dg-Report

Klinik meistbietend zu ...	9
Klinik-Ketten kaufen kommunale Häuser	9
Hintergrund: Krankenhausfinanzierung	12
Pommeskritisierung des Krankenhauses	13
Wildwestmethoden bald auch bei uns?	14

Aktuelle Gesundheitspolitik

„Die Natur schlägt zurück“	16
AIDS-Hysterie	16

Frieden

„Qualifiziert vorbereitet“	19
Ärztekammer und Atomkrieg	19
Keine saubere Lösung	21
Gedanken zur ärztlichen Ethik	21
Krieg weck — hat kein Zweck!	22
Kinder malen Krieg und Frieden	22

Frauen

Immer noch besser als die Flasche	24
Stillen und Schadstoffbelastung	24
Kaum geboren, schon gestorben	25
Projekt „Familienhebamme“ in Bremen	25

Demokratie

Reformpsychiater	26
soll nicht Abteilungsarzt werden	26

Pharma

Ein Schritt zum mündigen Patienten	28
„Bittere Pillen“	28

In memoriam

Kein Fortschritt seit Opas Zeiten	30
75 Jahre Jugendzahnheilkunde in Deutschland	30

Dokumente

Rechts schwenkt — marsch!	I
Katastrophenschutzübung	I
Kalender 1984	II
Änderung der Krankenhausfinanzierung	III
Zwischenbericht der Robert-Bosch-Stiftung	IV

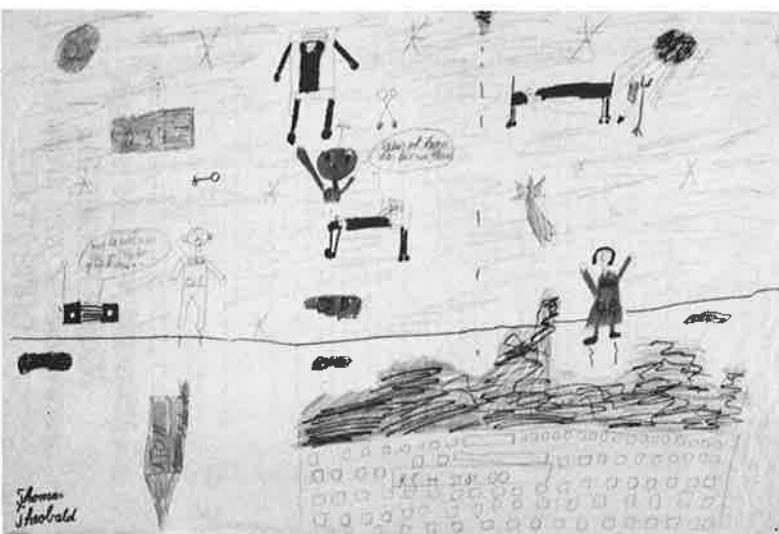
Rubriken

Leserbriefe	4
Aktuelles	4
Verschiedenes	8
Kongreßberichte	31
Buchkritik	33
Wir über uns	35

Dieser Ausgabe von dg liegt ein Werbeprospekt der „Deutschen Volkszeitung/die tat“ bei. Wir bitten unsere Leser um gefällige Beachtung.



Weithin unbemerkt von der Öffentlichkeit richten sich Klinik-Ketten auf dem Krankenhausmarkt ein. Unsere Reportage dokumentiert den Stand. Bild: „Paracelsus“-Klinik in Osnabrück.



Kinder bekommen mehr mit von der Friedensdiskussion, als ihre Eltern glauben. Jungen und Mädchen in einem Münsteraner Krankenhaus malen ihre Gedanken zum Thema.



Das Stillen ist ins Gerede gekommen. Trotz der Schadstoffbelastung liegen die Risiken aber noch unter der Belastung durch künstliche Babynahrung.

ARTIKEL 125

Dioxin flog aus dem Arzneischränk

Schwestern und Pfleger der Rheinischen Landesklinik in Mönchengladbach erreichten, daß die dioxinhaltigen Präparate Kodan F (Spray) und Thrombophob Gel in ihrer Klinik nicht mehr verwendet werden. Auf die Giftstoffhaltigkeit dieser Präparate waren die Initiatoren der Arzneischränkentrümplung durch einen Artikel in dg („Giftmüll im Nachtschränkchen“, dg 5/83) aufmerksam geworden.

„Katastrophenschutz“ in Bremen

Unter dem Titel „Nie wieder Krieg!“ hat die ÖTV-Kreisverwaltung Bremen in Zusammenarbeit mit lokalen Friedensinitiativen im Gesundheitswesen eine Broschüre herausgegeben, die neben dem geplanten Notstandsgesetz im Ge-

sundheitswesen und Gewerkschaftsbeschlüssen auch Berichte über „katastrophemedizinische“ Maßnahmen in Bremen dokumentiert. Sie enthält u.a. einen Bericht über eine „Ernstfall-Übung“ für die Beschäftigten des Krankenhauses Links der Weser im November 1982 in Huntlosen.

Die Broschüre kann bezogen werden über Rita Eickwort-Schober, Bismarckstr. 33, 2800 Bremen 1, Reinhard Dietrich, Bollerer Dorfstr. 8a, 2807 Achim-Bollen, oder Christina Schröder, Besselstr. 17, 2800 Bremen 1.

Wegweiser für den Gebrauch psychiatrischer Medikamente

Eine leicht verständliche Broschüre für den Patienten, der Psychopharmaka oder Schlafmittel einnimmt, ist jetzt beim Bielefelder Verein für Sozialtherapie erschienen. Informationen, kritische Hinweise und Ratschläge zum Ge-

brauch dieser Medikamente sollen zu einem bewußten Umgang verhelfen.

Neben der Beschreibung der verschiedenen Medikamentengruppen in ihren Wirkungen und unerwünschten Nebenwirkungen werden Suchtwirkung und Entzug, paradoxe Reaktionen und die medizinische Untersuchung besprochen. Im Anhang finden sich Begriffserklärungen, Literatur, Adressen und für den unwissenden gehaltenen Patienten eine Medikamenten-Identifikations-Tabelle. 50 Seiten, 7 Mark plus Freiumschlag mit 1,10 Mark oder Zehnmarkschein, Rest in Briefmarken zurück, fünf Mark pro Heft ab zehn Exemplare. Zu beziehen über: Verein für Sozialtherapie, Gruppenarbeit und Beratung e.V., Teutoburger Str. 106, 4800 Bielefeld 1.

Werbung und Wahrheit

„Gedonkt die Bundesregierung, die als sogenannte Information getarnte Reklame für Fachleute seitens der Arzneimittelhersteller zu unterbinden.“

Informationen des pharmazeutischen Unternehmers über das von ihm in den Verkehr gebrachte Erzeugnis und Werbung lassen sich in der Regel kaum trennen ...“

(Aus einer kleinen Anfrage von Frau E. Hickel (Grüne). Die gesamte Anfrage ist unter Drucksache 10/285 erhaltlich und befaßt sich mit Über- und Fehlkonsum von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Da sich die Bundesregierung jedoch an den wichtigen Fragen vorbereitet, lohnt das Porto kaum (die Red.))

Leser-Briefe

Aufsatzsammlung

dg 5/83:
Halbgötter im grauen Kammgarn
Lieber Kollege Andersch, gerade habe ich Deinen Artikel „Halbgötter im grauen Kammgarn“ gelesen. So sehr ich bereit bin, Deine Thesen über die Veränderung der Krankenhaus hierarchien zu glauben — glauben heißt nicht wissen! Wo sind konkrete Belege Deiner Behauptungen? Auf welche Weise wird das Krankenhaus industrialisiert? Wieso sollte demnächst in der freien Praxis der Arzt nicht mehr selbständig sein? Wie kontrolliert die Industrie konkret das einzelne Krankenhaus? Alle Antworten bleibst Du schuldig. Meinungen habe ich selber; Fakten und Informationen brauche ich und erwarte ich von dg! Dieser Artikel ist im übrigen symptomatisch für vieles, was in dg geschrieben wird. Es erinnert mich sehr an die Aufsatzsammlungen in unseren Fach-

schaftszeitungen an der Uni. Von Euch jedoch wird als Machern einer „professionellen“ Zeitschrift (ich weiß, ich weiß, Ihr macht alles nebenamtlich in Eurer Freizeit, trotzdem) mehr erwartet. Mit dennoch solidarischen Grüßen

MARTIN MIKOЛЕIT
Düsseldorf

Sehr gute Sache

Liebe Kollegen, laßt mich Euch rasch mitteilen, daß ich Eure Zeitschrift für eine sehr gute Sache halte. Euer Engagement in der Friedensbewegung ist beeindruckend, Eure Berichte über Neukriegsschauplätze im Medizinwesen sind — auch für einen Nicht-Mediziner — aufschlußreich, die Reportagen aus dem Ausland informativ. Kämpft um Euren Bestand!

JOHANNES M. BECKER
Marburg

Rabattskandal: Berufsgericht für Kritiker

Im Sommer des vergangenen Jahres ging es bundesweit durch die Presse: Zahlreiche Zahnärzte sollen von ihren gewerblichen zahnärztlichen Laboratorien unzulässige Preisnachlässe oder Rückvergütungen angenommen haben.



Naive Zeitgenossen mochten sich denken, daß die Führungen der zahnärztlichen Standesorganisationen beschämmt versuchen würden, die Sache auf bewährte „kollegiale“ Weise unter den Tisch zu kehren — doch im Gegenteil. Dr. Bunke, Kammerpräsident Niedersachsens, im Verein mit den Kassenzahnärzten und dem rechten „Freien Verband“, erklärte öffentlich und selbstbewußt, daß er sich ein solches Fehlverhalten nicht vorstellen könne. Solche dreisten Äußerungen brachten den Zahnarzt Rolf Bücken aus Hannover, zweiter Vorsitzender der Vereinigung Demokratische Zahnmedizin, dazu, einen Leserbrief zu verfassen, in dem er die Zahnärztekreise angriff, sie aufforderte „den Hut zu nehmen und ihr Amt zur

Verfügung zu stellen, es sei denn, sie sind mit den bekannten Praktiken einverstanden.“

Die so aufgeforderten Herren griffen natürlich nicht zu Hut und Stock, sondern zu Feder und Papier und schickten Bücken eine umfangreiche Klageschrift an das zuständige Berufsgericht ins Haus.

„Dieser Leserbrief“, so meinten sie darin, „der die ausdrückliche Berufsbezeichnung neben dem Namen „Zahnarzt“ enthält, ist dem Ansehen der Integrität des zahnärztlichen Berufsstandes abträglich ... Die Tatsache, daß er sich als Zahnarzt bezeichnet (was er ja nun tatsächlich ist/Anm. d. Red.) und ferner die Tatsache, daß er vorgibt, Kenner der Materie zu sein, verschafft dem Beschuldigten den Anschein einer Legitimation, Tatbestände aufzudecken und eine Meinung zu vertreten, die weder mit der objektiven Rechtslage übereinstimmt, noch dem Interesse und dem Ansehen des zahnärztlichen Berufsstandes ... zu dienen bestimmt sein kann.“

So skandalös das nun eingeleitete Berufsgerichtsverfahren auch ist, so zuversichtlich gibt sich der „Beklagte“, Rolf Bücken: „Ich betrachte solche Verfahren als Mittel der Disziplinierung, werde mich dadurch aber nicht davon abhalten lassen, meine Meinung zu sagen, gleichgültig, wie das Verfahren enden wird.“ Die Standesfürsten der Zahnärzteschaft werden sich eben auch langsam damit abfinden müssen, nicht mehr einer nur Beifall klatschenden Basis gegenüberzustehen.

Ausführliche Informationen: Vereinigte Demokratische Zahnmedizin, Siegburger Str. 26, 5300 Bonn 3

Spezialklinik für Folteropfer

Eine Spezialklinik für Folteropfer soll in diesen Tagen in Kopenhagen eröffnet werden. Die Klinik, die jährlich etwa 200 Gefolterte aus verschiedenen Ländern aufnehmen soll, wird aus einem Fonds der Vereinten Nationen finanziert. Eine weitere Klinik — für den amerikanischen Kontinent — steht im kanadischen Toronto vor der Eröffnung.

Nach mehrjähriger Forschungsarbeit war bereits 1981 an der Kopenhagener Universitätsklinik („Rigshospitalet“) das „Internationale Rehabilitations- und Forschungszentrum für Folteropfer“ (RCT) unter der Leitung der Neurologin Dr. Inge Kemp Genefke gegründet worden. Mit Unterstützung der dänischen Regierung arbeitet dort ein Team von etwa 20 Ärzten, Krankenschwestern, Psychologen, Physiotherapeuten, Übersetzern, Juristen und Sekretärinnen. Seit 1981 wurden insgesamt 32 Folteropfer aus Südamerika, Afrika und Griechenland behandelt.

Berufsverband Krankenpflege: Hilfe im Atomkrieg nicht möglich

Der Deutsche Berufsverband für Krankenpflege (DBfK) hat sich auf einer Arbeitstagung im Juli der Friedensresolution des Weltbundes der Krankenschwestern und Krankenpfleger (International Council of Nurses — ICN) angeschlossen und seine Regionalverbände aufgefordert, Arbeitskreise zum Thema Friedenssicherung ins Leben zu rufen.

In der im Juni 1983 in Brasilia verabschiedeten Resolution des ICN wird erklärt, „daß es keine realistische Möglichkeit gibt, den vernichtenden Auswirkungen des Atomkrieges auf die öffentliche Gesundheit und die gesellschaftliche Ordnung zu begegnen.“ Die nationalen Mitgliedsorganisationen werden auf die „Erfüllung ihrer beruflichen und ethischen Verantwortung gegenüber ihren jeweiligen Gemeinschaften hinsichtlich der Folgen eines Atomkriegs“ hingewiesen.

In der Begründung zu diesem Antrag hatte eine Delegierte aus Baden-Württemberg, Annegret Sonn, ausgeführt:

„Ich ertrage den Widerspruch nicht mehr länger — mit jeder Arbeitsstunde meiner Pflegetätigkeit entloht zu werden und dabei genau zu wissen, daß mehr als 15 Prozent meiner Lohnsteuer genau für das Gegenteil dessen verwendet werden, wofür ich mich mühe,

indem sie nämlich in den Verteidigungshaushalt fließen — und daß wir im Gesundheitswesen immer mehr von Sparmaßnahmen betroffen werden, während die Ausgaben für Verteidigung erhöht werden.“

Psychopharmaka für die Katastrophe

Wie berichtet, hatte das Bundesinnenministerium im Oktober 1982 in einer öffentlichen Ausschreibung 342 000 Ampullen sowie 2 Millionen Tabletten Diazepam (Valium[®]) und über 100 000 Ampullen Haloperidol zum Kauf ausgeschrieben. Bis zum 1. 8. 83 sollte geliefert sein. In einer Anfrage erkundigten sich nun die Grünen, wie viele Betäubungs- und Beruhigungsmittel — und von welchen Firmen — regelmäßig vom Innenministerium gehortet werden. Es antwortete der Staatssekretär Dr. Fröhlich: Psychopharmaka: 50 000 Tabletten (2 mg), 4 149 000 Tabletten (10 mg), 103 000 Tabletten (100 mg), 68 000 Filmtabletten, 68 000 Ampullen (2,5 mg), 103 000 Ampullen (5 mg), 342 000 Ampullen (10 mg), 23 300 Ampullen (50 mg). Betäubungsmittel: 3 951 560 Ampullen (2 ml). An Firmen waren beteiligt: Hoffroche, Stada, Ratiopharm und Wohl.

Somit kann im Ernstfall jeder siebte Bundesbürger, Kinder inclusive, zumindest mit einer 2-mg-Valium-Tablette rechnen — beruhigend!

Die Kosten für diesen Vorrat, der alle drei bis fünf Jahre völlig erneuert werden muß, dürften sich — auch unter den „ruinösen Wettbewerbsbedingungen“ auf dem Pharmamarkt — um drei bis fünf Millionen Mark drehen. PS.: Falls es zu einer „Neuauflage“ kommen sollte, schlagen wir vor, aus Ersparnisgründen Re-Import-Ware zu verwenden.

Kasseler brauchen sich nicht photographieren zu lassen

Der Verwaltungssekretär der Städtischen Kliniken in Kassel, Walper, nahm jetzt nach massiven Protesten seine Verfügung an die Mitarbeiter der Klinik zurück, sich für einen „Ernstfallausweis“ photographieren zu lassen. (dg berichtete.)

Damit hat sich ein weiterer Versuch der Herstellung einer „katastrophenmedizinischen Infrastruktur“ als nicht durchsetzbar erwiesen.

AKTUELLES

Ärzte und Medikamentenabhängigkeit

Farthmann wies darauf hin, daß die von einem Teil der Ärzte mitversuchte Medikamentenabhängigkeit um ein Vielfaches höher liege als die Heroinsucht.

Japan: Krebs Todesursache Nr. 1

Nach Informationen des japanischen Ministeriums für Gesundheit und Soziales sind 1982 in Japan über 170 000 Menschen an Krebs gestorben. Diese Todesursache liegt damit mit 24 Prozent an der Spitze. Dabei sind der Gebärmutter- und der Magenkrebs zurückgegangen. Für den alarmierenden Anstieg der Krebserkrankungen werden veränderte Ernährungsgewohnheiten verantwortlich gemacht.

Zu ähnlichen Ergebnissen war bereits der Internationale Krebskongress in den USA gekommen. In einigen Gebieten Japans war ein Zusammenhang von Krebserkrankung und Ernährung nachgewiesen worden.

Fachreise nach Vietnam



für Mediziner, Mitarbeiter des Gesundheitswesens und Ökologen

Erstmals bietet die Freundschaftsgesellschaft Bundesrepublik Deutschland / Sozialistische Republik Vietnam eine Fachreise an. Neben allgemeinen gesellschaftspolitischen Informationen wird diese Reise vor allem das Studium des vietnamischen Gesundheitswesens und ökologische Fragen zum Inhalt haben. Zum Programm zählen z.B.: Begegnungen mit Fachkollegen, Gespräche im Gesundheitsministerium, das Viet-Duc-Krankenhaus in Hanoi, das Tu-Du-Hospital in Ho-Chi-Minh-Stadt, das Kinderkrankenhaus in Haiphong, Rotkreuzeinrichtungen, die Hochschule für traditionelle Medizin, Institutionen der Landmedizin, Universitäten, Rehabilitationszentren für Rauschgiftsüchtige, Labors und Forschungsstätten, Fragen der Auswirkungen chemischer Kampfstoffe.

Die Leitung dieser Fachreise hat der stellvertretende Vorsitzende der Freundschaftsgesellschaft BRD-SRV, der Hamburger Arzt Kalle Fabig.

Termin: 20.12.1983 bis 9.1.1984

Preis 4650,— DM für die 21tägige Fachreise

Anmeldung und weitere Informationen bei der Geschäftsstelle der Freundschaftsgesellschaft BRD-SRV, Duisburger Str. 46, 4000 Düsseldorf 30, Tel. (0211) 49 01 11



Die Geschäftigkeit dieses Herrn verheißt nichts Gutes. Deshalb haben wir Monat für Monat ein Auge auf ihn. Wir bringen Hintergrundberichte, Analysen und Dokumente zu den weltpolitischen Krisenherden. Wir beleuchten das Thema Frieden aus der Sicht der Dritten Welt. Zum Beispiel:

AIB 10/83: Vom Regionalkonflikt zum 3. Weltkrieg? • Bewaffneter Befreiungskampf contra Frieden? Das Beispiel Südafrika • Krieg im Tschad: Innere Ursachen und Intervention von außen.

AIB 11-12/83: Chemische Kriegsführung und US-Globalstrategie • US-Kriegsführung in Indochina • US-Truppen in Honduras: Vorspiel zur Invasion gegen Nicaragua • Libanon: Konfliktescalation und die Rolle Washingtons • Übersicht: Rüstung und Unterentwicklung in der Dritten Welt.



AIB-Sonderhefte

1/83: Die Dritte-Welt-Politik der Bundesrepublik nach der „Wende“

2/83: Pinochet vor dem Sturz? Bilanz nach 10 Jahren Militärdiktatur/Perspektiven der Linken

Einzelheft 2,50; Doppelheft 4,50; Sonderheft 2 DM. Jahresabo 25 DM. Ab 10 Ex. 33 % Rabatt. Erhältlich im linken Buchhandel oder gegen Einsendung des Coupons.

Coupon/Bitte einschicken!

Ich bestelle:

ein kostenloses Probeheft
 AIB Nr. _____
 AIB-Sonderheft, Nr. _____
 ein Jahresabo ab Nr. _____

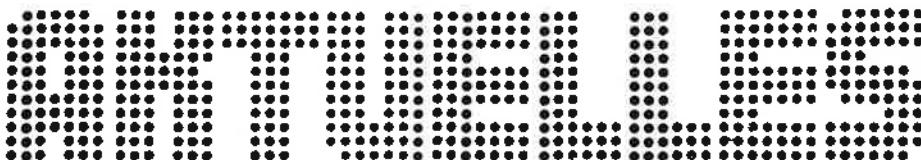
Name: _____

Adresse: _____

Unterschrift: _____

AIB

Die Dritte-Welt-Zeitschrift
 Liebigstr. 46
 3550 Marburg



Was Behinderte wissen müssen

Aus einem Brief an die „Freunde und Förderer der Orthopädischen Anstalten Volmarstein“, unterzeichnet vom Vorstandsvorsitzenden Albrecht Meyer zu Schwabedissen und dem Anstaltsleiter Pastor Rudolf Lotz:

Liebe Freunde und Förderer unserer Orthopädischen Anstalten!

Seit dem 6. März haben wir eine neu gewählte Regierung. Sie sagt jetzt schon, daß die kommende Zeit schwer sein wird. (...)

Die Jahre von 1970 bis 1980 hat man die Dekade der Rehabilitation genannt. Wahrscheinlich, es ist viel geschehen während dieser Zeit. Das Verdienst übrigens aller im Bundestag vertretenen Parteien.

Wir haben Verständnis dafür, daß der Staat im Augenblick andere Prioritäten setzen muß. Der Behinderte allein kann nicht immer im Mittelpunkt aller sozial-staatlicher Bemühungen stehen. Schaffung neuer Arbeitsplätze, Ausländerfragen, Umweltprobleme, Sicherheitsfragen: alles will bedacht sein. Und alles kostet viel Geld. (...)

Das Geld, das der Staat uns geben kann, wird wegen anderer dringender Aufgaben eher weniger werden. Auch die Behinderten

Nicaragua braucht Hilfe!

Medizinisches Personal gesucht

Der Gesundheitsladen Berlin und medico international suchen zur Betreuung der Zivilbevölkerung Nicaraguas bei Zusitzung der Lage für einen Zeitraum von drei bis sechs Monaten freiwillige Ärzt(inn)e(n) der Fachrichtungen Chirurgie, Anästhesie, Allgemeinmedizin und Gynäkologie sowie Pflegepersonal. Der Einsatz von vier bis sechs medizinischen Teams wird auf Anforderung des Gesundheitsministeriums von Nicaragua erfolgen. Interessenten werden gebeten, sich umgehend beim Gesundheitsladen Berlin zu melden.

Zur Durchführung dieses Hilfsprojekts werden etwa 200000 Mark für Ausrüstung, Flug und Versicherung der Teams benötigt.

Gesundheitsladen Berlin

Mehringhof
 Gneisenaustr. 2
 1000 Berlin 61

Spenden:
 Postscheckkonto Bln/W 385 13 - 105

ten wissen das und sind bereit, überzogene Ansprüche zurückzuschräben. Aber wir dürfen nicht wieder zurückfallen in die Anfänge, die damals den großen Aufbruch nach vorn notwendig machten. Wenn staatliche und

öffentliche Zuwendungen weniger werden, müssen wieder Opfer der einzelnen erbeten werden. Damit die Behinderten auch weiterhin nicht abseits stehen müssen. Wir grüßen Sie in herzlicher Verbundenheit."

„Contra familiam“

Anders als nach den zahlreichen familienpolitischen Bekundungen von Unionspolitikern zu erwarten, hat die „Wende“ in Bonn offensichtlich eher familienfeindliche Konsequenzen: Der Verein Pro familia, der bundesweit 117 Beratungsstellen unterhält, klagt nicht nur über finanzpolitisch, sondern auch über ideologisch motivierte Kürzungen. Mit ausweichenden Begründungen lehnte jetzt das Familienministerium unter Bundesminister Heiner Geißler (CDU) die Finanzierung einer Neuauflage des beliebten „Mädchenpiegels“ der Pro familia ab. Auf Bundesebene werden allerdings offizielle noch keine politischen Begründungen für

Mittelkürzungen geltend gemacht.

Auf Gemeinde- und Stadtrats- sowie auf Kreisstufe fielen Absagen an Pro familia dagegen bereits in den letzten Jahren deutlicher aus. So lehrte, wie erst jetzt bekannt wurde, der Bürgermeister der Stadt Fulda einen Finanzierungsantrag der Pro familia für das Haushaltsjahr 1983 unter anderem mit der Begründung ab, der Verein trage „der Rechtsauffassung des Bundesverfassungsgerichts zur Reform des § 218 StGB“ nicht Rechnung.

Daß Pro familia neben der Ehe alternative Lebensformen anerkennt und unterstützt, widerspricht, so Fuldas Bürgermeister v. Pufendorf, „den familienpolitischen Grundauffassungen, welche die Stadt Fulda traditionell

entwickelt und praktiziert hat.“ Anerkennung und Unterstützung alternativer Lebensformen durch Pro familia gelten nach dem Urteil des Trierer Landrats Dr. Braun-Friderici als „Auffassungen, die die Grundlagen unseres Zusammenlebens in Frage stellen.“ In einem internen Papier verstieß sich derselbe Landrat sogar zu der Formulierung, die sexualpädagogische Tätigkeit des Vereins sei „verfassungswidrig“.

Obwohl Pro familia in der Öffentlichkeit vorwiegend mit der nach § 218 vorgesehenen Beratung vor dem Schwangerschaftsabbruch in Verbindung gebracht wird, macht diese öffentliche Aufgabe in der Praxis der Beratungsstellen — gemessen an der Zeit — nur etwa 41 Prozent aus.



DEMOKRATISCHES
GESUNDHEITSWESEN



AKTION LESER

WERBEN LESER

Wer einen dg-Leser wirbt, erhält kostenlos eines der folgenden Bücher. Coupon einfach ausfüllen, ausschneiden und abschicken an:

Karl D. Bredthauer,
Sage niemand, er
habe es nicht wis-
sen können.
Eine Dokumenta-
tion, 192 Seiten



Detlef Uhlenbrock
(Hrsg.), Mobilma-
chung für die Hei-
matfront. Militarili-
sierung des Ge-
sundheitswesens,
155 Seiten



Jürgen Grumbach
(Hrsg.), Grünbuch
Ökologie II. Ein
Jahrbuch, 220 Sei-
ten



Pahl-Rugenstein Verlag GmbH
Gottesweg 54
5000 Köln 51



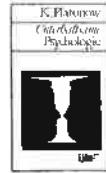
Susanne v. Daniels,
Frajo Krick, Gustl
Steiner u. a. (Hrsg.),
Krüppel-Tribunal.
Menschenrechts-
verletzungen im So-
zialstaat, 171 Sei-
ten



Gisela Preuschhoff,
Von 0 bis 3. Alltag
mit Kleinkindern,
2., überarb. Aufl.,
360 Seiten mit
zahlr. Fotos u. Illu-
strationen



Winfried Schwamborn (Hrsg.),
Schwulenbuch. Lie-
ben, kämpfen, le-
ben, 219 Seiten mit
zahlreichen Abbil-
dungen



K. Platonow, Unter-
haltsame Psycholo-
gie, 360 S. mit
zahlr. Fotos u. Illu-
strationen



Martin Klaus, Mäd-
chen im Dritten
Reich. Der Bund
deutscher Mädel
(BDM), 219 Seiten
mit zahlreichen Ab-
bildungen

Ich abonneiere von Januar 1984 an die Monatszeitschrift DEMOKRATISCHES GESUNDHEITSWESEN zum Preise von DM 3,50 zuzüglich Porto gegen Verlagsrechnung. Das Abonnement verlängert sich um ein weiteres Kalenderjahr, wenn es nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres gekündigt wird.

Ich erhalte für das von mir geworbene Abonnement ein Buchgeschenk. Ich habe mir das folgende Buch ausgesucht (Kurztitel bitte ankreuzen):

- Knorr, Geschichte der Friedensbewegung
- Sage niemand, er habe...
- Mobilmachung für die Heimatfront
- Grünbuch Ökologie II
- Krüppel-Tribunal
- Schwulenbuch
- Klaus, Mädchen im Dritten Reich
- Preuschhoff, Von 0 bis 3
- Platonow, Unterhaltsame Psychologie

Bitte, schicken Sie das Buch an folgende Adresse:

Name _____

Name _____

Vorname _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

PLZ/Ort _____

Beruf _____

Beruf _____

Unterschrift _____

PLZ/Ort _____

Verschiedenes

Kleinanzeigenmarkt:

Preis: 5 Zeilen à 25 Anschläge nur 5 DM. Jede Zeile mehr (25 Anschläge) 1 DM. Postkarte an: 'Demokratisches Gesundheitswesen', Siegburger Straße 26, 5300 Bonn 3

Für das Wohnhaus Jüthornstraße in Hamburg-Wandsbek, eine Rehabilitationseinrichtung für psychiatrische Patienten mit ca. zwei Dutzend Übergangs- und Dauerwohnheimplätzen, suchen wir zum nächstmöglichen Termin eine

Krankenschwester

mit Berufserfahrung in psychiatrischen Einrichtungen, Erfahrung mit Teamarbeit und der Be-

reitschaft, ggfs. auch Nachtbereitschaften zu übernehmen.

Die Bezahlung erfolgt nach BAT-Vb bzw. mit psychiatrischer Fachweiterbildung nach BAT Vb.

Bewerbungen an/nähere Information bei:

Hamburgische Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V.
Tagesstätte
Bredstedter Str. 17
2 Hamburg 70
Tel. 040/68 24 64/65

Die Abteilung Erziehungsberatungsstelle der Stadt Frankfurt sucht für zwei Erziehungsberatungsstellen je eine(n) weitere(n)

Arzt/Ärztin

möglichst mit Vorerfahrung in Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie oder Pädiatrie (Besoldungsgruppe A 14 BBO bzw. Ib BAT).

In jeder Erziehungsberatungsstelle der Stadt Frankfurt arbeitet ein Arzt mit voller Planstelle in enger Kooperation mit den anderen Fachkräften. Die Abteilung umfaßt 7 Erziehungsberatungsstellen und 2 heilpädagogische Kindertagesstätten mit insgesamt 9 Dipl.-Psychologen, 6 Ärzten (davon 3 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie), 8 Sozialarbeiter, 15 Pädagogen mit Zusatzausbildung und 5 Arzthelferinnen.

Unter Konzept eines breiten ambulanten Hilfsangebots mit besonderen Zugangsmöglichkeiten für soziale Randgruppen gerät jetzt in Gefahr, nachdem zwei Ärzte ausgeschieden sind und qualifizierte Nachfolger sich bis jetzt nicht finden ließen. Gegenüber den Problemen einer freien Praxis können wir hier ein interessantes ambulantes Tätigkeitsfeld für einen Kinder- und Jugendpsychiater anbieten.

Ausführliche Stellenbeschreibung kann auf Wunsch zugesandt werden. Bitte rufen Sie (0611) 212-3633 an oder schreiben Sie an den

Magistrat der Stadt Frankfurt z. Hd.
Herrn Dr. med. K. J. Ehrhardt
Weißfrauenstr. 10
6000 Frankfurt/Main 1

Ein Nervenarzt, mehr Erfahrung in Neurologie, möchte in ca. 1 1/2 Jahren den Absprung aus der Klinik machen. Ich stelle mir **Gemeinschaftspraxis** mit Partner/in vor. Suche jemanden mit Schwerpunkt Psychiatrie u. Psychotherapie. Ort offen. Wer hat ähnliche Pläne?
Peter, Tel. (05 02) 43 03

Gynäkologe übernimmt sofort: Wochenendnotdienste, Schwangerschaftsvertretungen auf Geb./Gyn.-Abteilung, Praxisvertretungen in gynäkologischer oder allgemeinmedizinischer Praxis, möglichst in Niedersachsen oder Ostwestfalen. Telefon: (050 33) 1332

Wir planen **Friedensdörfer** in Spanien, Frankreich und hier — Beitrag zur Arbeitsplatzbeschaffung, Daseinssicherung, Kapitalanlage. Verein der Frauen und Ritter für den Frieden, Deutsche Sektion, (gemeinnützig), Siebengebirgsstr. 5, 5205 St. Augustin 2, Tel. (022 41) 33 2011/33 5711

Rockgruppe MICHA AMBULANZ mit dt. Texten über Krankenhaus, Psychiatrie, Schule und andere Anstalten, hat noch Auftrittstermine auf Kongressen, Unifeten, Friedensveranstaltungen usw. für '84 frei. Info u. Demo-Cassette steht auf Wunsch zur Verfügung. Kontakt: Birgit Heinemann, Herzogstr. 30, 4650 Gelsenkirchen, Tel. (0209) 49 3113 ab 16.30 Uhr oder (0221) 760 3251.

Termine:

Alle Termine veröffentlichen wir völlig kostenlos, im Gegen teil, wir wissen immer gerne, wo was los ist! Bitte beachtet, daß wir die Termine mindestens 3 Wochen vor Erscheinung der Ausgabe haben müssen!

● 30.1.-3.2.84
Mari
Methodik und Verhalten: themenorientiert
2. Woche in der Seminarreihe des Allgemeinen Krankenpflegeverbandes Marl: Neue pädagogische Ansätze — auch für die Ausbildung in der Krankenpflege
Kontakt: AK, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstr. 55, 4370 Marl

Veranstaltungsreihe „**Medizin und Militär**“ des Instituts für Geschichte und Theorie der Medizin und des AStA der Universität Münster:

● 8.12.
Ist Katastrophenmedizin gleich Kriegsmedizin? Mit Prof. Dr. Domres, Tübingen. Hörsaal Medizin Klinik, Domagkstraße.

● 15.12.
Katastrophenmedizin ist Kriegsmedizin! Mit Eberhard Weber, Hamburger Friedensinitiative im Gesundheitswesen. Hörsaal Medizin Klinik, Domagkstraße.

● 23.-25.11.83
Düsseldorf
18. Deutscher Kongreß Arbeitsschutz + Arbeitsmedizin

Kontakt: NOWEA, Frau Laskowski, Postfach 320203, 4000 Düsseldorf 30

● 8.-11.2.84
Düsseldorf

11. Internationales Krankenhausymposium

Generalthema: „Evolution in der Krankenhauswirtschaft — Schlüsselfragen der Veränderungen in Struktur, Qualität, Technisierung und Finanzierung von Krankenhausleistungen“

Kontakt: Deutsches Krankenhausinstitut, Tersteegenstr. 9, 4000 Düsseldorf 30, Tel. (0211) 43 4422

● 19. bis 24. 2. 84
Berlin
Dritter Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Thema: Wege aus der Krise?
Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Postfach 1343, 7400 Tübingen, Tel. (070 71) 32 697.

● 9.-11.3.84
Königstein/Taunus
Seminar „Medizinische und psychologische Aspekte der Behandlung von Folteropfern“
Kontakt: amnesty international, Arbeitskreis Medizin/Psychologie, Dr. Johannes Bastian, Meisenweg 8, 7130 Mühlacker, Tel. (070 41) 43 155

● 12.-16.3.84
Marl
Patientenzentrierte Pflege und schülerzentrierter Unterricht
3. Woche in der Seminarreihe des Allgemeinen Krankenpflegeverbandes Marl
Kontakt: AK, Lucy-Romberg-Haus, Wiesenstr. 55, 4370 Marl

● 31.3./1.4.84
Tübingen
4. Medizinischer Kongreß zur Verhinderung eines Atomkrieges
Kontakt: Kongreßbüro, Kurt A. Rumler, Béthleestr. 29, 7400 Tübingen 1

Klinik meistbietend zu ...

Immer mehr kommunale
Krankenhäuser werden von Klinik-
ketten aufgekauft



Nach Wäschereien, Reinigung, Küchen und Apotheken werden seit einigen Jahren — noch weithin ohne Aufsehen in der Öffentlichkeit — ganze Krankenhäuser privatisiert. Marktführer auf diesem Sektor ist die Paracelsus-Kette des Osnabrücker Radiologen und „begnadeten Unternehmers“ Dr. Hartmut Krukemeyer. Die Vorbilder stammen aus den USA. Eine Reportage von Matthias Albrecht und Norbert Andersch.

Das Drehbuch scheint stets gleich: Kommunale Krankenhäuser kommen aus den roten Zahlen nicht mehr heraus. Die Kommunen, durch Steuerausfälle und wachsende Sozialhilfeausgaben ohnehin gebeutelt, werfen das Handtuch: Käufer gesucht.

„Letztes kommunales Krankenhaus im Erftkreis privatisiert“, hieß es im Juni 83. Im September wurden die Verkaufsabsichten der Städte Fröndenberg und Hemer im Sauerland bekannt. Im Frühjahr 83 hatte der Landschaftsverband Westfalen-Lippe zwei Frauen- und eine Kinderklinik an kirchliche Träger verhökert.

Doch die Unruhe auf dem bundesdeutschen „Krankenhaus-Markt“ wird nicht so sehr durch Aktivitäten der kirchlichen Multis, sondern durch die zwei privaten Hechte im Karpfenteich hervorgerufen.

Stets tauchen als Retter bei den geplagten Stadtvätern zwei Unternehmen auf:

- die SANA-Kliniken GmbH München und
- die Paracelsus-Klinikengruppe Osnabrück.

Bei dem Handel, der dann abgewickelt wird, scheint es nur Gewinner zu geben:

- Die Kommunen atmen auf, die laufenden Defizite tauchen nicht mehr im Haushalt auf, im Falle Hemer und Fröndenberg sollen gar die laufenden Schuldenlasten in Millionenhöhe übernommen werden,

„Verantwortung... ...gegenüber den Kostenträgern“

„Aus dieser ‚Philosophie‘ lassen sich bereits eine ganze Menge Ableitungen finden, die Teil unserer Marketing-Konzeption sind: Das Herausbrechen der Krankenversorgung aus dem Anstaltswesen, die Hinführung der Patientenversorgung zu leistungsbezogenen und motivierenden Interaktionen der einzelnen Berufsgruppen mit den Patienten und untereinander, die Nutzung von Verbundsystemen und Symbiose-Effekten, das sparsame Umgehen mit knappen Ressourcen in verantwortlichem Handeln gegenüber den Kostenträgern. Dies

alles mündet in das Instrument der Marktwirtschaft, das die Paracelsus-Kliniken-Gruppe als ein ideales ansieht, um eine qualitativ hochstehende und sichere Krankenversorgung auch mit knapp bemessenen Ressourcen zu finanzierten Preisen gewährleisten zu können.“

„Eigentumsgarantie, Entscheidungsfreiheit und die Koordination autonomer Pläne durch den Marktmechanismus sind mithin das Element, auf denen unsere Daseinsvorsorge ruhen soll.“

Zitate aus: Konzeption und Management der Paracelsus-Kliniken, Manuscript

dg. Krukemeyer, der als Radiologe in Osnabrück anfing, hält außer den Praxisräumen noch die zentralen Einrichtungen (OP, Labor, Küche, Physikalische Therapie usw.) vor. Außer Osnabrück funktionieren auch die Paracelsus-Kliniken in Bad Ems, Hannover, Karlsruhe und München nach diesem Modell. Im Verhältnis zu den festgefahrenen Strukturen unseres Gesundheitswesens und besonders zu Opas Belegarztsystem stellt das Modell Praxisklinik eine fortgeschrittenen Alternative dar.

Die Paracelsus-Gruppe will weiter kräftig expandieren: Deshalb wurden Verhandlungen zur Übernahme der städtischen Krankenhäuser Fröndenberg und Hemer geführt. Die Verhandlungen in Fröndenberg scheiterten an dem Plan Krukemeyers, auch hier eine Praxisklinik einzurichten. „Wir wollten das Krankenhaus in der Grundversorgung gesundschärfen und die neugewonnenen Betten einigen Spezialdisziplinen zur Verfügung stellen. Geplant waren: Proktologie (Chirurgie des Enddarms), Rheumatologie/-



SANA Kliniken-GmbH

TABEA-Krankenhaus Hamburg, 125 Betten
SANA-Klinik München-Solln, 125 Betten
SANA-Klinik Hürth/Köln (bisher Städt. Krankenhaus Hürth), 140 Betten
SANA-Klinik Wildbad, 80 Betten

Paracelsus-Kliniken

Paracelsus-Klinik Osnabrück, 450 Betten
Paracelsus-Strahlen-Klinik Osnabrück, 50 Betten
Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg, 220 Betten
Paracelsus-Klinik Golzheim, Düsseldorf, 150 Betten
Paracelsus-Klinik Bad Ems, 160 Betten
Paracelsus-Klinik Karlsruhe, 200 Betten
Paracelsus-Elena Kassel, 120 Betten
Paracelsus-Klinik Silbersee Langenhagen, 190 Betten
Paracelsus-Park-Hospital, München-Bogenhausen
+ 16 Kliniken in Los Angeles und San Francisco mit insgesamt ca. 1700 Betten und 3000 Beschäftigten

Das Modell Praxis-Klinik

„Die Praxis-Klinik ist ein Zentrum für institutionell, personell und räumlich verzahnte ambulante und stationäre Patientenversorgung, in dem ein Ärztehaus mit mehreren, meist gemeinschaftlich betriebenen Arztpraxen“ in das Krankenhaus eingebaut ist. „Das praxisklinische System bezweckt also eine durchgängige ambulante und stationäre Versorgung durch ein und denselben Arzt. Es will damit eine medizinisch und wirtschaftlich effiziente Versorgung“, heißt es in Krukemeyers Konzeption. Das mit Selbstlob nicht knauserige Papier verrät, daß diese Konzeption bei Auslandsaufenthalten in den USA entstanden ist. Die strenge Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung — wem von uns ginge sie nicht täglich auf den Nerv — hatte er zu Recht als Problem empfunden. In Krukemeyers Praxisklinik werden von ihm Praxisräume an Kassenärzte vermietet, die gleichzeitig auch stationäre Patienten versorgen. Es handele sich um „ortsübliche Mieten“, versicherte Jörg Lauterbacher, Generalbevollmächtigter von Krukemeyer gegenüber

Landschaftsverband Westfalen-Lippe verkauft:

Landeskinderklinik Bochum, 200 Betten
Landesfrauenklinik Bochum, 100 Betten
an: Kathol. St.-Josefs-Hospital, Bochum
Landesfrauenklinik Paderborn, 150 Betten
an: St.-Vinzenz-Krankenhaus Paderborn



- die Beschäftigten sind erleichtert, weil Arbeitsplätze plötzlich wieder sicher sind,
- die Patienten: das örtliche Krankenhaus bleibt erhalten, noch eben von Schließung bedroht; das medizinische Angebot soll verbessert werden,
- die Gesundheitspolitik: modellhafte Einrichtungen wie die Paracelsus-Praxiskliniken setzen sich durch,
- die privaten Klinik-Unternehmen wie SANA und Paracelsus-Kliniken: sie dehnen ihren Einfluß aus, natürlich nicht ohne eigenen Nutzen.

Was soll an diesem Vorgang schon aufregend sein, wenn sich die Interessen aller Beteiligten so harmonisch miteinander verbinden?

— Anzeige —

Die Auflösung der Irrenhäuser oder Die Neue Psychiatrie in Italien

von Josef Zehnbauer, Patrizia d'Onofrio, Francesco Tullio und Lorenzo Toresino. Außerdem Beiträge von: Franco Basaglia, dem Team von Arezzo, dem Team von Perugia San Sisto und der Patienten-Selbsthilfe-Organisation C.A.R.M. in Rom. 288 S., viele Fotos, DM 16,80. Zu beziehen über:

NETZWERK PSYCHIATRIE, Kidlerstr. 18, 8 München 70

Die italienischen Erfahrungen beweisen es:

Wir brauchen keine psychiatrischen Krankenhäuser!

Mehrere italienische Städte haben in den letzten Jahren ihre riesigen psychiatrischen Anstalten fast völlig aufgelöst: In diese gefängnisähnlichen Krankenhäuser dürfen jetzt überhaupt keine neuen Patienten mehr aufgenommen werden, und die ehemaligen Anstaltsinsassen können endlich außerhalb der Anstaltsmauern unter menschenwürdigen Bedingungen in Freiheit leben.

In dem vorliegenden Buch wird die Geschichte der Neuen Psychiatrie in Italien umfassend dargestellt: Ihre unterschiedliche Entwicklung in den einzelnen Provinzen, die Einflüsse vom Ausland, die Rolle der Anstaltsmitarbeiter und Anstaltsinsassen, der politischen Parteien und Gewerkschaften, der Studenten, der Antipsychiatriegruppen und anderer sozialpolitischer Bewegungen.

Rheumachirurgie und die Neurologie." NRW-Arbeitsminister Farthmann lehnte ab, weil diese Pläne nicht mit dem Landeskrankenhausbedarfsplan übereinstimmten. Für die Krukemeyer-Gruppe ist die Übernahme nur interessant mit Aufnahme in den Bedarfsplan. Die Verhandlungen zur Übernahme des Städtischen Krankenhauses in Hemer (280 Betten) stehen besser für Krukemeyer: Beide Seiten wollen den Trägerwechsel, aber perfekt sei er noch nicht, versichert uns Jörg Lauterbacher.

Das Marketing und die Philosophie

„Einem anderen gehöre nicht, wer sein eigener Herr sein kann“ — dieser Spruch — natürlich auf Lateinisch — stammt von Paracelsus (voller Name: Theophrastus Bombastus von Hohenheim, 1493-1551). Sein Name gab der ganzen Klinik-Kette den Namen: „Der alleinige Träger aller Paracelsus-Kliniken, ihr Gründer und Motor, ist Dr. med. Hartmut Krukemeyer, Arzt (Radiologe) in Osnabrück. Er ist 58 Jahre alt; er hat unter anderem einen Sohn, der Medizin studiert und eines Tages sein Nachfolger werden soll“, heißt es in dem Krukemeyerschen Papier.



„Einem anderen gehöre nicht, wer sein eigener Herr sein kann.“
Dieser Wahlspruch des Paracelsus (1493-1551) wurde zum Motto der Krukemeyer-Kette.

Das Krukemeyer-Konzept verdient eine genauere Untersuchung: zwei Kernbegriffe tauchen immer wieder auf: *Philosophie* und *Marketing*.

„Wo kein Wille zur Genesung ist, kann auch die beste Medizin nicht helfen. Der kranke Mensch kann deshalb nicht nur Behandlungs- und Betreuungscampfänger sein, sondern er muß zum Partner im ge-

„In unserer aufreibenden und schnellebigen Zeit ist es notwendig, sich einer periodischen Generaluntersuchung zu unterziehen, die nicht länger als vier bis fünf Tage dauert.“

meinsamen Bemühen um Gesundheit gemacht werden; er braucht eine Umgebung, in der er sich wohlfühlt, die ganz auf seine persönlichen Bedürfnisse eingeht.“

So beschreibt die Paracelsus-Gruppe selbst den Kern ihrer „Philosophie“. Der Patient wird als „Souverän des Systems“ bezeichnet.

Was bietet die Philosophie dem Patienten?

- „Vermeidung von Doppeluntersuchungen,
- Abkürzung der Wartezeit für den Patienten,
- Verkürzung der Behandlungszeiten und damit der Dauer stationärer Behandlung und
- all dies zu finanziellen Bedingungen, die deutlich unter dem Durchschnitt liegen.“

Das ist noch nicht alles:

„Suchen Sie nicht erst eine Klinik auf, wenn sich echte Krankheitssymptome anmelden. In unserer aufreibenden und schnelllebigen Zeit ist es vielmehr notwendig, sich einer periodischen Generaluntersuchung zu unterziehen, die ohne Komplikationen nicht länger als 4-5 Tage dauert,“ versprechen die farbigen Werbeblätter der einzelnen Paracelsus-Kliniken.

Sieht man sich das Spektrum an Fachdisziplinen in den Paracelsus-Kliniken jedoch näher an, fällt ein *Überwiegen operativ-technischer Fächer* auf. Schon die Eingangshalle der Klinik in Osnabrück vermittelt diesen Eindruck mit ihrem Wald von 18 verschiedenen Praxisschildern. In dem Konzeptpapier wird dieser Aspekt bei der Beschreibung der einzelnen Kliniken sehr be-

herrscht: Neurochirurgie und Dialyse als Schwerpunkte in Osnabrück, Sportmedizin in Henstedt-Ulzburg; Urologie mit Nierensteinzertrümmerer in Düsseldorf, Herzchirurgie in Bad Ems („hat sich leider durch den Widerstand der Hochschulmedizin nicht verwirklichen lassen“), Plastische Chirurgie in Karlsruhe.

Privatisierung: Wer saniert wen?

„Privatisierung soll auf lange Sicht Stadtsäckel entlasten“, meldete der Kölner Stadt-Anzeiger. Alle Ratsfraktionen begrüßten die Übernahme des Städtischen Krankenhauses Hürth durch die SANA-Kliniken GmbH, weil in den letzten Jahren der Zuschußbedarf jährlich von 400 000 auf 800 000 Mark angewachsen war. Eine Renovierung stand an. Und weil der Gemeinde so ein schwerer Stein vom Herzen fiel, ließ man sich beim Übernahmevertrag auch nicht lumpen: bis zu 4,25 Millionen Mark will die Stadt der SANA für die anstehenden Umbauarbeiten zahlen. Zusätzlich sollen bis zu 500 000 Mark für eine Übergangszeit von drei Jahren gezahlt werden, wenn Defizite im Zeitraum des Umbaus auftreten. Dafür versicherte die SANA, den Anteil von Privatpatienten nicht über 20 Prozent zu treiben! (Normal sind acht Prozent.) Wie dg aus einer anderen Kommune erfuhr, strebt die SANA diese Quota bei allen Privatisierungen an. Die Gewinnquote soll 10 Prozent betragen.

Wie heißt es noch in der Satzung der SANA: „Die Gewinnerzielung ist nicht Zweck des Unternehmens.“

Damit ist man in der Bundesrepublik „beschränkt gemeinnützig“. Wie sagte noch der Geschäftsführer der SANA, Dr. Weißenböck, zu dg auf die Frage nach weiterer Expansion: „Günstig, der Markt ist günstig. Wir stehen mit weiteren Kliniken in Kontakt, etwa zehn zur Zeit.“

Was den Patienten betrifft, so zielt die Philosophie auf eine spezielle Auswahl von Patienten. Und die Auswahl trifft nicht der „Patient als Souverän“, sondern die „Marketing-Strategie“:

**Sexualpädagogik
Familienplanung**
Erscheint alle 2 Monate

pro familia magazin

Heft 1/1984 (Januar)

**Schwerpunktthema:
Kinder kriegen**

Eine Bestandsaufnahme:

Nicht nur medizinische Aspekte (z. B. Praxisgeburt, Klinikgeburt, ambulante Geburt) sondern auch soziologische (z. B. Gebärneid der Männer) und aktuelle: Was wird aus den Hebammen? Mütter nach der „Wende“... Und vieles mehr.

Ankreuzen und einsenden an:
Gerd J. Holtzmeyer Verlag
Weizenbleck 77, 3300 Braunschweig

Bitte, schicken Sie mir das „Kennenzelnpäckchen“ des **pro familia magazins** „Sexualpädagogik und Familienplanung“ (4 Ausgaben ab 1981 je nach Lagerbestand) zum Preis von DM 10,- (Schein/Scheck beifügt).
 Bitte, schicken Sie mir das angekreuzte Heft gegen Rechnung (6,20 DM + 0,80 DM Porto). Wenn ich innerhalb von drei Wochen die Zeitschrift abonniere, brauche ich die Rechnung nicht zu bezahlen.

Heft 4/83

**Gesundheitskultur
und Sexualität**

Heft 5/83

Pro Familia Praxis

Heft 6/83
(11. Nov.)

**Sexualerziehung
und kein Ende**

Heft 1/84
(7. Januar)

**Kinder
kriegen**

Heft 2/84
(10. März)

**Sexualität
und Lebensalter**

Heft 3/84
(7. Mai)

Verhütung

Heft 4/84
(9. Juli)

**Familienplanung
international**

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Datum, Unterschrift _____



Der Infodienst ist ein Mitteilungs- & Kommunikationsorgan der Gesundheitsläden dieses unseres Landes. Seine Aufgaben sind: Informationsaustausch; Vor- und Nachbereitung der 2-3 x jährlich stattfindenden überregionalen GL-Treffen; Diskussion und Austausch aktueller Themen zum Gesundheits- & Sozialwesen.

Der Infodienst erscheint ungefähr alle 2 Monate und wird bis Nr. 13 (Feb./März 84) vom Gesundheitsladen Hamburg herausgegeben.

Manche Infodienst-Nummern haben einen Themenschwerpunkt, so z.B.: Nr. 1 + 2: Gesundheitssicherstellungsgesetz (März und April 82); Nr. 5: Patientenstellen (Sept/Okt 82); Nr. 9: Gesundheitserziehung (Mai/Juni 83); Nr. 10: Die Wendepolitik (Juli-Sept 83); Nr. 11: Gesundheitstag 1984? (Okt/Nov 83); Nr. 12: Selbsthilfegruppen (Dez/Jan 83/4)

Willst du den Infodienst beziehen, wende dich an den nächstgelegenen Gesundheitsladen. Dort kostet er nur DM 2,50/Heft.

Willst du den Infodienst per Post beziehen, überweise den entsprechenden Betrag (s. unten) auf das Konto

PSchA Stgt Nr 1758 89 - 708
(BLZ 600 100 70) für Ch. Kranich

und vermerke auf dem linken Zahlkartenabschnitt deutlich deine Anschrift und deinen Wunsch.

Was's kostet:

Einzelbestellungen:

Nr. 1 - 4 je DM 2,- inclusive
Nr. 5 + 6 je DM 3,- Porto
ab Nr. 8 je DM 4,-

Abonnement:

Nr. 1 - 6 (1982) DM 14,- incl.
Nr. 9-13 (1983) DM 20,- Porto

Anfragen richtet bitte an
Infodienst der Gesundheitsläden c/o Christoph Kranich
Beckstr.14 - 2000 Hamburg 6
Telefon: 040 / 439 60 47

Allheilmittel: Privatisierung und Marktwirtschaft

Krankenhausfinanzierung wenig gefragt

1972 wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz (im folgenden KHG) verabschiedet. Sein Kern ist die „duale Finanzierung“:

- Investitionen trägt die öffentliche Hand (Bund und Länder).
- Benutzerkosten werden als Pflegesätze von den Krankenkassen bezahlt.

Obgleich als „Jahrhundertgesetz“ gefeiert, änderte es lediglich die finanzielle Situation der Krankenhäuser, nicht jedoch deren innere Struktur. Die Diskussionen der vorhergehenden Jahre, z.B. um das „Klassenlose Krankenhaus“, spiegelten sich überhaupt nicht wider. In den folgenden Jahren wurde die Krankenhauslandschaft gründlich saniert: die noch gute Wirtschaftslage ließ die Zuschüsse von Bund und Ländern für Krankenhausneubauten und Sanierung von Altbauten reichlich fließen. Die Pflegesätze nach dem Selbstkosten-deckungsprinzip des KHG und der Bundespflegesatzverordnung erlaubten die Befriedigung eines Nachholbedarfs auf Kosten der Krankenkassen.

So kam es zu den spektakulären Pflegesatzsteigerungen der folgenden Jahre: zwischen 29 Prozent und 44 Prozent in den Jahren 1972 bis 1974. Mit dem Beginn der Wirtschaftskrise 1974/75 kam das Schlagwort von der „Kostenexplosion“ auf. Gleichzeitig begann die Privatisierung kommunaler Einrichtungen wie Schlachthöfe, Müllabfuhr oder Badeanstalten. Die Welle der Teilprivatisierung erreichte sehr schnell die Krankenhäuser: Reinigungsdienste, Wäschereien, Labors, schließlich sogar die Beschäftigten, z.B. in Form der „Leasing-Schwestern“. Dabei wurde regelmäßig nach dem gleichen Muster vorgegangen: Privatisierung wurde als Systemfrage begriffen, sie steht für „Freiheit und Marktwirtschaft“, kommunale Dienstleistungen dagegen wurden als Inbegriff von „Unfreiheit, Planwirtschaft“ und gelegentlich sogar „Sozialismus“ denunziert. Die angeblichen ökonomischen Vorteile blieben regelmäßig sehr bescheiden, zumindest für die öffentliche Hand, die Nachteile für die betroffenen Arbeiter und Angestellten dagegen wurden bald deutlich: Entlassungen, Übernahme durch die Privatfirmen zu schlechteren Bedingungen, Einschüchterung der übrigen Beschäftigten durch Hinweise auf die schlechte Arbeitsmarktlage, so arbeitete es die ÖTV schon 1977 in ihren Untersuchungen zur Privatisierung heraus.

Die Privatisierung im Krankenhaus wurde von den Mechanismen des KHG zusätzlich begünstigt: So wurde in einem Krankenhaus der eigene Reinigungsdienst abgeschafft, weil 700 000 Mark Lohnkosten pro Jahr zu teuer waren. Die Fremdvergabe an eine private Putzfirma, die NWG, kostete zwar eine Million, wurde jedoch jetzt als Sachkosten verbucht. Diesen Batzen schlucken die Kassen viel leichter. Denn das bestgehütete Vorurteil gegenüber dem Krankenhaus — auch bei den

Kassen — lautet: die Personalkosten sind zu hoch. Sie machen immerhin 70 bis 75 Prozent der Gesamtkosten aus.

Die Krankenkassen drückten bei schwindenden Einnahmen infolge der Arbeitslosigkeit auf die Pflegesätze. Wirtschaftlichkeitsprüfungen in großem Stil durch Firmen wie TREUARBEIT, WIBERA und andere sowie Gerichtsurteile zugunsten der Kassen mit teils drastischer Verkürzung von Pflegesätzen treiben die kommunalen, mit Abstrichen aber auch die konfessionellen Häuser in wachsende Defizite analog zu den sechziger Jahren. Zunehmend wird deshalb von Krankenhausträgern, Kassen, Medien und Politikern der „Zusammenbruch der Krankenauffinanzierung“ beklagt.

Die auffällige Übereinstimmung verdeckte die meist völlig unterschiedliche Analyse, weshalb es zum Ausbluten der Krankenhausfinanzierung kommen konnte und mußte. So kritisiert der Bundesverband der Ortskrankenkassen

- unzureichende Bereitstellung öffentlicher Fördermittel
- willkürliche Kostenverschiebung in die Pflegesätze zu Lasten der Kassen;
- die nachträgliche Festsetzung der Pflegesätze aufgrund der Selbstkosten ohne Einfluß der Kassen;
- die Überkapazitäten an Krankenhausbetten wegen fehlender Beteiligung der Kassen an der Bedarfsplanung der Länder.

Hinter dem Begriff der „monistischen Finanzierung“ verbirgt sich die volle Umwälzung der Kosten auf die Kassen. Häufig wird sie damit verkauft, daß damit „mehr marktwirtschaftliche Elemente“ in das Krankenhaus eingebracht werden können. So vor allem CDU/CSU und FDP, Unternehmerverbände und Standesorganisationen wie Bundesärztekammer.

Die mit hochkarätigen Experten besetzte Kommission der Robert-Bosch-Stiftung will zwar auch grundsätzlich aus marktwirtschaftlichen Gründen das „monistische System“ — wie auch FDP, CDU/CSU und Unternehmerverbände —, sieht es aber gegenwärtig als „nicht durchsetzbar“ an. Sie plädiert deshalb für ein „modifiziertes dualistisches System der Finanzierung“, das „die bisherige Trennung von Planung und Finanzierung von Krankenhausleistungen“ überwindet. „Dadurch sollen die betriebswirtschaftlichen Steuerungsimpulse verstärkt sowie geeignete Mechanismen eingebaut werden, um den bestehenden Bettüberhang abzubauen und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung zu steigern.“ Dazu sollen alle Krankenhäuser Pflichtmitglieder in einer Körperschaft öffentlichen Rechts werden und so mit mehr „Verhandlungsmacht“ mit den Kassen über Bedarfsplanung verhandeln. Diese Körperschaft soll sogar einen „Sicherstellungsauftrag“ analog zu

den Kassenärztlichen Vereinigungen in der ambulanten Versorgung erhalten. Die Kliniken sollen in Zukunft die Möglichkeit erhalten, „sowohl Überschüsse als auch Defizite zu erzielen“. Überschüsse müssen reinvestiert werden, Verluste vom Träger getragen werden. Häuser, die mit diesen Regelungen nicht klar kommen, scheiden aus der Krankenhausversorgung aus. Als Trost sind „öffentliche Schließungshilfen“ vorgesehen. Den Krankenkassen werden danach im Unterschied zu heute auch „die Investitionskosten für mittel- und kurzfristige Anlagegüter“ aufgebürdet.

Forderungen der Krankenkassen

Die Position der Gesetzlichen Krankenversicherung sieht dagegen deutlich anders aus: In einem Konzept des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen vom August 1983 heißt es: „Die gesellschaftspolitisch begründete Aufgabenteilung zwischen der öffentlichen Hand (Investitionskostenübernahme) und dem Benutzerbereich (laufende Kosten) muß beibehalten und dadurch in die Realität umgesetzt werden, daß Bund, Länder und Gemeinden die notwendigen Mittel bereitstellen. Dadurch soll ausgeschlossen werden, daß haushaltspolitische Zwänge die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser beeinträchtigen können.“

Dazu soll die öffentliche Hand auch „alle Kosten der Instandhaltung und Instandsetzung, Wartung, Gebrauchsgüter, Versicherungen sowie Kosten der Ausbildung vollständig“ tragen. Im einzelnen halten die Kassen am System des vollpauschalierten Pflegesatzes fest, der jedoch im Unterschied zu heute „prospektiv“, d.h. vor Beginn des laufenden Jahres, zwischen Krankenhaus und Kasse festgesetzt wird. Damit kann das Krankenhaus sowohl „Überschüsse als auch Unterdeckungen erwirtschaften“. Unter bestimmten Bedingungen kann später ein Verlustausgleich erfolgen. Bei der Krankenhausbedarfsplanung sollen wichtige Entscheidungen nicht mehr gegen die Interessen der Kassen von den Ländern gefällt werden können. Im Dezember 1983 wollen die Kassenverbände sogar einen eigenen Gesetzentwurf in Bonn vorlegen, der die Zielvorstellungen konkretisiert.

Schon im Juni legte die ÖTV eine Broschüre zur „Neuordnung der Krankenhausfinanzierung“ vor. Darin setzt sich die ÖTV für „Sicherung und Ausbau der dualen Finanzierung“ ein. Bund und Länder sollen für die „Investitions- und Vorhaltekosten in ausreichender Höhe aufkommen. Die Belastung mit investiven Kostenbestandteilen ist zurückzunehmen.“ Damit wird — etwas zurückhaltend — der Beschluß 1101 des Gewerkschaftstages 1981 konkretisiert: „Eine Entlastung der öffentlichen Hände auf Kosten der Solidargemeinschaft der Krankenversicherung von gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Aufgaben ist abzulehnen. Als erster Schritt zu einer gerechteren Finanzierung sind Einrichtung und Betrieb von Intensivstationen, Erste-Hilfe- und Dialyse-Zentren sowie Ausbildungsstätten für Medizinalfachberufe aus Steuermitteln und nicht über die Pflegesätze aufzubringen.“

Mittelfristig ist eine Finanzierung anzustreben, die der Verpflichtung des Staates zur Sicherung der Daseinsvorsorge für alle Bürger gerecht wird.“



Pickt sich die Rosinen aus dem Kuchen:
Dr. Hartmut Krukemeyer, Gründer und Alleininhaber der Paracelsus-Kette.

„Eigentumsgarantie, Entscheidungsfreiheit und die Koordination autonomer Pläne durch den Marktmechanismus sind mithin das Element, auf denen unsere Daseinsvorsorge fußen soll“, heißt es grundsätzlich im Konzept. Wie wird nun „Philosophie“ mit der „Marketing-Konzeption“ verknüpft:

Was damit gemeint ist, verrät uns der Marketing-Teil des Konzeptionspapiers: „Die räumliche Zentralisierung der Fachrichtungen und die horizontale Konzentration der Leistungserstellung ist im ambulanten Bereich der Praxisklinik höher als im ambulanten Bereich des traditionellen Systems.“ Und: „Die Freiheit bei der Gestaltung von Art und Menge der stationären Fälle ist bei der Praxisklinik höher als beim traditionellen System.“ Oder: „Die Freiheit bei der Gestaltung der betriebswirtschaftlichen Kosten in der Praxisklinik ist höher als im traditionellen System.“

Zusammengfaßt: Die Paracelsusgruppe verfolgt eine Marktlückenstrategie, pickt sich sozusagen die „Rosinen aus dem Kuchen“, wie sich auch aus der Struktur der Klinik-Kette ergibt.

Die Kranken werden nicht aufgrund eines gesellschaftlich bestimmten Ziels versorgt, sondern nach der Zielsetzung eines privaten Unternehmens, das sich am zu erwartenden Gewinn orientiert. Die Marketing-Methode dienen nur als Treibriemen bei dieser Umsetzung. Das will man bei Paracelsus als Erfolgsrezept nicht nur für die vorhandenen Kliniken der Kette sehen, sondern „mit den Praxiskliniken vermehrt noch als in der Vergangenheit den Weg zurück zur Privatisierung auch im Gesundheitswesen suchen.“ (Konzeptionspapier)

Der Verantwortliche für Betriebswirtschaft und Projektwesen, Dr. von Richthofen, der sich als Johanniter-Ritter vorstellt, gegenüber dg: „Sicherlich stellt sich die Frage generell — ob überhaupt bürokratische Systeme die Gesamtversorgung der Bevölkerung gewährleisten können. Oder ob es nicht sinnvoll ist, sich arbeitsteiliger Methoden zu besinnen und auch marktwirtschaftlich einiges zu regeln. Auf der marktwirtschaftlichen Seite besteht das spezialisierte Know-How als Stärke. Die totale Verantwortung und Haftung bis hin zum Exitus, das alles sind Vorteile des marktwirtschaftlichen Systems. Eine Kommune wird nur sehr schwer genug Kompetenz und Know-How vereinigen können, um heute ein Krankenhaus zu führen. Von diesen Gedanken wird die Privatisierungsidee sehr stark getragen.“

Unternehmer und Subunternehmer

Das System der Praxisklinik bringt nach Ansicht von Jörg Lauterbacher, seit dem 1. Juni 1982 Generalbevollmächtigter bei Krukemeyer und zuvor lang Jahre bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft in Düssel-

dorf tätig, nicht nur wirtschaftliche Vorteile und Vorteile für den Patienten, sondern gerade auch für die Ärzte: „Wir ermöglichen sowohl dem niedergelassenen Arzt wie dem Anstaltsarzt die Arbeit in unseren Praxiskliniken. Wir vermeiden erhebliche Kosten durch die verflixt Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung. Mit Kooperation sowie Information und guter Personalpolitik sind unwahrscheinlich gute Effekte zu erzielen. Das sehen wir daran, daß unsere Akutkrankenhäuser alle in schwarzen Zahlen sind. Unsere Philosophie ist es, daß sich jedes Krankenhaus innerhalb der Kette selbst tragen muß. Das gilt auch für die neu übernommene Parkklinik in München-Bogenhausen mit 120 Betten und 40 Belegärzten.“

Was denken die Betroffenen?

Wie denn die Stimmung bei den Beschäftigten im Krankenhaus Fröndenberg sei, wollten wir vom Kollegen Cosel, Betriebsratsvorsitzender und Pfleger auf einer chirurgischen Station, wissen. Die Verhandlungen mit Krukemeyer waren gerade gescheitert. Das Justizministerium NRW veröffentlicht Pläne, das Städtische Krankenhaus Fröndenberg in ein Vollzugskrankenhaus umzuwandeln. Die Verhandlungen mit der Evangelischen Kirche laufen noch:

„Für uns ist das jetzt schwer, das läuft schon über zwei Jahre so. Erst sollte es ja Rheumaklinik werden. Das wurde von Düsseldorf abgelehnt wegen der Grundversorgung. Jetzt stehen wir vor den Plänen der Justiz. Wenn die Stadt damals ja gesagt hätte, liefe die Sache vielleicht schon anderthalb Jahre mit Rheuma. Wenn man unsere Situation im Krankenhaus sieht, uns — der Belegschaft und dem Betriebsrat — war es jetzt schon ganz gleich, wer kam. Einmal Ruhe! Denn es ist unmöglich, mehr als anderthalb Jahre mit dieser Unsicherheit zu arbeiten.“

Sind wegen der schlechten Finanzlage Kündigungen ausgesprochen worden? will ich von ihm wissen. „Bisher brauchte niemand gekündigt zu werden. Über dreißig sind so gegangen. Die was in Aussicht halten, sind einfach gegangen. Das Spiel macht doch nicht jeder mit!“

Hat Krukemeyer ein Geheimrezept? Keineswegs! Krukemeyer vermietet seine Praxisräume an die in seinen Krankenhäusern niedergelassenen Ärzte, dazu kommen Abgaben für die Benutzung der zentralen Einrichtungen. Der Facharzt für XYZ wirtschaftet auf eigene Rechnung, denn er rechnet seine ambulanten Behandlungen ebenso wie die belegärztliche Tätigkeit mit der Krankenkasse bzw. kassenärztlichen Vereinigung ab. Sein Marketing-Ziel stimmt insoweit mit dem des Gesamtunternehmers Krukemeyer überein: der Laden muß laufen, dann bleibt nach der Miete für den Chef noch etwas mehr übrig. Die stationären Leistungen werden mit einem verminderten Pflegesatz mit den Kassen abgerechnet, und daraus werden die übrigen Personalkosten der Klinik bezahlt. Der Pflegesatz ist vermindert, weil die ärztlichen Leistungen als Belegleistungen gesondert abgerechnet werden.

Profit macht man immer nach dem gleichen Prinzip: Ausbeutung von Arbeitskraft. Da ist es egal, ob man Hamburger brät oder Gesundheit anbietet. So bestimmt der amerikanische Gastronomiekonzern „Kentucky Fried Chicken“ nicht nur maßgeblich über die Geschicke der größten amerikanischen Krankenhausketten (Hospital Corporation of America), sondern er diktiert auch dessen Methoden im Personalumgang. Straffe Organisation und ein ausgetüfteltes Personalsystem haben diesen Mammutkonzern mit 367 Kliniken und Gesundheitszentren und 40000 angestellten Ärzten zu einem Hit an den amerikanischen Aktienbörsen werden lassen.

Behandlungsverträge mit großen Firmen oder Arbeitgebern sichern den Kliniken steten Zulauf. Zum Nachteil der Patienten, die bei verlustfreier Arztwahl nur noch das Vertragskrankenhaus ihrer Firma aufsuchen dürfen oder alles selbst bezahlen müssen.

Mittellose, Sozialhilfeempfänger und nicht Versicherte werden rausgeworfen, gar nicht erst aufgenommen oder bestenfalls an Kliniken weitergeschickt, die von der öffentlichen Hand finanziert werden. „Private Habgier“ nannte ein Senator das Gebahren der Privatkliniken unwidersprochen.

Amerikanische Verhältnisse, mag man sagen. Kaum jemand

für psychosomatische Therapie“ lautet.

Steuerlich legal werden über eine zum Teil nur personelle Verquickung von gemeinnützigen und gewerblichen Unternehmen „Abschreibungsprojekte auf der grünen Wiese“ geplant, die, wie Senator Scherf anklagte, viel zu groß, gemeindesfern und am Bedarf vorbeiorientiert geplant und nur nach kommerziellen Gesichtspunkten ausgerichtet werden. Eine Studie der Unternehmensstruktur der GPT förderte hinter dem wohlklingenden gemeinnützigen Objekt noch folgende Firmen zutage:

- Vermögensberatung und Treuhand GmbH & Co.,
- Klinikbaufördergesellschaft

greß 1983 in Krefeld wurde erstmals namentlich die Verfilmung zwischen den Landesversicherungsanstalten Rheinland-Pfalz und kommerziellen Krankenhausunternehmen bekannt.

Bemerkenswert sind auch die Erfolge, mit denen kommerzielle Unternehmen Reputation und Einfluß durch Mitgliedschaft in renommierten Fachverbänden zu erwerben suchen. So gelang der GPT mit dem Fachverband zur Förderung Abhängigkeitskranker eine derartige enge personelle, finanzielle und organisatorische Verflechtung, daß sich einer der Mitgründer des Verbandes, der Leiter eines Mühlheimer Suchtkrankenhauses, resigniert zum Ausdruck ver-

Pommesfritisierung des Krankenhauses

Wildwestmethoden bald auch bei uns?

Über die miserable Behandlung des reichlich rechtlosen Personals in amerikanischen Privatkliniken wird dabei wenig bekannt. Perfide wird es nur, wenn die Antreibermethoden noch werbewirksam ausgeschlachtet werden: „Zehn Dollar Rückerstattung, wenn die Stationsschwester nicht innerhalb einer Minute auf Ihr Rufsignal reagiert“, ist nur einer der Slogans, um die Patienten in die jeweilige Klinik zu ziehen. Wer fühlt sich da nicht an die abgehetzten Mitarbeiter in McDonalds Bulettenimperium erinnert, bei denen der Kunde — ob Tag oder Nacht mit Beschwerderecht bei der Geschäftsleitung ein freundliches Lächeln einfordern durfte.

In Amerika sind die „Privaten“ groß genug, um ihre rücksichtslose Profitgier nicht mehr verschleiern zu müssen. So erklärte der Vorsitzende der Hospital Corporation, Donald McNaughton, nach den massiven Kürzungen im Gesundheitswesen durch Ronald Reagan, sein Unternehmen stehe solchen Maßnahmen positiv gegenüber und es sei zu erwarten, daß seine Gesellschaft jetzt durch noch größere Konkurrenzvorteile weiter und besser profitieren werde.

Ausgetüftelte Marketingstrategien sollen Erwachsene und schon kleine Kinder — über Geburtstagsparties und spezielle Spielzimmer auf „ihr“ späteres Krankenhaus einschwören.

weiß, daß die Weichen dorthin auch in der BRD bereits gestellt sind.

Wie überall in der Branche, sind die „Therapiehie“ wie sie Bremen Gesundheitssenator Scherf nannte, hierzulande noch seltsam und „gemeinnützig“. Ihr Verhalten ist fast unterwürfig, solange sie das Heft noch nicht fest in der Hand halten. Auf leisen Sohlen übernehmen sie Einrichtung für Einrichtung — meist in früheren Jahren mit öffentlichen Mitteln gebaut — und sind sich anfangs selbst für die „Drecksarbeit“ nicht zu schade: Man werde „die Penner von der Straße holen“, so argumentierte eines der Unternehmen in einem Rundschreiben an sorgen- und geldnotgeplagte Stadtväter, um ihnen die geplanten Alkoholkliniken an ihrem Ort besonders schmackhaft zu machen. Nur noch symbolische Summen müssen Geschäftemacher für einst teure Objekte zahlen, so sollte das millionenteure Krankenhaus der Stadt Fröndenberg für ganze 20 000 Mark an die Paracelsus-Gruppe verscherbelt werden, die schon in der BRD über elf Kliniken verfügt und die in ihren 17 amerikanischen Häusern einschlägige Erfahrung gesammelt hat. Auch andere Private sind schon tief im Geschäft: So im Suchtbereich das Unternehmen Deytop und vor allem die GPT, deren ausgeschriebener Name hochfahrend „gemeinnützige Gesellschaft

- Bau- und Finanztreuhand Glahn und Partner KG,
- Oswald Hüller GmbH & Co. KG
- Gesellschaft für Krankenhausbedarfs- und Versorgungs GmbH,

wobei sich vielfältige Verbindungen mit zum Teil Personenidentität zwischen gemeinnützigen und kommerziellen Gesellschaften in und um die GPT herumgruppiert finden ließen.

Auch die Wicker-Kliniken mit einem potentiell Bauunternehmer als Besitzer liegen mit mehr als zehn großen Therapieeinrichtungen expansiv am Markt. Dem Unternehmen, dem die ÖTV „selbstherrliche Vorstellungen über Tarifverträge und Betriebsvereinbarungen“ vorwirft, ist sogar noch eine eigene DienstleistungsKG angeschlossen, die das notwendige Personal an die Häuser verleiht. Daß man dort von amerikanischen Methoden nicht weit entfernt ist, beweisen die Fragebögen, mit denen Patienten unter anderem das Stationspersonal (nicht aber die leitenden Ärzte) bewerten sollen. Besonders übel ist das Verhältnis zwischen Privatkliniken und den gesetzlichen Versicherungsanstalten. So berichtete die ÖTV in ihrem Gesundheitsbericht, daß man in von der BFA getragenen Wicker-Kliniken weder Tarifverträge noch Urlaubsgeld, weder vermögenswirksame Leistungen, noch ausreichenden Jahresurlaub kenne. Auf dem Drogenkon-

anlaßt sah, daß „die anfangs sozialpsychiatrische Grundhaltung des Verbandes nicht mehr gegeben sei“. Selbst Charterflüge in ihr Traumland und Vorbild USA sind den Krankenhauskonzernen eine lohnende Investition, um Mitgliedern der Versicherungsanstalten und zögernde Gemeinderäte von den Vorteilen privater Krankenhäuser zu überzeugen.

Diese Form überdimensionaler Kaffeefahrten sind langfristig teure Geschäfte für den Steuerzahler und mehr als lohnend für die sich großzügig gebenden Gesellschaften.

Das man solchen Geschäften auch Paroli bieten kann, hat die Suchtkommission der Gesellschaft für soziale Psychiatrie bewiesen. Ihr gelang es nach guter Recherche und gezielter Information der Entscheidungsgremien schon mehrfach, den Therapiekonzernen in ihrer Planung einen Strich durch die Rechnung zu machen.

Noch haben die „Privaten“ das Heft nicht in der Hand. Sozialabbau und Kostendämpfung sind allerdings ihre Chance, den Markt in den Griff zu bekommen. Dies liegt auch an den Mitarbeitern des Gesundheitswesens, ihrem Informationswillen und ihrer Kampfkraft, amerikanische Verhältnisse bei uns zu verhindern.

Norbert Andersch

„Begnadet“

„Herr Dr. Krukemeyer ist mit Leib und Seele Arzt; zugleich ist er jedoch ein begnadeter Unternehmer mit strategischen Stärken, starker Kreativität und außergewöhnlichem Willen. Er ist damit ein echter Unternehmer im Schumpeterschen Sinne, ein Mann, der nicht nur nachmacht, sondern innovativ wirkt und seinem Markt neue Impulse gibt.“

Kein
- Re



Was bleibt für den Gesamtunternehmer?

1. Das Gehalt des Ärztlichen Direktors in allen 9 Kliniken der Kette. Meine Gesprächspartner in Osnabrück, Jörg Lauterbacher und Dr. von Richthofen, schenken darin etwas Normales: Krukemeyer behalte sich vor, „die medizinischen Belange zu kontrollieren und zu steuern.“ Schließlich sei er der einzige und persönlich haftende Gesellschafter.
2. die Mieteinnahmen von allen „Belegärzten“,
3. steuerliche Vorteile aufgrund der hohen Verschuldung von übernommenen Kliniken.

Expansion vorgezeichnet: Krankenhaus- landschaft 1990

Alles spricht dafür, daß die jetzige Entwicklung anhält. Es gehört nur wenig Phantasie dazu, sich die Krankenhauslandschaft des Jahres 1990 vorzustellen:

Der Anteil der privaten Krankenhäuser erreicht — einem internen Bericht des Gesundheitsministers zufolge — 1990 15 Prozent der Betten (1980: 3,8 Prozent) der Akutkrankenhäuser. Als Folge der weiterhin hohen Arbeitslosigkeit von 2,5 bis 3 Millionen und sinkender Einnahmen der Gemeinden sowie wachsender Belastung durch Sozialhilfezahlungen bieten immer mehr kleinere und mittlere Kommunen ihre Krankenhäuser zum Verkauf an.

SANA-Geschäftsführer Dr. Herbert Weissenböck hatte schon 1983 im Gespräch mit dg verraten, wo er Chancen sah: „Die Finanzlage der Gemeinden ist schwierig. Die Unterhaltung der Krankenhäuser erfordert immer mehr Zuschüsse. Die Investitionsfinanzierung erfolgt nicht mehr. Außerdem können die Kommunen nicht die notwendigen Rationalisierungsverfahren und Anpassung der Stellenpläne durchsetzen.“ Mit zehn weiteren Kliniken stehe er zur Zeit in Kontakt, versicherte SANA-Geschäftsführer Weissenböck selbstbewußt. Ob er einen generellen Trend zur Privatisierung von Krankenhäusern sehe? „Der Trend ist sicher da. Wir folgen diesem Trend. Außer uns noch Krukemeyer aus Osnabrück, die Paracelsus-Kette.“

1986 erscheinen im Anzeigen- teil überregionaler Zeitungen erstmals Anzeigen von Kommunen in Rubrik „Verkauf“. Städt. Krankenhaus, Schwerpunktversorgung mit eingearbeitetem Personal, gegen Höchst-Gebot . . . Nur seriöse Zuschriften unter Chiffre.“ Die 1985 geänderte Krankenhausfinanzierung führt immer häufiger zum Konkurs von vornehmlich öffentlichen Krankenhäusern. Denn Bund und Länder haben sich aus der Investitionsfinanzierung fast vollständig zurückgezogen und den Krankenkassen fast alle Kosten der Krankenhausunterhaltung übertragen. Geködert wurden sie mit dem Versprechen, bei der Krankenhausplanung mehr

Rechte zu erhalten. Krankenhäuser dürfen jetzt Gewinn und Verlust machen, Letzteres kommt eigenartiger Weise jedoch immer häufiger vor. SANA und Paracelsus expandieren weiter, ihr Einfluß ist so groß geworden, daß gesundheitspolitische Entscheidungen der Konzerns Aktion im Gesundheitswesen jeweils nur noch nach Gesprächen mit den Konzernchefs gefällt werden können.

Bei der Diskussion des Krankenhausbedarfsplans NRW 1987 wird durchgesetzt, daß der Löwenanteil verbliebener staatlicher Mittel an die SANA- und Paracelsus-Kliniken geht. Bischöfliche Protestschreiben bleiben erfolglos. Wegen knapper Mittel der Krankenkassen steigt der Rationalisierungsdruck innerhalb der privaten Klinikketten, die nicht mehr nur „Rosinen-aus-dem-Kuchen-Krankenhäuser“ haben. Entlassungen, Rückstufung in der Bezahlung und Verschlechterungen in der Arbeitszeit sowie ausgefuchste Personalkontrollcomputer führen zu ersten spontanen Arbeitsniederlegungen . . .

„Einem anderen gehöre nicht, wer sein eigener Herr sein kann.“ — Paracelsus war noch so klug, seine Weisheit lateinisch zu formulieren. Seinem selbsternannten Nachfolger ist zu wünschen, daß die Ärzte, Schwestern und Pfleger in seinen Diensten den griffigen Unternehmensgrundsatz nicht zu wörtlich nehmen . . .



frontal bringt im Dezember: ● Titelthema Nikaragua: Ernesto Cardenal; Omar Cabezas vom Innenministerium Nikaraguas; Vertreter von Radio Venceremos und der Befreiungsbewegung El Salvador. ● Hintergrundinformationen zum US-Überfall auf Grenada ● SPD und Friedensbewegung: Peter Glotz und Wolfgang Abendroth ● Sport und Frieden: Fechtweltmeister Cornelia Hanisch ● SPD-MdBs zu Urabstimmung und Streik: Jürgen Egert, Konrad Gilges, Peter Paterna, Horst Peter ● Inti-Ilimani.



Angebot:

Wer jetzt abonniert, bekommt als Geschenk den Wandkalender „Nikaragua 1984“.

kostenlos möchte ich die neue frontal haben. Wenn mir die frontal nicht gefällt, teile ich das innerhalb von 14 Tagen mit, und bei der einmaligen Probeleverierung bleibt's dann auch. Hört ihr nach dieser Frist nichts von mir, bin ich neuer Abonnent und bekomme pro Jahr 6 Hefte zum Preis von 12 DM. Außerdem bekomme ich als Geschenk den Wandkalender „Nikaragua 1984“.

Name u. Adresse . . .

.....

Dat. u. Unterschrift . . .
frontal, Postfach 170203, 5300 Bonn



Nicholas Hogenberg: Verbrennung von Homosexuellen (16. Jh.)

Mystische Vorstellungen von Krankheiten gewinnen im Gefolge der Berichte über AIDS an Boden. Alte Vorurteile gegen „Randgruppen“ werden reaktiviert.

und Kalifornien zum ersten Mal erkannte „erworbenen Immungangsyndrom“ (Acquired Immune Deficiency Syndrom). Ein Teil des körpereigenen Immunsystems erkrankt, so daß normalerweise wenig gefährliche Mikroorganismen nach und nach die Chance erhalten, schwere Infektionen zu verursachen. Darüber hinaus kann sich eine Neu-

se ist äußerst schlecht: die meisten Patienten sterben innerhalb von zwei Jahren nach Stellen der Diagnose. Die neue Krankheit verbreitet sich kontinuierlich: Waren in den Vereinigten Staaten 1981 erst einige Dutzend Fälle bekannt, sind es nun (September 1983) 2200; die Zahl der Neuerkrankungen hat sich alle halbe Jahre verdoppelt. Auch in

In der AIDS-Hysterie setzt sich jahrhundertealte Unterdrückung fort. Hier: Verbrennung von Homosexuellen im 16. Jahrhundert.

Walter Beyer, der Autor unseres Artikels, arbeitet als Arzt an der Abteilung für Virologie der Universitätsklinik in Rotterdam.

blik begriffen, wozu sich diese erschütternden Tatsachen mißbrauchen lassen. Originalton Der Spiegel 23/1983:

„Die Homosexuellen-Seuche „AIDS“, eine tödliche Abwehrschwäche, hat Europa erreicht. Mindestens 100 Deutsche sind bereits erkrankt, sechs in den letzten Wochen gestorben. Die Ärzte sind ratlos: Über die Ursache wird nur spekuliert, eine Behandlung gibt es nicht. In den nächsten zwei Jahren wird die Zahl der „AIDS“-Kranken dramatisch zunehmen. Sind dann auch Heterosexuelle, Frauen und Kinder tödlich gefährdet?“

In genialer Weise werden mit diesen knappen Sätzen vorhandene Ängste und Vorurteile im Unterbewußtsein des Spießers mobilisiert: Gefahr von außen, „Abwehrschwäche“ (!), Homosexualität, deutsche Frauen und Kinder usw. Das Zitat markiert die Rahmenbedingungen, die uns beim Thema AIDS aufgezwungen werden sollen: Panik, Diskriminierung und moralische Wende.

Das böse Wort von der „Homosexuellen-Seuche“ oder dem noch einprägsameren „Schwulenkrebs“ zielt auf die Tatsache, daß die ersten bekanntgewordenen Fälle ausschließlich homose-

„Die Natur schlägt zurück“

AIDS-Hysterie gegen Homosexuelle und Einwanderer

Eine neue und ernste Krankheit ist in der medizinischen Forschung der Vereinigten Staaten zu einem beherrschenden Thema geworden: das 1979/80 bei jungen Männern in New York

bildung der Haut und des Lymphsystems (Kaposi-Sarkom) entwickeln, eine Tumorentart, die zumindest in Nordamerika und Nordeuropa früher nur sehr selten vorkam. Die Progno-

Europa (zur Zeit ca. 200 Fälle) deutet sich eine steigende Tendenz an.

Irgendwann haben die Massenmedien in der Bundesrepu-

xuelle Männer waren. Damals boten heterosexuelle Mediziner schnell eine Erklärung an: die homosexuelle Subkultur in den Großstädten der USA sei schuld, der dort gepflegte Dro-

*„Durch die USA geht
eine Welle von
Hysterie und Irrationalismus. Nicht die
Krankheit soll bekämpft
werden, sondern deren
potentielle Opfer.“*

genkonsum, häufige Geschlechtskrankheiten und die hohe Frequenz „unnatürlicher“ Sexualpraktiken mit wechselnden Partnern würden das Immunsystem des Körpers auf die Dauer auszehren. Nun ist es ja ein ganz fundamentaler Gedanke rationaler Medizin, Umwelt- und Lebensbedingungen als wesentliche Faktoren beim Entstehen von Krankheit anzuerkennen und zu erforschen. Diese damals formulierte „Homo-Milieu-Theorie“ bestach aber weniger aufgrund ihrer Wissenschaftlichkeit — die war kaum vorhanden —, als vielmehr wegen ihrer moralischen Einsichtigkeit: Da führen Leute ein verwerfliches Leben, und nun schlägt „die Natur“ endlich zurück — Krankheit als Strafe, ein uraltes Leitmotiv der Demagogie und des unaufgeklärten Bewußtseins.

Dann aber stellte sich heraus, daß auch andere Personengruppen Risiko liefen, an AIDS zu erkranken: Abhängige von intravenösen Drogen zunächst, darunter Hetero- wie Homosexuelle, Frauen wie Männer, dann Haemophilie-A-Patienten, die regelmäßig Faktor-VIII-Konzentrate benötigten, sowie in einigen wenigen Fällen Personen, die Bluttransfusionen erhalten hatten. Diese Phänomene konnten nur durch die Annahme eines über Blut und Blutprodukte übertragbaren Krankheitserregers erklärt werden. Welcher Art dieses unbekannte Agens sein könnte, ist noch nicht zu beantworten; vieles deutet auf ein Virus hin. Inzwischen sind auch Krankheitsfälle in Haiti und Zentralafrika beschrieben worden, wobei unklar ist, ob der hypothetische AIDS-Erreger dort nicht schon länger unerkannt existiert haben könnte.

Es ist deutlich geworden, daß AIDS keine sehr ansteckende Krankheit sein kann. Die mögliche Übertragung eines Erregers beim Geschlechtsverkehr oder via Blut kann nur ein Faktor für den Beginn der Erkrankung sein; dazu müssen noch andere Bedingungen kommen, darunter vielleicht die Häufigkeit, mit der man mit dem hypothetischen Agens in Berührung kommt, oder der aktuelle immunologische Status.

Auf jeden Fall laufen Personen *außerhalb* der sogenannten Risikogruppen beim besten heutigen Wissen kaum Gefahr, mit AIDS infiziert zu werden. Sozialer Kontakt mit AIDS-Patienten ist unbedenklich, ebenso die medizinische Betreuung, wenn die — etwa auch bei Hepatitis-B-

Patienten übliche — Sorgfalt beim Blutabnehmen etc. beachtet wird. Es ist darum auch noch niemals eine Erkrankung aufgetreten beim Personal von Krankenhäusern, in denen AIDS-Patienten behandelt werden.

Auch der — übrigens ausgezeichnete — amerikanische Impfstoff gegen Hepatitis B stellt keinerlei Gefahr dar. Man befürchtete eine Weile, daß — ähnlich wie beim Faktor-VIII-Konzentrat — bei der Impfung vielleicht AIDS übertragen werden könnte, weil viele der Blutspender für das Vaccin Homosexuelle waren. Aber bei den Hunderttausenden Personen, die in den letzten Jahren geimpft wurden, gibt es keine erhöhte AIDS-Mortalität.

Was aber die Bekämpfung von AIDS *innerhalb* der „Risikogruppen“ und die Behandlung von bereits Erkrankten betrifft, so steht die Forschung in den USA noch am Beginn. Das liegt nicht etwa nur an der schwer ergründbaren Krankheit, sondern auch an der Weigerung der US-amerikanischen Regierung, genügend materielle Mittel für die AIDS-Forschung zur Verfügung zu stellen. Im Rahmen ihrer reaktionären Finanzpolitik versucht die Reagan-Administration ja gerade, einen gnadenlosen Kahlschlag in der Wissenschaft (außer der Militärforschung) und im öffentlichen Gesundheitswesen durchzusetzen. Als 1981 die ersten Meldungen über AIDS an die Öffentlichkeit kamen, tat die Regierung zunächst mal nichts und konnte sich dabei sogar noch auf eine zynische Grundhaltung in den konservativen Bevölke-

rungsgruppen stützen: Waren zunächst doch nur Schwule und Junkies betroffen ...

Die gut organisierten Homosexuellenbewegungen in den großen Städten der USA reagierten sofort und konnten mit zahlreichen Aktionen innerhalb kurzer Zeit einen beachtlichen Teil der amerikanischen Öffentlichkeit gewinnen für die Forderung nach mehr Geld für Grundlagenforschung und für die äußerst teure medizinische Behandlung von Erkrankten. Inzwischen hat die Zentralregierung einige Beträge zur Verfügung gestellt — man kann mit gutem Recht sagen, daß jeder Dollar davon erkämpft wurde —, aber bei weitem noch nicht genug.

Gleichzeitig verbreitet sich in den USA eine Welle von Hysterie und Irrationalismus. Fortwährend versetzt die amerikanische Sensationspresse. Millionen von Menschen mit reißerischen Horrorgeschichten in Angst und Schrecken. Die so erzeugte Massenpanik soll sich natürlich nicht gegen die passive Haltung der Regierung richten, sondern gegen die AIDS-Kranken und die tatsächlichen oder vermeidlichen Angehörigen der „Risikogruppen“, also Homosexuelle, Drogenabhängige, chronisch Kranke und Einwanderer aus der Dritten Welt. Nicht die Krankheit soll bekämpft werden, sondern deren potentielle Opfer. Die berechtigte Furcht vor einer neuen (Infektions-)Krankheit soll missbraucht werden für neuerliche Rechtsbeschränkungen für traditionell diskriminierte soziale Gruppen. In diesem Klima werden z.B. Forderungen gestellt, nach Quarantäne von Erkrank-

Verteilung der bisherigen AIDS-Kranken in den USA in sogenannten Risikogruppen:

1. Promiskuitive homosexuelle oder bisexuelle Männer	ca. 70%
2. Abhängige von intravenösen Drogen (Frauen und Männer)	ca. 20%
3. Immigranten aus Haiti (Frauen und Männer)	ca. 5%
4. Haemophilie-A-Patienten (Frauen und Männer)	ca. 1%
5. Andere darunter (monogame) Sexualpartnerinnen von AIDS-Patienten, Kinder von AIDS-Kranken oder -verdächtigen Müttern (Infektion in utero?), einzelne Fälle mit Bluttransfusionen in der Vorgeschichte	ca. 4%

ten, nach Entfernung von „Risikoträgern“ aus dem Schuldienst oder nach der „Schließung“ der homosexuellen Subkultur, die selbst ja nur die Antwort auf jahrhundertelange Unterdrückung ist.

Der zu Beginn zitierte Spiegelartikel beweist, daß die derzeit in den USA geführten Auseinandersetzungen auch in der BRD zu erwarten sind, wenn die Zahl der AIDS-Erkrankungen weiter zunimmt. Auch hier gibt es eine Regierung, die unter allen Umständen die Gesundheitspolitik der Hochrüstung unterordnet und die gleichzeitig an der ideo-logischen Front die „geistig-moralische Erneuerung“ propagiert, inclusive einer anti-emanzipatorischen Familienideologie. Vor allem gibt es hier eine lebendige Tradition im Umgang mit „volksgefährdenden Minderheiten“.



AIDS:
Sie können helfen.
Rufen Sie Präsident Reagan an.
Verlangen Sie Hilfe von ihm.

In dieser Auseinanderstellung kommen den fortschrittlichen Kräften im Gesundheitswesen eine wichtige Funktion zu:

- Wir können mehr öffentliche Mittel für die Erforschung von AIDS in den zuständigen Instituten und Kliniken fordern.
- Wir können mit sachkundiger Information ein Gegen gewicht zur Sensationspresse bilden.
- Wir können Ansprechpartner sein für die stark verunsicherten Angehörigen der sogenannten Risikogruppen, insbesondere der homosexuellen Gemeinschaft, und mit ihnen Widerstand leisten gegen staatliche Maßnahmen, die unter dem Vorwand der Volksgesundheit de facto weitere Diskriminierung bedeuten.

(Literatur ist bei der Redaktion erhältlich.)



Kaum geboren schon gestorben

Das Projekt „Familienhebamme“ in Bremen

Seit 1980 lief in Bremen mit der Einrichtung der „Familienhebamme“ ein vielversprechendes Projekt. Obwohl die Säuglingssterblichkeit deutlich sank, wurde das Experiment abgebrochen. Übrig blieb nur eine Menge Datenmaterial.

„Liebe Frau Müller! Herzlichen Glückwunsch zur Geburt Ihres Kindes Max... Am 16. 11. 1982 wird die Familien-Hebamme Frau Gabi Meier Sie um 16.30 Uhr zu einem Gespräch aufsuchen“.

So wurden in Bremen seit dem 1. 10. 80 bis Anfang 1983 alle Frauen kurz nach der Entbindung angeschrieben. Und etwa

80 Prozent konnten so auch erreicht werden.

Bei diesen Gesprächen von etwa anderthalb Stunden Dauer ging es um das Geburtserlebnis, Empfängnisverhütung, soziale Fragen, da wurde aber auch angepackt: gebadet, gewickelt, Nabelpflege, Stillhilfe, Nahrungszubereitung... Und alle Eltern wissen, daß die kleinen Probleme erst nach der Entlassung aus der Klinik beginnen. So waren alle wohl froh über diese neue Einrichtung.

Auch danach gab es die Möglichkeit, sich mal eben schnell übers Telefon Ratschläge zu holen: „Was mach ich bloß, der Doktor hat Tropfen verordnet, und mein Sohn weigert sich strikt, die zu nehmen! Schon beim Anblick des Löffels geht ein Schreikonzert los!“

In den Beratungsstellen bildeten sich Müttergruppen, die hier einen Ort zum Erfahrungsaustausch fanden. Auch in der Statistik schlug sich der Erfolg des Projekts nieder:

Die Säuglingssterblichkeit lag bei 13,4 Promille in Bremen 1981 an vorletzter Stelle im Bundesgebiet. 1982, als sich die Familien-Hebammen richtig etabliert hatten, lag sie in Bremen bei 9,2 Promille, somit am niedrigsten im Bundesgebiet. Bei Aufschlüsselung der Daten zeigte sich, daß dies nicht auf Totgeburten oder perinatale Sterblichkeit zurückzuführen ist, sondern die Spätsäuglingssterblichkeit jenseits des achten Lebenstages um 3 Promille gesunken ist, d.h. von dem Zeitpunkt an, da die Arbeit der Familienhebammen ansetzte. Grund genug, das erfolgreiche Projekt mit den 28 Planstellen für Hebammen und Kinder-

krankenschwestern zu erweitern — denkt man sich so!

Aber das Ganze war nur ein Projekt, finanziert vom Bundesministerium und dem Bundesministerium für Forschung und Technologie; der Träger: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung; die wissenschaftliche Begleitung: Medizin-Soziologie der Uni Hannover. So war denn die Arbeit der Hebammen an eine dicke Fragebogenmappe gebunden, sicher nicht zur Erleichterung ihrer Aufgabe. Nach einem netten Gespräch hatte sie dann einen Packen Papier aus der Tasche zu ziehen und Fragen zu stellen:

Name, Geburtsdatum, Geburtsdatum des Kindes, Wohnungsgröße, Einkommen, Miete...

Viele Frauen wurden denn auch das Gefühl nicht los, nur wegen des Fragebogens besucht worden zu sein, obwohl das Ausfüllen „freiwillig“ war. So sehr der Datenschutz auch immer betont wurde — mit den Geburtsdaten von Mutter und Kind gelingt es jedem, den Schleier zu lüften. Man darf gespannt sein, was die Medizinsoziologie der Uni Hannover aus diesem Datenwust für Schlüsse zieht.

Die Hebammen taten sich auch schwer, ständig ein Päckchen Fragen aus der Tasche ziehen zu müssen, wobei nur auf Protest der Hebammen einige groteske Fragen gestrichen wurden: besitzen Sie eine Kinderbadewanne, hat das Kind ein eigenes Zimmer, welche Pflegemittel werden benutzt...

Was bleibt: ein erfolgreiches Projekt ist gestorben, aber es gibt genug Datenmaterial!

Dem Protest — vor allem der Müttergruppen — ist es wohl zu verdanken, daß ein neues Projekt genehmigt wurde, was sogenannte Risikoschwangerschaft betrifft. Die auf zwölf Planstellen zusammengestrichene Truppe mußte die Beratungsstelle aufgeben, wird im Gesundheitsamt die Zelte aufschlagen und jetzt in vier Städtischen Kliniken die sogenannten Risikoschwangerschaften herauspicken und nach der Entbindung weiterbetreuen.

Man wird bei diesen Projekten den Eindruck nicht los, daß es den Trägern und wissenschaftlichen Begleitern nur um Datensammlung geht. Gleichgültig, mit welchem Ergebnis die Projekte abschließen, die Schaffung fester Institutionen steht dabei nicht zur Diskussion.

Cornelia Selke

DOKUMENTE

„Rechts schwenkt — marsch!“

„Katastrophenschutzübung“ in der Friedenswoche

**dg dokumentiert einen Kabarett-
auftritt für die Friedenswoche.
Nicht alles ist so satirisch, wie
es auf den ersten Blick aussieht.**

Auftritt: weißen Kittel anziehen, Mundschutzmasken im Publikum verteilen, Rot-Kreuz-Binde anstreifen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
Liebe Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen!

Zu unserer ersten Katastrophenschutzübung nach unserm neuen Katastrophenschutzplan darf ich Sie herzlich begrüßen. Wie Sie ja alle aus dem kürzlich veröffentlichten Katastrophenschutzplan wissen, werden wir solche Übungen jetzt jährlich einmal durchführen. Ich freue mich, daß Sie so zahlreich alle freiwillig gekommen sind, so daß wir gar nicht in Verlegenheit kommen. § 4, Abs. 2 des noch nicht — aber bald — verabschiedeten Gesundheitsschutzgesetzes anzuwenden, in dem es heißt: „Die zuständigen Behörden haben dafür zu sorgen, daß die Bereitstellung ... vorwiegend durch freiwillige, andernfalls durch zwangswise Verpflichtung sichergestellt wird ...“¹

Ich darf Sie deshalb bitten zu prüfen, ob alle Beschäftigten vollzählig sind, so wie es unser Plan ja auch für diese Übungen fordert: „... 3. Sammeln am vorgesehenen Sammelpunkt, Feststellung der Vollständigkeit durch die Kliniks-, Institutsleitung oder eines Beauftragten ...“²

Vielleicht fangen Sie hier vorn einmal an, durchzählen.

Ganz besonders herzlich darf ich Herrn Illusorius bei uns begrüßen, Leiter der Geschäftsstelle des Bundesverbandes für Selbstschutz. Ich darf Ihnen kurz einmal die Aufgaben des BVS schildern. In § 10 des Katastrophenschutzgesetzes von 1968, einem der zahlreichen Notstandsgesetze, heißt es:

Der BVS hat die Aufgabe ... die Bevölkerung über die Wirkungen von Angriffswaffen und über Schutzmöglichkeiten aufzuklären ...³ Der BVS verzichtet schon seit Jahren darauf, die Wirkungen von Angriffswaffen in ihrem ganzen Ausmaß darzustellen. Ich persönlich begrüße das ausdrücklich, denn ich bin überzeugt, wenn wir wüßten, wie die modernen Massenvernichtungsmittel wirkten und vor allem in welchem Ausmaß, dann könnten wir uns und auch der BVS sich seine Arbeit sparen — denn kein Mensch würde mehr an ernsthafte Hilfs- oder Schutzmöglichkeiten glauben.

Gerade aber weil Herr Illusorius uns den *Glauben* an Hilfsmöglichkeiten geben möchte, egal für welchen Fall, und seien sie noch so gering und allenfalls für eine radikale Zwei- bis Dreiprozentminderheit, haben wir seine Organisation extra in unserem Katastrophenschutzplan berücksichtigt und eine extra Werbesite wildmen wollen. Wegen peinlicher Nachfragen seitens des Personalrats haben wir in der endgültigen Fassung darauf verzichtet⁴, weil wir den Plan ja nicht unnötig in Verruf bringen möchten.

Zum Thema: Ich möchte sie heute vertraut machen mit unseren Schutz und Vorsorge-Möglichkeiten.

Die IV. Genfer Konvention zum Schutz von Zivilpersonen in Kriegszeiten schreibt vor, daß „das für den Betrieb und Verwaltung bestimmte Personal von Zivil-



Plakat
von 1943

krankenhäusern gesichert und geschützt wird. ... In besetzten Gebieten und in *Kampfgebieten* wird das Personal mittels einer Ausweiskarte kenntlich gemacht, mit ... Lichtbild und Stempel der Behörde versehen ... sowie mittels einer während des Dienstes am linken Arm zu tragenden gestempelten und feuchtigkeitsbeständigen Armbinde ...“ Die Binde wird mit dem internationalen Schutzzeichen, dem Roten Kreuz, versehen. Damit aber kein Mißbrauch betrieben wird, d. h. beispielsweise kämpfende Truppen sich mit dem Roten Kreuz kennzeichnen, sollen die „Leitungen der Zivilkrankenhäuser eine Liste ihres Personals zur Verfügung der ... Besatzungsbehörden halten“ (Artikel 20, 4. Genfer Konvention GK)⁵

Es sind doch bösartige Hetzer, liebe Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die behaupten, der Hessische Sozialminister würde mit einem Erlass und der gegenwärtigen Praxis Kriegsvorbereitung treiben. Er hat nur angeordnet, daß jetzt in *Friedenszeiten* solche Listen geführt werden,⁶ wie daß ja auch durchgeführt wird; Sie alle könnten es in der Zeitung lesen: „Erfassung des Krankenhauspersonals in Gleichen problemlos“⁷, und daß ja auch Inzwischen Ausweispapiere ausgestellt werden sollen.

Kolleginnen und Kollegen, es ist eine aufwieglerische Unterstellung, darin Kriegsvorbereitungen zu sehen. Denn in seiner Bekanntmachung vom 9. 2. 65 hat der Bundesgesundheitsminister ausdrücklich gesagt: „Die zuständige Behörde hat die Ausweiskarten ausständigen lassen, wenn zu befürchten ist, daß das Gebiet, in dem das Krankenhaus liegt, zum besetzten Gebiet oder Kampfgebiet wird.“⁸

Liebe Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen! Wer wollte das leugnen, daß heute — 1983 — genau dieses zu befürchten ist, daß wir besetztes oder Kampfgebiet werden. Im Vertrauen gesagt, besetztes Gebiet sind wir ja schon lange, wie einige von Ihnen sicher wissen.

Aber man sollte auch noch eine andere Seite sehen. Die Genfer Konvention wollte das Krankenhauspersonal *im Krieg schützen*, aber wir wollen doch mehr. Wir wollen doch einen Verteidigungsfall auch durchstehen. Ich schließe mich dem Hessischen Sozialminister da voll an, wenn er am 2. November 1982 in seinem Schreiben an die ÖTV ausführt: „... die Ausstellung der Ausweise dient nicht nur dem persönlichen Schutz der Arbeitnehmer, sondern soll in erster Linie gewährleisten, daß der Betrieb des Krankenhauses in einem Verteidigungsfall möglichst ungehindert aufrechterhalten werden kann ...“⁹

Kolleginnen und Kollegen, Schwestern und Pfleger, alle, die Sie hier ihren Dienst so aufopferungsvoll versehen — genau zu diesem Zweck sind wir heute hier zusammengekommen. Lassen Sie uns gemeinsam tätig werden, daß wir in jedem Fall, aber auch in wirklich jedem Verteidigungsfall, den Betrieb unseres so schönen Hauses aufrecht erhalten können. Knüpfen wir an die selbstlosen Traditionen unserer schönen Berufe an, unsere Lösung soll wie 1943 sein: **HILF AUCH DU MIT!**

In diesem Sinne lassen Sie uns anfangen — Rechts schwenkt — marsch!

(Kittel aus, Kopfhaube ab)

Reichsministerialblatt, 1. April 1935

Dritte Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens

§1. Absatz 1: Das Gesundheitsamt führt Listen über diejenigen Personen, die in seinem Bezirk selbstständig oder in abhängiger Stellung Behandlung, Pflege oder gesundheitliche Fürsorge am Menschen ausüben ... Abs. 3 ... Zu- und Abgang ist für Ärzte ... monatlich, für die übrigen Personen jährlich der staatlichen Aufsichtsbehörde vorzulegen ...

§67 Die Gesundheitsämter haben im Benehmen mit den örtlichen Organisationen der nationalsozialistischen Bewegung des Roten Kreuzes, der Landkrankenpflege u. a. an der Durchführung des öffentlichen Sanitätsdienstes mitzuwirken ... den Gesundheitsämtern zum 15. 1. eines jeden Jahres über Personalbestand ... Nachweisungen ... vorlegen ...

§68 Die Gesundheitsämter haben bei der Durchführung des bürgerlichen Luftschutzes ... für den Luftschatz der Bevölkerung ... mitzuwirken ...¹⁰

Aus dem Jubiläumsband zum 75. Jahrestag der Gründung des Deutschen Roten Kreuzes 1939, Vorwort: Mit der Errichtung der DRK-Landesstellen XVII und XVIII in Wien und Salzburg, der DRK-Kreisstellen im Sudetenland und Memel ist ein Schlußstein zum Neubau des Deutschen Roten Kreuzes im Großdeutschen Reich gesetzt ... Heute steht ein neues schlagkräftiges Deutsches Rotes Kreuz, in soldatisch straffer Form organisiert und nationalsozialistisch geführt, zu jedem Einsatz bereit ... mit freudigem Stolz sollen die Männer und Frauen des DRK ersehen, daß auch sie in einer traditionsreichen Organisation unseres nationalsozialistischen Reiches ihren Dienst leisten“¹¹

1 Bundesdrucksache 9/1448

2 Katastrophenschutzplan Uni-Klinik Gießen, unveröffentlichter Entwurf Januar 1983

3 Katastrophenschutzgesetz v. 9. 7. 68, Sartorius I, 688

4 Persönliche Mitteilungen

5 IV. Genfer Konvention, Artikel 20, nach Sartorius II, 54 S. 8

6 Hessischer Staatsanzeiger 8/1976, Nr. 246 S. 347 ff.

7 Glebener Allgemeine v. 14. 9. 83

8 Bekanntmachung des Bundesministers für Gesundheit vom 9. 2. 65, zitiert nach Staatsanzeiger für das Land Hessen 8/76 (s. o.)

9 Schreiben des Hess. Sozialministers vom 2. November 1982 an die Gewerkschaft der ÖTV, Kreisverwaltung Lahn-Dill

10 Beilage zur Nr. 14 des Reichsministerialblatt v. 1. 4. 35, S. 327 — 45

11 Eigenverlag des DRK, Potsdam Babelsberg 1939: Das deutsche Rote Kreuz in Vergangenheit und Gegenwart; zitiert nach: Medizin und Nationalsozialismus, Berlin West 1980

12 Hilf auch du mit — Plakat aus 1943/44 nach: Anschläge, Politische Plakate, Lizenzausgabe der Büchergilde Gutenberg, 1972; Nachweis im Bundesarchiv Koblenz

Wilfried Bieniek

Kalender 1981

JANUAR

FEBRUAR

MÄRZ

APRIL

MAI

JUNI

So 1	Mi 1	Do 1	So 1	Di 1	Fr 1
Mo 2	Do 2	Fr 2	Mo 2	Mi 2	Sa 2
Di 3	Fr 3	Sa 3	Di 3	Do 3	Sa 3
Mi 4	Sa 4	So 4	Mi 4	Fr 4	Mo 4
Do 5	Sa 5	Mo 5	Do 5	Sa 5	Di 5
Fr 6	Mo 6	Di 6	Fr 6	Sa 6	Mo 6
Sa 7	Di 7	Mi 7	Sa 7	Mo 7	Do 7
So 8	Mi 8	Do 8	So 8	Di 8	Fr 8
Mo 9	Do 9	Fr 9	Mo 9	Mi 9	Sa 9
Di 10	Fr 10	Sa 10	Di 10	Do 10	Sa 10
Mi 11	Sa 11	So 11	Mi 11	Fr 11	Mo 11
Do 12	Sa 12	Mo 12	Do 12	Sa 12	Di 12
Fr 13	Mo 13	Di 13	Fr 13	So 13	Mi 13
Sa 14	Di 14	Mi 14	Sa 14	Mo 14	Do 14
So 15	Mi 15	Do 15	So 15	Di 15	Fr 15
Mo 16	Do 16	Fr 16	Mo 16	Mi 16	Sa 16
Di 17	Fr 17	Sa 17	Di 17	Do 17	Sa 17
Mi 18	Sa 18	So 18	Mi 18	Fr 18	Mo 18
Do 19	Sa 19	Mo 19	Do 19	Sa 19	Di 19
Fr 20	Mo 20	Di 20	Fr 20	So 20	Mi 20
Sa 21	Di 21	Mi 21	Sa 21	Mo 21	Do 21
So 22	Mi 22	Do 22	So 22	Di 22	Fr 22
Mo 23	Do 23	Fr 23	Mo 23	Mi 23	Sa 23
Di 24	Fr 24	Sa 24	Di 24	Do 24	Sa 24
Mi 25	Sa 25	So 25	Mi 25	Fr 25	Mo 25
Do 26	Sa 26	Mo 26	Do 26	Sa 26	Di 26
Fr 27	Mo 27	Di 27	Fr 27	So 27	Mi 27
Sa 28	Di 28	Mi 28	Sa 28	Mo 28	Do 28
So 29	Mi 29	Do 29	So 29	Di 29	Fr 29
Mo 30		Fr 30	Mo 30	Mi 30	Sa 30
Di 31		Sa 31		Do 31	

dg

DEMOKRATISCHES
GESUNDHEITSWESEN

dg



NEIN DANKE!

©

DEMOKRATISCHES
GESUNDHEITSWESEN

POSTFACH 10 341

JULI	AUGUST	SEPTEMBER	OKTOBER	NOVEMBER	DEZEMBER
So 1	Mi 1	Sa 1	Mo 1	Do 1	Sa 1
Mo 2	Do 2	Sa 2	Di 2	Fr 2	So 2
Di 3	Fr 3	Mo 3	Mi 3	Sa 3	Mo 3
Mi 4	Sa 4	Di 4	Do 4	So 4	Di 4
Do 5	So 5	Mi 5	Fr 5	Mo 5	Mi 5
Fr 6	Mo 6	Do 6	Sa 6	Di 6	Do 6
Sa 7	Di 7	Fr 7	So 7	Mi 7	Fr 7
So 8	Mi 8	Sa 8	Mo 8	Do 8	Sa 8
Mo 9	Do 9	So 9	Di 9	Fr 9	So 9
Di 10	Fr 10	Mo 10	Mi 10	Sa 10	Mo 10
Mi 11	Sa 11	Di 11	Do 11	So 11	Di 11
Do 12	So 12	Mi 12	Fr 12	Mo 12	Mi 12
Fr 13	Mo 13	Do 13	Sa 13	Di 13	Do 13
Sa 14	Di 14	Fr 14	So 14	Mi 14	Fr 14
So 15	Mi 15	Sa 15	Mo 15	Do 15	Sa 15
Mo 16	Do 16	So 16	Di 16	Fr 16	So 16
Di 17	Fr 17	Mo 17	Mi 17	Sa 17	Mo 17
Mi 18	Sa 18	Di 18	Do 18	So 18	Di 18
Do 19	So 19	Mi 19	Fr 19	Mo 19	Mi 19
Fr 20	Mo 20	Do 20	Sa 20	Di 20	Do 20
Sa 21	Di 21	Fr 21	So 21	Mi 21	Fr 21
So 22	Mi 22	Sa 22	Mo 22	Do 22	Sa 22
Mo 23	Do 23	So 23	Di 23	Fr 23	So 23
Di 24	Fr 24	Mo 24	Mi 24	Sa 24	Mo 24
Mi 25	Sa 25	Di 25	Do 25	So 25	Di 25
Do 26	So 26	Mi 26	Fr 26	Mo 26	Mi 26
Fr 27	Mo 27	Do 27	Sa 27	Di 27	Do 27
Sa 28	Di 28	Fr 28	So 28	Mi 28	Fr 28
So 29	Mi 29	Sa 29	Mo 29	Do 29	Sa 29
Mo 30	Do 30	So 30	Di 30	Fr 30	So 30
Di 31	Fr 31		Mi 31		Mo 31

noch aktueller
jeden Monat

Änderung der Krankenhausfinanzierung

Zwischenbericht einer Kommission der Robert-Bosch-Stiftung

Wir dokumentieren die Zusammenfassung des Zwischenberichts. Der dg-Report in diesem Heft nimmt inhaltlich auf diesen Bericht Bezug.

Die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen ist nach Ansicht der Kommission aus gesundheits- und sozialpolitischen Gründen eine öffentliche Aufgabe. Aus den gleichen Gründen geht die Kommission davon aus, daß sich die Organisation der Leistungserstellung im Krankenhaus in die bestehende Wirtschaftsordnung der Bundesrepublik einfügen lassen muß, daß aber deren marktwirtschaftlich-erwerbswirtschaftliches Ordnungsprinzip nur eingeschränkt auf den Krankenhaussektor anzuwenden ist. Es sollte vielmehr das Prinzip der Bedarfswirtschaftlichkeit vorherrschend sein. Die Vielgestaltigkeit der Träger, der Organisationsformen und der medizinischen Lehrmeinungen wird von der Kommission sowohl als Eigenwert wie auch als Instrument zur Sicherung der notwendigen Flexibilität und Differenzierung des Krankenhausystems angesehen.

Das gegenwärtige System zeigt im Bereich der Finanzierungsträger, in der Planung und Prozeßsteuerung sowie bei den Verfahren zur Bestimmung des Leistungsentgeltes erhebliche Mängel. Eine isolierte Betrachtung eines einzelnen Bereiches führt nicht zu sinnvollen Ergebnissen. Die Kommission mußte daher von der Frage nach einer ordnungspolitisch zweckmäßigen Steuerung des gesamten Krankenhaussystems ausgehen.

Eine vorwiegend marktwirtschaftlich orientierte Steuerung von Angebot und Nachfrage sowie der Verteilung der Finanzierungslasten und der Bestimmung des Leistungsentgeltes führt nach Auffassung der Kommission zu Ergebnissen, die gesundheits- und sozialpolitisch nicht erwünscht sind. Vorwiegend bürokratische Lösungsmodelle widersprechen den Werthaltungen, welche die Kommission einnimmt. Sie erfüllen nicht die Mindestanforderungen, die man an Effektivität und Effizienz stellen muß. Ein vorwiegend mit Wahlen arbeitendes Steuerungsmodell hält die Kommission im Bereich der Krankenhausversorgung für nicht anwendbar. Die Kommission bevorzugt daher verbandswirtschaftliche Verhandlungsmodelle. Von ihnen kann am ehesten erwartet werden, daß sowohl die öffentliche Aufgabe einer flächendeckenden und qualitativ gleichmäßigen Versorgung als auch die gesellschaftlich wichtige Selbstbestimmung der Beteiligten und die notwendige ökonomische Effizienz gesichert sind. Auch eine bessere Abstimmung mit anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung soll damit erreicht werden.

Im Grundmodell der von der Kommission vorgeschlagenen verbandswirtschaftlichen Lösung wird die Regelung und Wahrnehmung der öffentlichen Aufgabe „Krankenhausversorgung“ vom Staat auf die Krankenhaus- und Krankenversicherungswirtschaft übertragen. Umfang, Struktur und Qualität der Krankenhausversorgung sowie deren Finanzierung über Entgelte und Zuschüsse sollen verantwortlich zwischen Krankenhäusern und Krankenversicherungen auf der Ebene geeigneter Regionen ausgehandelt werden.

Die Voraussetzung für diese Gruppenverhandlungen ist der Zusammenschluß der Krankenhäuser einer Region zu einer Selbstverwaltungsorganisation. Die Kommission hält verschiedene Gestaltungsformen für vertretbar, gibt aber der Körperschaft des öffentlichen Rechts den Vorzug. Der Staat übt die Rechtsaufsicht aus und hat nötigenfalls die Pflicht, die Erfüllung der Planungs-, Durchführungs- und Finanzierungsaufgaben zu erzwingen.

Dieses Grundmodell, bei dem Angebot und Nachfrage auf regionaler Ebene zum Ausgleich gebracht werden, ist mit mehreren Möglichkeiten der Finanzierung von Krankenhausleistungen kombinierbar. Die Kommission hat sich für Lösungen entschieden, bei denen Planungskompetenz und finanzielle Verantwortung nicht mehr wie bisher getrennt sind.

Die Kommission glaubt, daß ein modifiziertes duales Finanzierungssystem zunächst besser als das derzeitige Verfahren ist. Nach diesem System soll der Staat nicht vollständig aus seiner gegenwärtigen Finanzierungsbeteiligung entlassen werden. Er soll die bisher für Neubauten und Erstausstattung aufgewendeten Mittel als verlorene Zuschüsse nach einem pauschalen Schlüssel an die verantwortliche Planungs- und Entscheidungsorganisation der Krankenhausregion geben, die mit diesen Mitteln die Planung von Umfang, Struktur und Qualität der Krankenhausversorgung aufstellt und umsetzt. Die Mittel für die Wiederbeschaffung von Anlagegütern sollen von den Krankenversicherungen aufgebracht werden. Die Verbesserung wird darin gesehen, daß die Planungs- und Finanzierungsentscheidungen zu einem größeren Teil als bisher in den Händen der betroffenen Krankenhäuser und Krankenversicherungen liegen und diese die finanziellen Folgen ihrer Entscheidungen tragen müssen. Wesentliche Nachteile bleiben freilich bestehen. Die Eigenverantwortung und der Handlungsspielraum der einzelnen Krankenhäuser, wie beispielsweise im Finanzmanagement, ist durch die Investitionsfinanzierung aus öffentlichen Mitteln weiterhin beschränkt. Auch die ökonomisch unerwünschte Trennung der Finanzverantwortung zwischen Staat und Krankenversicherungen bleibt teilweise bestehen. Nicht beseitigt wird auch der grundsätzliche Widerspruch zwischen der staatlichen Finanzierung und dem Wunsch nach Selbstverwaltung durch die Beteiligten. Dem Staat können bestimmte Kontrollrechte, die sich aus seiner Finanzierungsverantwortung ableiten, nicht verwehrt werden.

Diese Schwierigkeiten veranlassen die Kommission, für ein monistisches System zu plädieren. Hier werden alle Mittel zur Bezahlung von Krankenhausleistungen von einer Hand aufgebracht, nämlich im wesentlichen von den Krankenversicherungen. Nur so dürfte ein Ausgleich zwischen Angebot und Nachfrage erreichbar sein, der sowohl den Wünschen der Leistungsempfänger als auch der finanziellen Leistungskraft ihrer Versicherungen entspricht. Da es wegen

der öffentlichen Aufgabe aber keinen Grund gibt, den Staat gänzlich aus seiner bisherigen Finanzierungsverantwortung zu entlassen, erscheint es der Kommission sinnvoll, daß die bei einem monistischen System eintretende Entlastung des Staates ausgeglichen wird durch die Übernahme eines entsprechenden Teils der sogenannten kassenfremden Leistungen.

In diesem Modell kann die extern bestimmte Planung wesentlich reduziert und der Handlungsräum für alle Beteiligten erheblich erweitert werden, da sich die Planungsaufgabe auf die Erstellung derjenigen Leistungen konzentrieren kann, die nicht durch den Mechanismus der einem monistischen System innewohnenden marktlichen Elementen zustande kommen. Insbesondere bedarf es in diesem System eines geringeren rechtlichen Zwangs zu einer verbandlichen Organisation der Willensbildung bei den Krankenhäusern, da sich die Willensbildung nach dem Prinzip der countervailing power wenigstens zum Teil auch von selbst organisieren dürfte.

Beim Übergang von einem dualen zu einem monistischen System entstehen zunächst erhebliche Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten der älteren und erneuerungsbedürftigen Häuser. Zum Ausgleich dieser Wettbewerbsverzerrungen, die in Vermögens-, Kosten- und Liquiditätsnachteilen bestehen, schlägt die Kommission vor, für eine begrenzte Übergangszeit die Subventionierung der langfristigen Anlagegüter dieser Krankenhäuser aufrecht zu erhalten oder Zinssubventionen für die Aufnahme von Fremdkapital zu Lasten der neueren Häuser vorzusehen.

Das Leistungsentgelt soll prospektiv und ohne eine Bindung an betriebsindividuelle Kosten bestimmt werden. Seine Höhe soll die Möglichkeit offen lassen, Überschüsse, aber auch Unterdeckung zu erzielen. Die Kommission schlägt drei Verfahren vor, von denen zwei sowohl mit einem modifiziert dualen als auch einem monistischen System der Finanzierungsträgers vereinbar sind. Die erste Alternative ist eine Krankenhausgebührenordnung mit Leistungskomplexhonoraren. Sie wird kombiniert mit krankenhausindividuellen Preisen, die pflegetagproportional sind und diejenigen Restleistungen entgelten sollen, die nicht in der Gebührenordnung enthalten sind (z. B. Unterkunft und Verpflegung, Berücksichtigung eines Investitionsbonus). Die zweite Alternative sieht vor, das jetzige System des pauschalen Pflegesatzes durch die gesonderte Berechnung besonders aufwendiger Leistungen zu modifizieren. Für das Modell einer modifizierten dualen Finanzierung wird schließlich als dritte Alternative vorgeschlagen, daß der Staat statt der Investitionsfinanzierung eine offene Subventionierung des Leistungsentgeltes vornimmt, aus dem dann die Gesamtkosten zu decken sind.

Die Kommission behält sich bis zum Abschluß der verfassungsrechtlichen Prüfung und einer vertieften Wirkungsanalyse Modifikationen ihrer Vorschläge und Empfehlungen vor.

„Qualifiziert vorbereitet“

Ärztekammer richtet sich auf „kleine“ Atombomben ein

Die ärztlichen Standesvertretungen haben es aufgegeben, für einen Atomkrieg mit Megatonnenwaffen Hilfe zu versprechen. Als Begründung für die Katastrophenmedizin müssen jetzt Kilotonnenwaffen herhalten. Medizinische Hilfe bei 10 Millionen toten Bundesbürgern und ebenso vielen Verletzten?

„Was heißt das denn, daß die deutsche Zivilbevölkerung bei einem Atomkrieg ohnehin keine Überlebenschance habe? Hat die deutsche Zivilbevölkerung denn ohne Atomkrieg eine Überlebenschance?“

So konnte 1981 noch Volrad Deneke, Geschäftsführer der Bundesärztekammer, die Diskussion mit der Friedensbewegung im Gesundheitswesen beiseitewischen. Die Zeiten haben sich geändert. Heute bestätigt Karsten Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, den „ideologischen Fremdenlegionären, ideologisch ambivalenten Profilneurotikern und gewissenhaften Sektierern“ (Deneke 1981), „daß für den Fall des Einsatzes von Atomwaffen im Megatonnenbereich eine ärztliche Versorgung nicht mehr möglich ist“.

Die Militarisierung im Gesundheitswesen und insbesondere die Fortbildung in der Katastrophenmedizin will aber weiter betrieben sein. Hierfür hat jetzt der Ausschuß und die Ständige Konferenz „Sanitätswesen in der Bundeswehr und Zivilschutz“ die neue Argumentationslinie festgelegt. Demnach ist ein Krieg in Mitteleuropa mit Atomwaffen im Kilotonnenbereich viel „eher wahrscheinlich“. Dann entstünden wenigstens noch „Randzonen“, für die „ärztliche Hilfe qualifiziert vorbereitet sein“ sollte.

Dabei haben Ausschuß und Ständige Konferenz ein konkretes Szenario vorgeschlagen, das sie für wahrscheinlich halten. Sie nehmen an, daß „zunächst 450 Ziele in Westeuropa ausgeschaltet“ werden, wobei in erster Li-

nie SS 20-Raketen in Frage kommen sollen. Konkrete Auswirkungen haben Ausschuß und Ständige Konferenz allerdings nicht genannt. Dabei gibt es

und Ständiger Konferenz scheint hier möglich.

Zwar würden vielleicht weniger Sprengkörper in der Bundes-

den Berechnungen zwischen 1,5 und 11 Millionen Menschen ums Leben kommen und etwas mehr schwer verletzt werden. Auch hier scheint eine Übertragung allein auf die Bundesrepublik gut möglich.

Beide Studien sind noch eher zurückhaltend angelegt. Sie gehen zum Beispiel von einer durchschnittlichen Bevölkerungsdichte der BRD und DDR von zwei- bis dreitausend Menschen pro Quadratkilometer

	Spreng-körper	Anzahl Ziele	Soforttote	Tote gesamt	angenomme-ne Bevölke-rungsdichte	Tote/100 kT
Uno-Studie Kernwaffen	100 kT	200	5 000 000	6 100 000	300/km ²	25 000
„Spektrum der Wissenschaft“	200 kT	171		1 500 000 — 11 000 000	300/km ² i. Durchschn.	3 500 — 10 500
WHO	20 Megatonnen			9 000 000		
Neutronen-waffe	1 kT	1000		1 000 000		

Quellen: UNO-Studie Kernwaffen, München 1982 (Becksche Verlagsbuchhandlung); Aufsatz von W. A. Arkin, F. v. Hippel und B. G. Levi: Kollektiver Selbstmord? Atomkrieg in Deutschland, in: Rüstung und Abrüstung. Die Argumente der Wissenschaft, Heidelberg 1983 (Spektrum der Wissenschaft); „Auswirkungen eines Atomkriegs auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung“ — Bericht der internationalen Kommission von Experten der medizinischen Wissenschaften und des öffentlichen Gesundheitswesens

einige Studien, die mit vergleichbaren Annahmen arbeiten. Sie könnten den Katastrophenmedizinern auf die Sprünge helfen:

„Zunächst 450 Ziele in Westeuropa ausgeschaltet“

Ein derartiger Atomwaffen-einsatz in Westeuropa und der Bundesrepublik würde wahrscheinlich mehrere Millionen Bundesbürger das Leben kosten, und ebenso viele wären schwer verletzt.

Im einzelnen: Die SS 20 hat drei Sprengköpfe, die jeweils eine Stärke von 150 bis 180 Kilotonnen (kT) haben dürften. Die Hiroshima-Bombe, zum Vergleich, hatte eine Stärke von 12,5 kT. Es müßten also etwa 150 SS 20 auf Westeuropa abgeschossen werden. Die Bundesrepublik mit ihrer hohen Militär- und Atomwaffendichte würde als Kriegsschauplatz erster Ordnung sicher ein Großteil abbekommen. 150 bis 200 Atomwaffendetonationen sollten wahrscheinlich sein.

Die UNO-Studie „Kernwaffen“ liefert hierfür vergleichbare Berechnungen. Sie geht von 200 Atomdetonationen aus, deren Stärke jeweils 100 kT betragen soll. Fünf Millionen Menschen würden sofort sterben, durch regionalen radioaktiven Niederschlag und späte Strahlenschäden würden noch einmal 1,1 Millionen Menschen sterben. Ein grober Übertrag auf die Überlegungen von Ausschuß

republik detonieren, dafür hätten sie aber jeweils eine höhere Sprengkraft.

Eine in *Spektrum der Wissenschaft* veröffentlichte Studie geht davon aus, daß 171 Sprengköpfe der Stärke 200 kT auf Ziele in der BRD und DDR geworfen werden. Dabei würden nach

aus. Dabei leben in der absoluten Todeszone einer 200-kT-Waffe 7000 bis 21 000 Menschen. Ganz andere Ergebnisse ergeben sich in Ballungszentren, wo eine durchschnittliche Bevölkerungsdichte von 3000 Menschen/km² anzunehmen ist. Hier müßten bei der Explosion

d i e s e s B u c h a l s m o r g e n g a

Medizin und Atomkrieg -hilflos?



Ärzte warnen vor dem Atomkrieg

Die Vernichtungskraft der heutigen Waffen ist unvorstellbar. Im Falle ihres Einsatzes kann es keine effektive medizinische Hilfe geben. Zivilschutz ist eine Illusion. Fortbildung in Katastrophenmedizin heute ist Übung zur Selektion. Die einzige sinnvolle ärztliche Maßnahme kann nur die Verhinderung eines Atomkrieges sein gemäß dem Motto: Vorbeugen ist besser als Heilen.

Die Texte informieren detailliert und klären schonungslos auf. Sie sind Warnung und Aufruf zugleich von A. Mechtersheimer, H. Begemann, H.E. Richter, U. Gottstein, F. Barnaby, L. Dumas, u.a.

160 Seiten

DM 12,00

ISBN 3-922866-09-3



Verlagsgesellschaft Gesundheit
Mehringhof, Gneisenaustr. 2, 1000 Berlin 61

einer 200-kT-Waffe 100000 bis 300000 Menschen sterben.

Sicherlich sind 10 Millionen Tote in der Geschichte nichts Neues. Die Sowjetunion allein mußte im Zweiten Weltkrieg 20 Millionen Opfer bringen. Aber der entscheidende Unterschied ist eben der, daß im Atomkrieg diese Opfer alle auf einmal anfallen. Wer soll denn in den Detonationspunkten 10000, 20000 oder 100000 Menschen begraben und ebenso viele Verletzte versorgen? Wer soll die Hilfe organisieren, wenn die zentralen Schaltstellen zerstört sind (zumindest wenn man der Sowjetunion die Strategie der USA unterstellt)? Wer will die Seuchen bannen, wer will unverseuchtes Wasser beschaffen usw. usw.

„Zu sehr auf Atomwaffen fixiert“

Was Ausschuß und Ständige Konferenz als „eher wahrscheinlich“ bezeichnen, ist für die Bundesrepublik unterm Strich kaum weniger furchtbar als ein Krieg mit Waffen im Megatonnenbereich. Die neue Argumentationslinie der Katastrophenmediziner dürfte an der Diskussion also kaum etwas ändern.

Daß hier offensichtlich Zeitnot Pate gestanden hat, zeigt sich in einem zweiten Gedankengang des Ausschusses. Als ob die Friedensbewegung noch nicht stark genug sei, wird da erklärt: „Nach einem möglichen Einsatz von A-Waffen im Kilotonnenbereich ist mit dem Einsatz von chemischen und biologischen Waffen ebenso zu rechnen wie mit dem Einsatz konventioneller Waffen.“ Gemeint ist natürlich, was Karsten Vilmar und der DRK-Präsident inzwischen bereits öffentlich beklagt haben: die Friedensbewegung sei zu sehr auf Atomwaffen fixiert, eben „einseitig“. Nur muß sich bei solcher Kritik die Standesvertretung auch beim Wort nehmen lassen und die Einseitigkeit ausgleichen.

Vielleicht kommt also demnächst die Aufklärung über chemische und biologische Waffen im *Ärzteblatt*. Das wäre dann allerdings eine Kehrtwendung um 180 Grad, so daß sich schließlich Vilmar von Deneke (1981) vorwerfen lassen müßte, „zu Lasten der Selbstverteidigungsbereitschaft in der NATO ganz offenkundig Propaganda zugunsten der vom sowjetischen Imperialismus militärisch gerüsteten sozialistischen Internationale“ zu betreiben.

Walter Popp



Gegen Kriegsvorbereitungen im Gesundheitswesen protestierten auf einer Demonstration am 1. Oktober Ärzte, Schwestern, Pfleger und andere in Gesundheitsberufen Tätige. Unser Bild zeigt die Kundgebung vor dem Gesundheitsministerium in Bonn.

Neu im Oktober

Lorenz Knorr
Geschichte der Friedensbewegung in der Bundesrepublik
Kleine Bibliothek Band 260
231 Seiten, DM 12,80
ISBN 3-7609-0696-6

Georg Füller
Leitfaden durch die Geschichte der Bundesrepublik Deutschland
Kleine Bibliothek Band 310
143 Seiten, DM 7,80
ISBN 3-7609-0841-1

Susanne v. Daniels/
Frajo Krick/
Gusti Steiner u. a. (Hrsg.)
Krüppel-Tribunal
Menschenrechtsverletzungen im Sozialstaat
Kleine Bibliothek Band 303
171 Seiten, DM 14,80
ISBN 3-7609-0799-7

Jürgen Kuczynski
Memoiren
Kleine Bibliothek Band 308
458 Seiten, DM 15,-
ISBN 3-7609-0839-X

Peter Bachmann/Kurt Zeisler
Der deutsche Militarismus 1917-1945
Illustrierte Geschichte
472 Seiten, 1016 Abbildungen,
Format 24 x 30 cm, Leinen mit
farbigem Schutzmuschlag,
DM 50,-
ISBN 3-7609-0795-4

Dieter Fricke u. a. (Hrsg.)
Lexikon zur Parteiengeschichte
Die bürgerlichen und
kleinbürgerlichen Parteien
und Verbände
in Deutschland
1789-1945. Vier Bände
Band 1

Vom Alldeutschen Verband
bis zur Deutschen Liga
für Menschenrechte
757 Seiten, DM 68,-
ISBN 3-7609-0782-2

Deutsche Geschichte
in zwölf Bänden
Letztmalige Subskriptionsverlängerung der
Bände 1-4:
30. November 1983
Sonderprospekt
bitte anfordern

Band 2
Die entfaltete Feudalgesellschaft
Von der Mitte des 11. bis zu
den siebziger Jahren des
15. Jahrhunderts
476 Seiten, DM 68,-
Subskriptionspreis DM 48,-
ISBN 3-7609-1002-5

Band 3
Die Epoche des Übergangs vom Feudalismus zum Kapitalismus
Von den siebziger Jahren des
15. Jahrhunderts bis 1789
592 Seiten, DM 68,-
Subskriptionspreis DM 48,-
ISBN 3-7609-1003-3

Lexikon zur Parteiengeschichte
1789-1945



Pahl-Rugenstein

Pahl-Rugenstein Verlag GmbH Gottesweg 54, 5000 Köln 51, Tel. (0221) 36 40 51

Einen „Angriff auf die sittliche Substanz des Arzts“ nannte Volrad Deneke, Geschäftsführer der Bundesärztekammer, in seinem berühmten Kommentar im Ärzteblatt die Weigerung friedensbewegter Mediziner, sich an Kriegsübungen zu beteiligen. Deneke leistete sich eine haarsträubende, aber konsequente Qualifizierung der Verweigerung: Er argumentierte im Namen einer Ethik, die — blind gegen gesellschaftliche Ursachen von Krankheiten — ein unbedingtes Hilfsgebot zum obersten Prinzip erhebt, selbst dann, wenn die unumstößliche Bereitwilligkeit zu helfen (und der Glaube, immer helfen zu können), die vorhergehenden Schäden erst möglich macht — und gegen Ärzte, die sich nicht mehr damit zufriedengeben zu reparieren, was nach dem Geduldig erwarteten Unglück noch zu reparieren ist. Die friedensbewegten Ärzte hatten an einen wunden Punkt gerührt, als sie ihr ärztliches Handeln aus politischer Verantwortung begründeten. Der Arzt hilft *nachher*, was vorher geschah, geht ihn nichts an. Eine Sisyphos-Ethik, in der für Prävention gleich welcher Art kein Platz ist.

Ein fast vergessener Fall in diesem Friedensherbst hat die Problematik dieser wie jeder anderen ärztlichen Ethik noch einmal aufgerufen: Gemeinsam mit anderen in Paris und Kalifornien wollten zwei Frauen und ein Mann in Bonn aus Protest gegen die Atomrüstung notfalls bis zum Tode hungern. Alle drei haben schließlich überlebt; die Amerikanerin Andrea Flukovich, die als letzte aufgab, nur nach einer freiwilligen Intensivbehandlung in einem Bonner Krankenhaus. Wochenlang hatten die Unterstützer zuvor unter friedensbewegten Ärzten — etwa fünfzig wurden angesprochen — vergeblich nach einem medizinischen Betreuer gesucht, bis sie schließlich einen fanden, der — mit vielen Einschränkungen und Vorbehalten — Hilfe zusicherte.

Die Fastenden machten es den Ärzten schwer: Zufuhr von Nährstoffen, von Vitaminen und Mineralien lehnten sie ebenso ab wie alle lebensverlängernden Maßnahmen. Für den Fall ihrer Bewußtlosigkeit versuchten sie sogar, die Ärzte

vorab von jeder Verantwortung zu entbinden.

Für die Ärzte wirklich eine schwere Entscheidung: Das unbedingte Hilfsgebot stand gegen den Respekt vor der Entscheidung der Fastenden, die Angst, juristisch zur Verantwortung gezogen zu werden, gegen den Anspruch, sich gerade in einem solchen Fall nicht hinter Paragraphen zu verstecken, das eigene politische Urteil über die Aktion gegen die Scheu, eben dieses Urteil zum alleinigen Maßstab des Handelns für andere zu machen.

Wie der Widerspruch radikal zur Seite der Deneke-Ethik aufzulösen sei, ließ sich einem Signal im Bonner *General-Anzeiger* entnehmen, das Gesundheitsamt werde notfalls „einschreiten“: Staatlich verordnete Zwangernährung gegen freie Bürger, zudem zwei Ausländer!, ohne sich auch nur einen Deut um Entscheidung und Anliegen der Fasten-

jetzt weder physisch noch psychisch die Kraft aufbringt? Sich, wie vorgeschenkt, in diesem Fall der Entscheidung einer Gruppe aus ganz jungen, idealistischen, unsicheren Unterstützern unterwerfen, die noch nie einen schwerkranken Menschen gesehen haben? Besteht ärztliche Ethik darin, den Patienten nach seinem schwankenden, subjektiven und damit immer objektiv beschädigten Willen zu „bedienen“ wie der Wirt den Alkoholiker mit dem zwanzigsten Bier?

In der Öffentlichkeit der Friedensbewegung wurde das Problem zumeist politisch gelöst: die Aktion galt mit Recht als illusionär, als unpolitisch, großwahnsinnig, ja als schädlich für die Friedensbewegung, die gerade aus dem Wunsch zu leben die Kraft nimmt. Jo Jordan, die Andropows Abrüstungsinitiative auf ihr Fasten zurückführte, gab solcher Beurteilung auch reichlich Nahrung. Aber kann die

berste Lösung gewesen. Aber das unbedingte Hilfsgebot, auf das sich diese Entscheidung berufen würde, ist gar nicht so unbedingt. Es fügt sich ein in die herrschenden Bedingungen. Wer die Fastenden an den Tropf prügelt, bricht eine Aktion ab, die die Verhinderung weiteren Sterbens zum Ziel hat, oktroyiert seinen unbedingten ärztlichen Anspruch jedem anderen: hier dem der Veränderung (die Untauglichkeit des Mittels ist ihm ja kein Kriterium!), nimmt teil an der alltäglichen Triage, die in der Minute dreißig Kinder in der Dritten Welt indirekt an der Rüstung sterben läßt. Im weiteren Sinn kommen täglich Millionen durch Unterlassung zu Tode. Der „unbedingt“ Helfende hilft mit seiner sauberen Ethik vor allem seinem eigenen Gewissen.

Eine Ethik, die für alle gleichermaßen verbindlich wie gegenüber allen gleichermaßen anzuwenden ist, „ohne Ansehen der Person“, macht sich,

Keine saubere Lösung

Gedanken zur ärztlichen Ethik beim „Fasten für das Leben“

den zu bekümmern, blieb als mögliche Lösung präsent — eine grenzenlose Anmaßung im Namen einer Sittenordnung, die sich gegen jeden Abweichler einsetzen läßt und zu dem das System deckt, das die Fastenden mit ihrer Aktion erschüttern wollten.

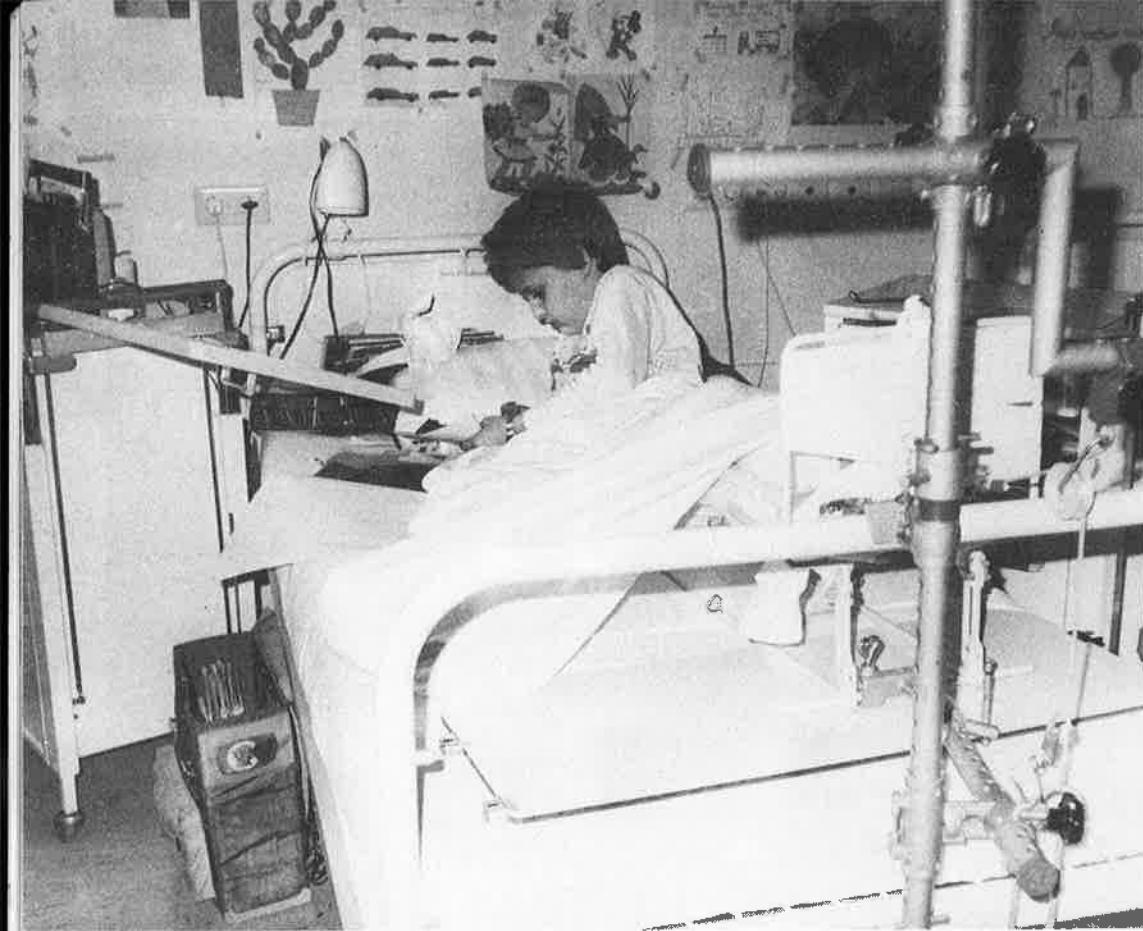
Zum Gegenteil, zur blinden Unterwerfung unter den Willen der Fastenden, fand sich unter den angesprochenen Ärzten keiner bereit. Was tun, wenn jemand bewußtlos wird, der vor einigen Wochen bewußt eine Aktion begonnen hat, zu deren Beendigung er

begründete politische Auffassung auch der Maßstab für ärztliches Handeln sein? Führt dieses Prinzip nicht dazu, die Hilfsbereitschaft ganz einem unsicheren politischen Urteil zu unterwerfen, das sich immer nur im Nachhinein als richtig oder falsch erweist?

Man könnte zu dem Schluß kommen, der unmittelbare Zwang, das rücksichtlose Hinwegsetzen über die Entscheidung der Fastenden wäre angesichts der Alternativen immer noch die sau-

wenn sie auf das „Hinsehen“ verzichtet, den Blick der Gesellschaft zu eignen. Sie erniedrigt den, der nach ihr handelt, zum blinden Vollstrecker ungerechter Verhältnisse. Die Verweigerung von Ärzten gegenüber den Kriegsübungen zeigt, daß die alte Ethik nicht mehr ungebrochen gilt. Der Fall der Fastenden macht deutlich, daß jede neue, die „rein menschlich“, unterschiedlos gültig, „humanitär“ statt politisch sein will, an ihren eigenen Widersprüchen scheitert.

Norbert Mappes



Die Diskussion um das Thema Frieden und Abrüstung nimmt einen immer größeren Raum im täglichen Leben ein. Was kriegen Kinder davon mit? Welche Vorstellungen haben sie von Krieg und Frieden?

Diese Fragen interessieren einen Arzt und eine Kunsterzieherin, als sie über vier Monate auf der Station einer Kinderklinik mit Patienten zwischen 5 und 14 Jahren Bilder malten unter dem Thema „Her mit dem Frieden.“

Bern. Obwohl davon auszugehen ist, daß fast jedes Kind wiederholt die Tagesschau gesehen hat, konnten sich die Kinder kaum an konkrete Ereignisse und Bilder erinnern; ein sprachlich formulierbares Wissen zu diesen Themen bestand nur bei wenigen.

Das interessierte Nachfragen der Kinder zeigte jedoch, wie groß der Wissensdurst in diesem Themenbereich ist und wie wenig sie in der Schule und Elternhaus bisher dazu erfuhren: kaum ein Kind war schon mal auf eine Friedensdemonstration mitgenommen worden.

Themen, die großen Anklang fanden, waren z. B. „Was könnte man aus Raketen oder Waffen nützliches machen, wie könnte man sie zu friedlichen Gegenständen umbauen? „Eine Bombe fällt auf dieses Krankenhaus ...“ „Bau der unterirdischen Raketenstilos im Hunsrück, während über der Erde alles so harmlos aussieht.“

Die meisten Kinder, in der Rolle des passiven Patienten, der bedient wird, waren trotz Langeweile nicht bereit, sich über längere Zeit auf die vorgeschlagenen Themen zu konzentrieren, wenngleich auch einige an ihren Bildern über Tage hinweg weitermalten.

Gemalt wurden einerseits „schöne“ bunte Bilder mit Blumen, Häusern, Wolken, Sonnenschein; ein türkischer Junge malte Kinder verschiedener Nationen, die zusammen auf einer Wiese spielten. Jedes Kind trug einen Pullover in den Farben seines Heimatlandes. Bilder, in denen die Lebensfreude der Kinder zum Ausdruck kam.



Krieg weck — hat kein Zweck!

Kinder im Krankenhaus malen Krieg und Frieden

Die Reaktionen der Kinder auf den Vorschlag, zu diesem Thema Bilder zu malen, waren sehr unterschiedlich: Die einen malten sofort drauf los; andere hatten Hemmungen, trauten sich zunächst nicht, die Buntstifte in die Hand zu nehmen, wurden jedoch später zu wahren Massenproduzenten; viele wußten auch nicht, was sie malen könnten.

Durch Fragen: „Wie möchtet Ihr am liebsten leben?“ „Wie sieht es bei Euch zu Hause aus?“ „Was spielt ihr besonders gerne?“ wurde versucht, in Ge-

sprächen mit den Kindern den Begriff Frieden konkret zu machen.

Darüber hinaus wurden die Kinder durch Geschichten, Gedichte, Fotos, Zeitungsmeldungen etc. angeregt, Themen für ihre Bilder zu finden.

Nach dieser ersten „Friedensphase“ der Malaktion wurden die Kinder angeregt, stärker über konkrete kriegerische Auseinandersetzungen, wie sie z. B. täglich im Fernsehen gesendet werden, über aktuelle Kriegsbedrohung, Nachrüstung sich zu äu-

Konkrete Vorstellung von Krieg war in der Regel gebunden an Personen und nicht an Fernsehen. Oft gab es erregte Gespräche zwischen den Kindern, wenn sie sich erzählten vom Opa, der im Krieg ein Bein verloren hatte, vom Vater, der als Kind eine Bombenexplosion miterlebt hatte und seitdem nicht mehr richtig hören kann.

Immer wieder äußerten die Kinder in den Gesprächen ihr Unverständnis darüber, daß irgendetwas ein ausreichender Grund sein kann, einen Krieg zu beginnen.

Bilder zum Thema „Krieg“ waren stark von Comics und Science Fiction beeinflußt; da flogen Raketen als faszinierende Gebilde im Weltraum. Hier fanden die Jungen über ihr Interesse an technischen Dingen einen Einstieg. Einige Kinder stellten in ihren Bildern ihre Angst dar, in der

sie sich gerade befanden, nutzten die Bilder zur Verarbeitung von Unfällen, OPs, Krankenhaus-situ-
ation.

Das Ergebnis der viermonatigen Arbeit wurde Kindern und Eltern in einer Ausstellung in der Eingangshalle der Klinik vorge stellt, die mit einem Kinderfest eröffnet wurde, zu dem alle inzwischen wieder gesunden Kinder, die mitgemalt hatten, mit ihren Eltern eingeladen wurden. Und tatsächlich kamen die meisten Kinder, obwohl sie zu einem großen Teil aus anderen Städten anreisen mußten. Kinder, die kurz vor dem Fest entlassen wurden, bettelten darum, noch ein paar Tage im Krankenhaus bleiben zu können.

Zum Teil in Rollstühlen nahmen alle Kinder der Klinik, denen es irgendwie ermöglicht werden konnte, am Fest teil. Viele Beschäftigte beteiligten sich an der Vorbereitung des Festes, — das erste Kinderfest in der Klinik, das jetzt jedoch zur Tradition werden soll.

Die Reaktionen der Beschäftigten, speziell der Kranken-



Störungen des Stationsablaufs, Farbkleckse in den Bettüchern.

Die Bilder der Kinder haben die Erwachsenen, die Beschäftigten der Klinik, aber auch die Eltern angeregt, nicht tatenlos danebenzustehen. Beschäftigte der Klinik verfaßten eine Erklärung, die von sehr vielen Angestellten

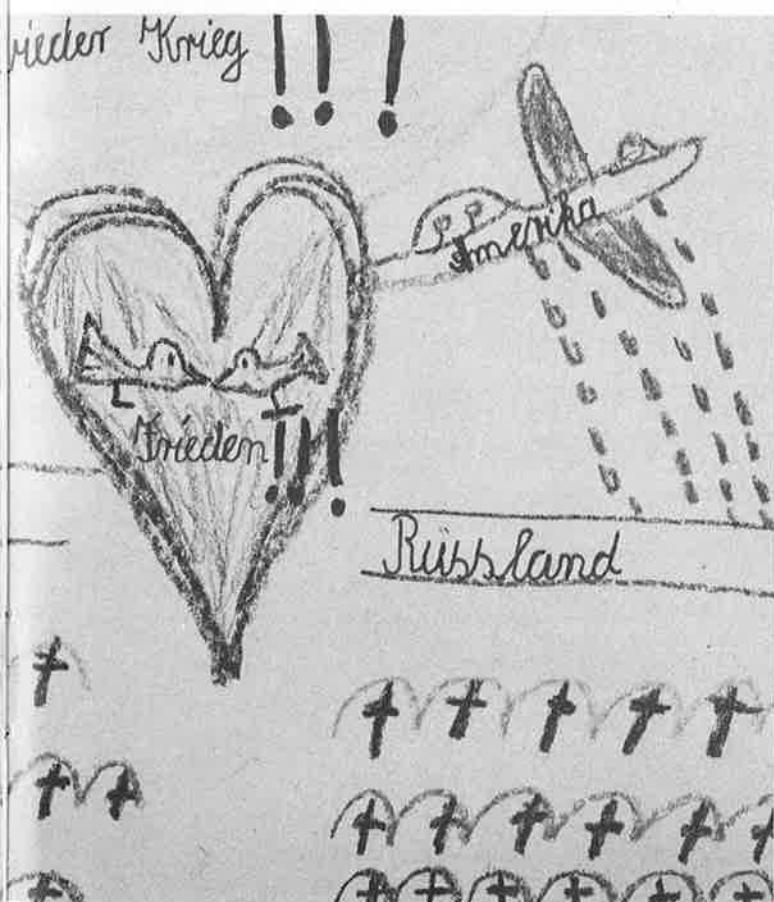
So einfach, wie das bisher klingt, lief es jedoch nicht. Die Klinikleitung hatte Bedenken: Die Überschrift „Erklärung der Beschäftigten der Soundsoklinik“ mußte aus dem Aufruf gestrichen werden. Der Aufruf hing Wochenlang auf allen Stationen aus, doch als Unterschriftenamm-

lung im Rahmen der Ausstellung aufgehängt, wurde er ohne Rücksprache abgehängt, die zugesagte Unterschrift des Chefs zurückgezogen, die Ausstellung schließlich vorzeitig abgebaut. Die Angst rührte daher, daß die Ausstellung „weil sie sich mit dem Thema Frieden beschäftigt, als parteipolitische Aktivität“ eingestuft wurde; „so etwas gehört nicht in eine Klinik“, „wehrt den Anfängen.“

Trotz alledem: Die Aktion fand großes Interesse bei den Eltern, die vor allem bei Besichtigungen der Ausstellung nicht genug kriegen konnten, über die Entstehung der Bilder erzählt zu bekommen. Es hat sich auch gezeigt, daß ein solches Projekt eine sinnvolle, ja notwendige Ergänzung zu der Arbeit der Erzieherinnen in einer Kinderklinik ist.

Thomas Merkel,
Dagmar von Käthen

Kontakt: Dr. Thomas Merkel
Raesfeldstr. 31, 4400 Münster



schwestern auf der Station, waren unterschiedlich. Schnell fanden sich einige Mitmacher, die die Aktion begeistert unterstützten; andere waren eher skeptisch, „solch schreckliche und schwierige Themen für kranke Kinder“, „Kinder können doch gar nicht richtig malen“; sie befürchteten

unterschrieben wurde, in der die Unterzeichneten davor warnen, daß es im Falle eines Atomkrieges eine medizinische Hilfe nicht gibt und erklären, daß ein Schutz nur in Verhinderung eines Atomkrieges, in der Ablehnung der neuen Raketen und atomarer Waffen überhaupt liegt.

Immer noch besser als die Flasche



Stillen trotz Schadstoffbelastung empfehlenswert

Wer sein Kind stillt, verabreicht ihm Gift — mit solchen Pressemeldungen werden stillende Mütter verunsichert. Die Diskussion um die Schadstoffbelastung der Muttermilch lässt viele Mütter ratlos zurück. Jetzt wurde der Streit einstweilen beigelegt.

Eine Studie von Elke Pröstler: „Stillen trotz verseuchter Umwelt?“, hatte 1981 die kontroverse Diskussion ausgelöst, nachdem drei Jahre zuvor bereits das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit erstmals Gelder für ein Forschungsvorhaben zur Untersuchung der Rückstandssituation in der Frauenmilch bewilligt hatte.

Schon im Herbst 1982 hatte sich die Stiftung Verbraucherinstitut Berlin der heiklen Kontroverse angenommen. Auf einem Fortbildungsseminar in Lohmar bei Bonn wurden die verschiedenen wissenschaftlichen Aussagen zur Schadstoffbelastung in der Muttermilch gegenübergestellt und kritisch bewertet. Zugleich wollte man den verunsicherten Müttern, die täglich den Verbraucherverbänden, Stillgruppen, Ärzten usw. die Tür einrannen, Empfehlungen an die Hand geben. Obwohl das Seminar zu dem begründeten Entschluß kam, den Müttern das Stillen in der Regel zu empfehlen, riet jetzt die Deutsche For-

1. a) Verbot der Herstellung, des Inverkehrbringens und gesicherte Entsorgung aller in der Nahrungskette enthaltenen Stoffe. Insbesondere sollte die Herstellung des Pflanzenschutzmittels Lindan (γ -HCH) verboten werden, weil bei dessen Produktion gleichzeitig die gefährlicheren α - und β -HCH entstehen und unkontrolliert in die Umwelt gelangen können. Für die industriell verwendeten HCB (Holzschutzmittel) und die PCBs (Hydraulik- und Transformatorenflüssigkeit) werden ebenfalls Herstellungsverbote gefordert.
1. b) Einführung von Höchstmengen in Lebensmitteln für PCB und Schwermetalle.
2. Die bisherigen Pflanzenschutzmittel-Prüfungen auf die Wirksamkeit müssen auf die Kriterien Erforderlichkeit und Umweltverträglichkeit ausgedehnt werden.
3. a) In allen Bundesländern müssen kostenlose Muttermilchuntersuchungen auf freiwilliger Basis ermöglicht werden.
3. — Beratungsmöglichkeiten der Mütter durch neutrale Stellen: Alle Organisationen, die im Gesundheitswesen tätig sind, bilden Ausschüsse mit entsprechenden Spezialisten: Toxikologen, Ärzte, Ernährungsberater, Psychologen und Vertreterinnen von Stillgruppen zur Erstellung von Beratungskonzepten.
3. — Langzeitbeobachtung von sehr hoch belasteten Müttern durch Arbeitsgruppen auf Landesebene.
4. b) Forschungsprogramme zur gezielten Ermittlung der Ursachen und Quellen der Umweltverschmutzung.
5. — Der vom Umweltbundesamt vergebene blaue „Umweltengel“ sollte auch für Farben, Wasch- und Reinigungsmittel, Insektensprays, Autoreparaturmittel etc. ohne anreicherungsfähige Schadstoffe vergeben werden.
5. — Alle Lebensmittel sollten Kontrollnummern zur Rückverfolgung der Herkunft enthalten.
5. — Dem Verbraucher wird geraten, wo immer es geht, den Gebrauch von Kunststoffgegenständen einzuschränken, da bei deren Herstellung als Weichmacher und Stabilisatoren anreicherungsfähige Stoffe (Cadmium und PCBs) verwendet werden.
6. — Förderung des „alternativen“ Landbaus.
6. — Verlässliche Kennzeichnung von Lebensmitteln aus der „alternativen“ Landwirtschaft.
6. — Verbot der Kennzeichnung mit „BIO“ und „biologisch“ — zur Vermeidung irreführender Werbung.
7. — Vorschläge zur Kennzeichnung von Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen.
7. — Zusätzliche Forderungen zur Verbesserung der Stillbereitschaft:
7. — Verbot der Werbung und Verkaufsförderung der Säuglingsnahrungsindustrie in Krankenhäusern.
7. — Der WHO-Werbekodex für Säuglingsnahrung muß auch in der Bundesrepublik eingehalten werden.
7. — Verstärkte Informationen über den Vorteil des Stillens in Kliniken.
7. — Förderung von Selbsthilfegruppen und Stillgruppen.

schungsgemeinschaft (DFG) zu einer Begrenzung der Stilldauer auf drei bis vier Monate.

In der Diskussion um die Muttermilch geht es in der Hauptsache um zwei Aspekte: 1. um die Schadstoffmenge in der Muttermilch: reicht sie aus, um den Säugling langfristig zu schädigen? 2. um die Bedeutung der Muttermilch für die Ernährung und Gesundheit des neugeborenen Menschen: gibt es einen gleichwertigen Ersatz für die Muttermilchnahrung?

Die zweite Frage ist deutlich zu verneinen: Die Muttermilch ist die natürlichste Nahrung für den Säugling und kann durch keine andere Nahrung — besonders nicht durch eine künstlich zusammengestellte — gleichwertig ersetzt werden.

Daß die Muttermilch als „natürlichstes aller Lebensmittel“ mit langlebigen, schwer abbaubaren chlorierten Kohlenwasserstoffen belastet ist, läßt sich nicht leugnen.

Viele der halogenierten Kohlenwasserstoffe zeichnen sich durch sehr geringe Abbaubarkeit (z. T. Jahre), gute Fettlöslichkeit und hohe Anreicherungsfaktoren im Fett, Nervengewebe und Drüsen von Tieren und Menschen aus. In einer Nahrungskette (z. B.: Grünfutter, Schlachtvieh, Mensch) kann die Anreicherung einen Faktor von mehreren Tausend erreichen.

Zu den wichtigsten Vertretern dieser Stoffklasse gehören DDT, HCH (= Hexachlorcyclohexan), Gamma-HCH (Lindan), HCB (= Hexachlorbenzol), Methoxychlor, Chlordan, Heptachlor, Aldrin, Dieldrin, Toxaphen und Endrin. Sie wurden oder werden

noch als Schädlingsbekämpfungs- und Pflanzenschutzmittel (Pestizide) verwendet. Eine andere Gruppe der chlorierten Kohlenwasserstoffe sind die PCBs (= polychlorierte Biphenyle). Sie werden ausschließlich für technische Zwecke und Gebrauchsgegenstände hergestellt (z.B. Hydrauliköl, Kunststoffweichmacher, Druck- und Fotokopierfarben). Die wissenschaftliche Bewertung der möglichen langfristigen Gesundheitsschäden durch die Schadstoffe ist jedoch nach wie vor kontrovers. Die beiden Standpunkte lassen sich folgendermaßen skizzieren:

A: „Mit den heutigen, wissenschaftlichen Methoden läßt sich eine langfristige Schädigung beim Menschen nicht nachweisen. Folglich kann die Herstellung der Schadstoffe nicht verboten werden.“

B: „Eine Unschädlichkeit der Stoffe läßt sich heute ebenso wenig nachweisen. Folglich ist es ein Gebot der Vorsicht, die Herstellung dieser Schadstoffe zu unterbinden.“

Die erste Einschätzung ist z. B. die des Bundesgesundheitsamtes Berlin, der zweite Standpunkt wird z.B. vom Öko-Institut Freiburg, den Verbraucherverbänden und anderen vertreten.

Diese beiden Sichtweisen eines und desselben Problems — hier absichtlich zur Verdeutlichung des Problems stark vereinfacht — spiegeln zwei unterschiedliche Werteschaätzungen dem Menschen gegenüber wider. Das Muttermilchproblem zeigt erneut, daß die „reinen“ wissenschaftlichen Fakten uns noch nicht befähigen, „das Richtige“ zu tun. Was wir mit den wissenschaftlichen Daten machen, welche Konsequenzen wir ziehen,

hängt von unserem Maßstab ab. Auf die Schadstoffe in der Muttermilch bezogen heißt das: Was hat für uns einen größeren Wert, die Gesunderhaltung unserer Kinder oder der Nutzen schadstoffbelasteter Waren in Form von Pflanzenschutzmitteln und Weichmachern?

Auf dem Hintergrund der täglich zunehmenden Verseuchung unserer Umwelt mit Giften ist es wünschenswert, daß die Einsicht in die Gesundheit als Basis unseres Lebens gerade bei jenen wächst, die Entscheidungen treffen müssen.

Angesichts der Tatsache, daß es für das Naturprodukt Muttermilch keinen gleichwertigen Ersatz gibt, ist die DFG-Empfehlung vom Juni 1983, Begrenzung der Stilldauer auf drei bis vier Monate, nicht akzeptabel. Denn sie beinhaltet automatisch den Übergang zur Flaschenernährung nach dem Abstillen. Zudem ist unverständlich, wie die DFG entgegen allen bisherigen Aussagen mit einer Höheneinschätzung des Schadstoffrisikos gegenüber dem Vorteil des Stillens argumentieren konnte.

Den Müttern soll in der Regel nicht vom Stillen abgeraten oder eine kurze Stilldauer empfohlen werden, da die Vorteile des Stillens und der Muttermilchernährung nach wie vor weit höher einzuschätzen sind als die Risiken durch die Schadstoffe. Ausnahmen, individuell geregelt, sind nur bei solchen Müttern angezeigt, die mit ihren Rückstandswerten weit über dem Durchschnitt liegen.

Die Beiträge zu dem Seminar „Rückstandsbelastung in Muttermilch“, zusammengestellt und kommentiert sowie um die neueste Kontroverse zur DFG-Empfehlung erweitert, sind nun in



Literatur: Stillen — trotzdem. Ein Beitrag zur aktuellen Diskussion der Schadstoffbelastung, Hrsg. Stiftung Verbraucherinstitut Berlin, Reichpietschufer 72-76, 1000 Berlin 30 (August 1983). Schutzgebühr 12 Mark plus Versandkosten

Buchform zu erhalten. Gedacht ist diese Schrift als Informations- und Diskussionsgrundlage für alle, die in ihrer Arbeit mit dem Muttermilch-Problem oder der Beratung von stillenden Müttern zu tun haben wie Journalisten, Lehrer, Säuglingspflegekräfte, Hebammen, Ärzte, Stillgruppen, Verbraucherverbände, Familienbildungsstätten und Krankenkassen.

Die Teilnehmer am Verbraucherseminar haben sich für einen anderen Weg entschieden: die Schadstoffquellen verstopfen, damit die Muttermilch wieder rückstandsfrei werden kann. Sie beschlossen einen weitgehenden Forderungskatalog (siehe nebenstehenden Kasten).

Bärbel Gruber

ARBEITSTAGE (Gesundheitsprobleme in der Arbeitswelt von Jugendlichen)

Eine Wanderausstellung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit.

Die Ausstellung zeigt die Arbeits- und Erlebniswelt von Jugendlichen. Es werden Belastungen aus der Arbeitswelt benannt, die zu gesundheitlichen Problemen führen können. Dies wird mit Bei-

spielen aus 7 verschiedenen Berufen thematisiert. Das geschieht mit Fotos, Tonbildschauen und Erlebnisräumen. Es ist unsere Absicht, zur Diskussion und zur Selbsttätigkeit anzuregen.

Wir stellen Ihnen die Ausstellung kostenlos zur Verfügung. Sie benötigen dafür eine Fläche von minimal 180 qm. Die Ausstellung läßt sich auch auf mehrere Räume aufteilen.

Coupon ausfüllen und einsenden an:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – Ausstellungsreferat – Postfach 910151, 5000 Köln 91

Übersenden Sie mir Informationen zur Wanderausstellung „Gesundheitsprobleme in der Arbeitswelt von Jugendlichen“.

Mein Name: _____

Meine Anschrift: _____

Ich arbeite als: _____

Mönchengladbach:

Reformpsychiater soll nicht Abteilungsarzt werden dürfen

Mit einer Neuaußschreibung der Abteilungsarztstelle in der Rheinischen Landesklinik Mönchengladbach versucht sich der Träger, der Landschaftsverband Rheinland, daran vorbeizumogeln, daß der einzige in Frage kommende Bewerber, Dr. Elmar Spancken, ihm nicht paßt. Einziger Ablehnungsgrund für den von CDU und FDP dominierenden Verband: Spanckens DKP-Mitgliedschaft.

Seit 1979 ist Elmar Spancken stellvertretender ärztlicher Leiter der Klinik. In den letzten beiden Jahren hat er aufgrund einer längeren Krankheit des ärztlichen Leiters, Dr. Veltin, die Klinik mehrere Monate zur vollen Zufriedenheit aller zuständigen Stellen des Landschaftsverbandes geleitet. Ausdrücklich bekräftigt wurde das von Dr. Veltin in einem Bericht des dritten WDR-Fernschprogramms im Mai 1983. Innerhalb des langwierigen Bewerbungsverfahrens wurde die hervorragende fachliche und persönliche Eignung von Elmar Spancken für diese Stelle immer wieder herausgestellt.

Erst aus Mitteilungen in Presse und Fernsehen erfuhr Elmar Spancken den Ablehnungsgrund. Der Landschaftsverband hatte versucht, durch eine dritte Ausschreibung der Stelle neue geeignete Bewerber zu finden und so über den wahren Ablehnungsgrund schweigen zu können. Doch Elmar Spancken bewarb sich erneut und ist wiederum der einzige Bewerber. Die Zulassung dieser erneuten Bewerbung geht auf einen Gütertermin beim Arbeitsgericht Köln zurück, an das er sich aufgrund der beruflichen Benachteiligung aus politischen Gründen gewandt hatte. Der Richter forderte den Landschaftsverband auf,

bei einer erneuten Bewerbung die geltende höchstrichterliche Rechtlssprechung (insbesondere Einzelfallprüfung der Verfassungstreue von DKP-Mitgliedern) zu befolgen.

Den Vergleichsvorschlag akzeptierte der Landschaftsverband nicht. Daher ist zum Abschluß des neuen Bewerbungsverfahrens keine andere Entscheidung zu erwarten, es wird bei der pauschalen Ablehnung von DKP-Mitgliedern für Chefarztstellen bleiben. Verschiedene Politiker im Landschaftsverband haben ihre dahingehende Meinung immer wieder in aller Deutlichkeit offengelegt.

Freiburg:

Nicht verfassungstreu?

Ein Assistenzarzt und ein Programmierer sollen gefeuert werden

Dem 34jährigen Freiburger Arzt Dr. Karl-Ernst Ambs droht ein politisch motivierter Hinauswurf. Dem Programmierer Andreas Hauß droht die Entlassung noch in der Probezeit.

Die Verwaltung des Klinikums der Freiburger Universität, wo Karl-Ernst Ambs sich derzeit in der Facharztausbildung befindet, wirft dem Mediziner Kandidaturen für eine Gemeinderats- (1971) und eine Kreistagswahl (1973) für die

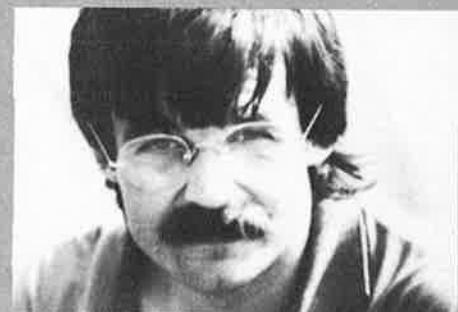
DKP vor. Außerdem sei Ambs „zumindest von 1976 bis 1981“ Mitglied der DKP-nahen Studentenorganisation MSB Spartakus gewesen. Als weitere „gerichtsverwertbare Erkenntnisse“ werden Kandidaturen zum Studentenrat und zum Großen Senat an der Freiburger Universität aufgeführt.

Eine „ausführliche Stellungnahme“ zu den Vorwürfen, die Ambs auf Anforderung abgab, wurde mittlerweile als „nicht ausreichend“ zurückgewiesen.

Im Rahmen seiner Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin ist Ambs seit November 1982 in der Nuklear-

medizinischen Abteilung der Freiburger Universitätsklinik tätig. Seine anstehende Versetzung in die Urologie wurde ihm jetzt mit der mündlich gegebenen Begründung verweigert, man wolle seine Stellung nicht stärken.

Wegen DKP-Kandidatur vom Berufungsverbot bedroht: Karl-Ernst Ambs



Institution um einen freien Verband und eine „Interessenvertretung rein privater Natur, vergleichbar etwa den schon bestehenden Studentenvereinigungen und -verbündungen“, handele. Somit wird also faktisch die Kandidatur zu verbandsinternen Wahlen bereits als „gerichtsverwertbare Tat- sache“ herangezogen.

Von einem ähnlichen Fall betroffen ist am gleichen Klinikum der Programmierer Andreas Hauß. Hauß leistete bis

Deshalb blieb für Elmar Spancken nur der Klageweg. Er wird versuchen, über das Arbeitsgericht Recht zu bekommen. Nachdem der Landschaftsverband davon erfahren hatte, fand am 26. 8. 83 in Köln eine Anhörung durch den Personalchef, Landesrat Niesert (CDU), statt. Im Gegensatz zu früheren Gesprächen ging es dabei ausschließlich um Parteizugehörigkeit und -aktivitäten von Elmar Spancken. Herr Niesert versuchte mit Druck, ihn zu Aussagen darüber zu zwingen.

Elmar Spancken bekannte sich ausdrücklich zur Verfassung, lehnte aber weitergehende Antworten mit dem Hinweis ab, daß es in dem Gespräch nur um die fachliche und persönliche Qualifikation für ihre Chefarztstelle gehen könnte. Eine Gesinnungsprüfung sei nicht rechtmäßig, weil sie ihn in seinen Grundrechten einschränke.

Die sich abzeichnende Ablehnung aus politischen Gründen löste bereits Anfang dieses Jahres bei Mitarbeitern und Patienten der Klinik einhellige Empö-

zum August dieses Jahres seinen Zivildienst am Institut für medizinische Dokumentation und Statistik ab und schrieb dort Computer-Programme zur Simulierung von Screening-Programmen für Brustkrebs.

Nach seinem Zivildienst wurde Hauß in eine Halbtagsstelle an diesem Institut übernommen. Schon am 12. September teilte ihm die Klinikverwaltung mit, die Regelanfrage habe Erkenntnisse ergeben über Aktivitäten, die „mit der freiheitlichen demokratischen Grundordnung der Bundesrepublik Deutschland nicht in Einklang zu bringen“ seien und die „damit gegen die Pflicht zur Verfassungstreue für den öffentlichen Dienst“ verstießen. Gemeint sind — ähnlich wie bei Ambs — Kandidaturen auf Listen des MSB Spartakus zu Gremien an der Universität Freiburg. Hauß, der mittlerweile ebenfalls die angeforderte Stellungnahme abgegeben hat, droht die Entlassung in der Probezeit.

Ambs: „Ich glaube, daß bei mir ein Präzedenzfall für den ärztlichen Ausbildungsbereich geschaffen werden soll. Hält man sich die Konsequenzen vor Augen, erreicht diese Art von ‚kalten‘ Berufsverboten ganz erhebliche Dimensionen.“

Einem der führenden Sozialpsychiatrer der Bundesrepublik soll die seinen Fähigkeiten entsprechende Chefarztstelle verweigert werden: Einziger Grund: DKP-Mitgliedschaft.



rung aus. Innerhalb von zwei Wochen unterschrieben ungefähr 80 Prozent der Mitarbeiter und 140 Patienten Solidaritätsdeklarationen mit der Aufforderung an den Landschaftsverband, Elmar Spancken zum Abteilungsarzt zu ernennen. Dabei wurde die Besorgnis um die weitere kontinuierliche Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Mönchengladbach geäußert. In Elmar Spancken, der in den vergangenen zehn Jahren insbesondere die ambulanten Dienste der Klinik aufgebaut hat, wurde von allen Unterzeichnern ein Garant für diese Kontinuität gesehen.

Verschiedene Persönlichkeiten aus dem Bereich der psychosozialen Versorgung in der Bundesrepublik haben ihre Sorge ebenfalls gegenüber dem Landschaftsverband Rheinland zum Ausdruck gebracht.

So schrieb Prof. Dr. med. A. Finzen aus Wunstorf: „Es siele mir schwer zu begreifen, wenn einem so befähigten und integren Arzt wie Herrn Dr. Spancken die Möglichkeit verweigert würde, sein Können und seine Kreativität an verantwortlicher Stelle in den Dienst der

psychisch Kranken und unseres Landes zu stellen.“ Und weiter: „Er gehört zu den wenigen Psychiatern in der Bundesrepublik, die das Instrumentarium zeitgemäßer psychiatrischer Versorgung, wie von der Psychiatrischen Enquête angeregt, von Grund auf gelernt haben und es beherrschen — und somit wichtige Beiträge zu seiner Weiterentwicklung leisten können!“

Prof. Dr. med. H. Krüger aus Emden schrieb u.a.:

„Bestehenbleibend ist diese Fehlentscheidung nicht nur ein Schlag in das Gesicht des Betroffenen, sondern auch in das Gesicht der sich weiter entwickelnden modernen deutschen Sozialpsychiatrie“.

Frau Dr. Maria Rave-Schwank — bis vor einiger Zeit selbst beim Landschaftsverband tätig — schrieb u.a.:

„Herr Spancken hat sich so eindeutig für die Übernahme dieser Aufgabe qualifiziert, daß ich mir schwer vorstellen kann, daß ein anderer geeigneter Psychiater sich für die Stelle bewirbt. Herr Spancken gilt als der geeignete Mann für diese Stelle und ich selbst teile diese Meinung.“

Weiter haben sich die Teilnehmer des Mannheimer Kreises 1983 und der VI. Bundesdrogenkongress des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e.V. gegen die Ablehnung ausgesprochen. Neben anderen Gremien der Gewerkschaft ÖTV protestierte auch die Bezirksabteilungskonferenz Krankenhäuser und Psychiatrie der Bezirke NW I und NW II gegen die politische Diskriminierung des langjährigen ÖTV-Mitgliedes.

In Mönchengladbach haben auf einer Protestveranstaltung die über 200 Teilnehmer in einer Resolution die sofortige Rücknahme der Ablehnung gefordert. Daraus hat sich eine Initiative entwickelt, die sich monatlich trifft, Infostände durchführt und Unterschriften für die Einstellung von Elmar Spancken als Abteilungsarzt sammelt. Über 1500 Unterschriften wurden vor dem Prozeßtermin im Oktober dem Landschaftsverband übergeben.

Wir fordern die dg-Leser auf, ebenfalls die Solidaritätserklärung zu unterschreiben.

*Joachim Gill/
Eckard Kleintützum*

Letzte Meldung: Das Arbeitsgericht Köln verurteilte den Landschaftsverband Rheinland am 8. November zur Bestellung von Dr. Elmar Spancken zum Abteilungsarzt der Rheinischen Landesklinik Mönchengladbach. Die ausführliche Urteilsbegründung stützt sich vor allem auf § 33 Abs. 2 GG. Demzufolge habe Spancken Anspruch auf die Stelle. Während seiner zehnjährigen Tätigkeit beim Landschaftsverband habe er sich nicht verfassungsfeindlich verhalten. In der Begründung wird betont, daß er sich hervorragend bewährt habe. Im übrigen verpflichtete ihn der Hippokratische Eid ohnehin zur Gleichbehandlung aller Patienten, wurde den gegenteiligen Unterstellungen des Landschaftsverbandes entgegengehalten.

Der durch die Ablehnung im ersten Bewerbungsverfahren begangene Rechtsfehler sei im zweiten Verfahren wiederholt worden.

Mithin sei Elmar Spancken die Abteilungsarztstelle umgehend zu übertragen.

Kurt Langbein / Hans-Peter Martin
Peter Sichrovsky / Hans Weiss

Bittere Pillen

Nutzen und Risiken der Arzneimittel
Ein kritischer Ratgeber

2300 Medikamente
wissenschaftlich bewertet

Kiepenheuer & Witsch

Für Aufregung hat das von vier Privatleuten herausgegebene Nachschlagewerk „Bittere Pillen“ gesorgt. Die Pharmaindustrie quietschte auf. Eine erst einstweilige Verfügung wurde abgewehrt.

Durch das Erscheinen des Buches „Bittere Pillen“ wurde in der BRD auf dem Gebiet der Aufklärung über Arzneimittel ein wichtiger Schritt vorangetan und gleichzeitig Neuland betreten. Natürlich nicht von offizieller staatlicher Seite, obwohl dort die politische Verantwortung für die Arzneimittelsicherheit ruht — im wahrsten Sinne des Wortes. Solche neuen Vorstöße können hierzulande offenbar nur noch durch Initiativen von unten zustandekommen.

Zum Buch selbst: drei Lesergruppen sind besonders angesprochen. Zuallererst die Arzneimittelverbraucher, die auf rund 800 Seiten Aufklärung über Krankheiten und die Arzneimittel erhalten, die zur Behandlung entweder zweckmäßig sind oder von denen abzuraten ist und die unter Umständen gefährlich sind. Erfasst werden 1433 Arzneimittel, die gemessen an der Zahl der verkauften Packungen (nicht Umsatz) in der BRD einen Anteil von 80 Prozent des Arzneimittelverbrauchs ausmachen. Nur 24,6 Prozent dieser Arzneimittel werden als therapeutisch zweckmäßig eingestuft. Was diese Wertung bedeutet, wird ebenso wie die Urteile „wenig zweckmäßig“ und „abzuraten“ zuvor erläutert, und der Leser sollte auf jeden Fall die einleitenden Seiten des Buches wie auch der einzelnen Kapitel lesen. Mir gefällt die Benutzerfreundlichkeit, die durch vollständige Register und viele Verweise auf andere Kapitel, in denen z. B. ein Arzneimittel in einem anderen Zusammenhang bewertet wird. Das gilt auch für die Kapitel, in denen z. B. ein Impfkalender, Säuglingsnahrung, Allgemeines über Vitaminbedarf, Besonderheiten der Arzneimittelleinnahme im Alter und sogenannte Wundermittel behandelt werden. Mir fallen nur noch ganz ausgefallene Gruppen von Anwendungsbereichen in der Arzneimittelbehandlung ein, die nicht erwähnt sind, und die dürften dann auch wirklich den Rat eines Arztes notwendig machen. Obwohl es angesichts der heutigen Fülle von Gesundheitsinformationen wirklich schwierig ist, gleichzeitig richtig und verständ-

Ein Schritt zum mündigen Patienten

lich zu sein, ist dieses im Buch gelungen: Zusammenhänge werden einfach erläutert, ein medizinisches Mini-Wörterbuch ist enthalten, alles weitere kann von Arzneimittelsachleuten (Apothekern, Ärzten) erklärt werden.

Die zweite besonders angesprochene Lesergruppe ist die, die sich außer mit wissenschaftlichen Wertungen auch mit der Situation auf unserem Arzneimittelmarkt allgemein beschäftigt, also kritische Ärzte und Apotheker, Gewerkschafter im Gesundheitswesen, Beratungsstellen,

Pflegepersonal usw. Für die ist der Einblick in die Umsatzzahlen, die Marktanteile, die Anzahl verschiedener Arzneimittel und damit der Überblick über sonst Unüberschaubares interessant. Aus den meisten Tabellen geht hervor, daß die am häufigsten verkauften Arzneimittel gar nicht die besten sind. Diese Tatsache stellt aber gerade ein wichtiges Argument der Pharmaindustrie grundsätzlich in Frage, nämlich daß auf einem „freien“ Arzneimittelmarkt die Qualität sich durchsetzt und gute Arznei-



Gerd Glaeske zu den „Bitteren Pillen“

Dennoch: Ich wollte dieses Projekt unterstützen — industrieunabhängige Information tut not! Infratest hat ermittelt, daß vor allem der informierte Patient ein kooperativer Patient ist. Einer, der therapeutische Ratschläge akzeptiert, wenn sie ihm ausreichend erklärt werden, der mit Arzneimitteln selbstverantwortlicher und -bewußter umgehen kann. Eine verbesserte Infor-

mation über Risiken und Nutzen der Pharmakotherapie ist für mich daher Teil der Strategie, den Arzneimittelverbrauch reduzieren und die Arzneimittelsicherheit erhöhen zu helfen.

rgendwann im Jahre 1982 schrieb mir Hans Weiss, neben Langbein, Martin und Sichrovsky einer der Autoren des Buches „Gesunde Geschäfte“ und seither vom österreichischen Ärztekammerpräsidenten des Umgangs mit „Geheimprostituierten und Drogensüchtigen“ verdächtigt, sie wollten ein laienorientiertes Medikamentenlexikon nach Art des holländischen Buches „Geneesmiddelen in Nederland“ für die BRD und Österreich herausbringen und ob ich nicht einer der beratenden Sachverständigen für einen Teil der Arzneimittelbewertungen sein könnte.

Spontan sagte ich zu. Ein paar Tage später wurde mir

schon mulmig, weniger wegen des von mir erwarteten Sachverständes, als vielmehr wegen der pharmazeutischen Industrie, „eines starken Gegners“ (Zitat aus dem Sinkel-Film „Lina Braake“). Die Konflikte, wie einstweilige Verfügungen und Androhungen von Streitwerten astronomischer Summen, sind so sicher vorprogrammiert, wie die Anwendung von oralem Strophanthin bei Herzinsuffizienz obsolet ist. Der Wallraff-erprobte Verlag, dem immerhin 35 einstweilige Verfügungen für das Bildzeitungs-„Esser“-Buch nicht die Lust an der Weiterverbreitung und das Engagement für die am Buch Beteiligten nehmen konnten, bot wenigstens einen Teil Sicherheit.

mittel deshalb am häufigsten verkauft werden. Bisher wurden meines Wissens noch nie so umfangreiche Daten über Umsätze und Marktanteile veröffentlicht, weil diese Daten zu den *top secrets* der Pharmaindustrie gehören. Da die Arzneimittelpreise leider — besonders im ersten Halbjahr 1983 — rasant steigen, werden die Preisangaben bald überholt sein. Dennoch können Laien wie Fachleute einfach eine sowohl wirksame wie auch preiswürdige Arzneimittelbehandlung ableiten.

Der dritten Interessentengruppe muß man wohl erst noch beibringen, daß sie eine solche ist. Das sind nämlich die Behörden, die für eine optimale Arzneimittelversorgung verantwortlich sind, also das Geißlersche Ministerium und das Bundesgesundheitsamt. Dort herrscht angesicht der Fülle von Daten und alarmierenden Zusammenhängen auf diesem Markt Funkstille. Muß von dort nicht ein Aufschrei kommen, wenn von rund 44 Prozent der in der BRD bewerteten Arzneimittel abgeraten wird, wenn also in Zahlen deutlich wird, wie viele unwirksame oder bedenkliche Arzneimittel sich im Verkehr befinden? Wie viele gesundheitliche Risiken stecken in dieser einzigen Zahl? Und es finden sich weitere in diesem Buch! Die Übersichtlichkeit des Marktes und die hier dokumentierte mangelhafte Qualität des Arzneimittelangebots ist ja nicht über Nacht gekommen, sondern entwickelte sich über Jahrzehnte. Der Leser kann nur feststellen: in dem Land mit dem angeblich „schärfsten Arzneimittelgesetz der Welt“ gibt es bisher offenbar kein Konzept, um die Arznei-

mittelsicherheit up to date zu bringen. Man darf darauf gespannt sein, was den hohen Gesundheitshütern in Bonn und Westberlin zu diesem Buch einfällt.

Gibt es keinen Wermutstropfen bei der Besprechung dieses Buches? Doch. Einige Namensangaben und Angaben von Wirkstoffen sind nicht aktuell

und sollten verbessert werden, einige Wertungen sind meiner Meinung nach zu bestimmt und einige Details sind umstritten (z. B. im Kapitel „Schnierzmittel in der Schwangerschaft“). Die Gegner dieses Buches werden sich auf diese Einzelheiten stürzen, um davon abzulenken, daß dieses Buch nicht nur wertvoller Ratgeber für den Verbraucher ist, sondern auch einer breiten

Öffentlichkeit Einblicke in die Pharma-Halbwelt bietet. Das Buch „*Bittere Pillen*“ will den mündigen, aufgeklärten Patienten, die Pharmaindustrie will ihn gerade nicht und quietscht deshalb so laut auf, weil das Buch mit diesem ernsthaften Anspruch eine ihrer empfindlichsten Stellen getroffen hat.

Axel Seefeld

Bittere Pillen — und die Kritiker

„Einseitiges, pseudowissenschaftliches Machwerk“, „eklatanter Eingriff in das hochsensible Arzt-Patient-Verhältnis, „irreführend und reißerisch“, ziehen den gesamten Arzneimittelmarkt „in den Dreck“ — der Bundesverband der pharmazeutischen Industrie nahm Stellung zum Bestseller

„*Bittere Pillen*“. Die erste Auflage (250 000) ist vergriffen. Die Trennungslinie zwischen den Kritikern ist markant. Dort, wo Pharmawerbung die Seiten beherrscht, ist die Ablehnung hart bis hysterisch: „Eine Zumulung von der ersten bis zur letzten Seite“ (G. Dorner

im Ärzteblatt). „So etwa könnte die Positivliste aussehen, Gute Nacht!“ (Lüth, *Medical Tribune*). Woanders wohlwollend: „Sogar gründlich... ist das kaum noch übersehbar. Pharmaangebot bislang nicht durchleuchtet worden“ (Spiegel) — „Stellt man die in den „*Bitteren Pillen*“ als zweckmäßig eingesluften Präparate einem Standardwerk der amerikanischen Ärzteschaft (den „Drug Evaluations“ der AMA) gegenüber, kommt man, in einem recht weiten Rahmen freilich, zu einander ähnlichen Aussagen.“ (Die Zeit) — „Für Verbraucher und Verschreiber gleichermaßen hilfreich...“ (Süddeutsche). Wes Brot ich eß...

Im übrigen sollte dies ein Buch werden, das der Pharmaindustrie nachhaltigere Probleme macht als noch so interessante Veröffentlichungen über die Machenschaften im Innenbereich von Management und Advertising. Es wurde wirklich eine „bittere Pille“!

Das Buch ist auf dem Markt. Es gab einstweilige Verfügungen, die Kritik schwankt zwischen grundsätzlicher Ablehnung („Verunsicherung der Patienten“) und ehrlicher Zustimmung („Das beste verfügbare Buch seiner Art“). So oder so, es ist ein Stück Notwehr gegen die allgegenwärtige Pharmawerbungs-Information.

Gerd Glaeske



In memoriam

Kein Fortschritt seit Opas Zeiten

75 Jahre Jugendzahnheilkunde in Deutschland

„Die deutschen Jugendzahnärzte stellen mit großer Besorgnis fest, daß sich der Gesundheitszustand der Zähne und Kiefer bei der Mehrzahl unserer Kinder von Jahr zu Jahr verschlechtert, und daß die Zahl der Kinder mit Verletzungen im Zahn- Mund- und Kieferbereich relativ hoch ist . . .“.

Mit dieser Presseerklärung appellierte 1962 die Deutschen Jugendzahnärzte an die Öffentlichkeit. Sie wollten einem bundeseinheitlichen Jugendzahnpflegegesetz zum Durchbruch verhelfen, das endlich eine eingehende gesetzliche Garantie des Vorbeugungs- und Verhütungsprinzips in der Jugendzahnpflege schaffen sollte. Jedoch: das Gesetz scheiterte am Bundesrat. Ein besonderer Akt parlamentarischer Demokratie, da das Gesetz zuvor unter Zustimmung aller im Bundestag vertretenen Parteien beschlossen worden war.

Bis heute, mehr als zwanzig Jahre später, hat sich an der katastrophalen Situation der Jugendzahnpflege nichts geändert — Ausdruck von „Niedergang und Stagnation“ eines Dreivierteljahrhunderts organisierter Jugendzahnpflege in Deutschland, die so erfolgversprechend begann, daß sie andernorts mehrere Nachahmer fand.

Am 1. Februar 1909 wurde das „Deutsche Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen“ gegründet. Darin zusammengefaßt waren die Spitzenverbände der Renten- und Krankenversicherungsträger sowie der Gebietskörperschaften (Kommunen) und Vertreter der Zahnärzte und Dentisten. Seine Satzung kannte sechs Aufgaben:

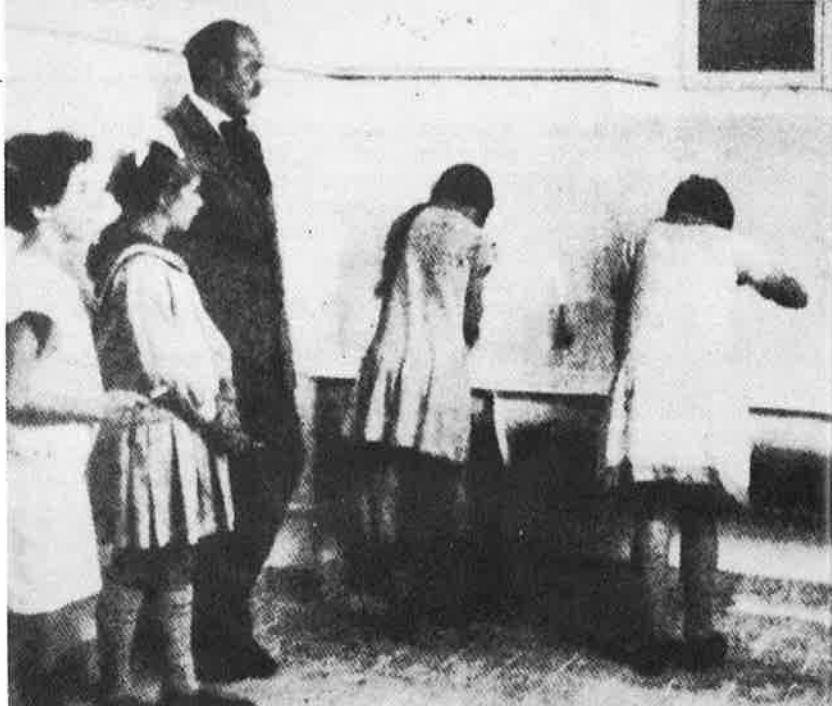
1. Öffentliche Vorträge über Zahnpflege.
2. Herausgabe allgemeinverständlicher Schriften über Zahnpflege.
3. Einführung der Belohnung über Zahnpflege in den Unterricht aller Schularten.
4. Förderung der Bestrebungen zur Einführung einer geordneten Zahnpflege in der Bevölkerung.
5. Zusammenfassung schon bestehender und Begründung neuer Einrichtungen für Zahnpflege in den Schulen.
6. Einwirkung auf die staatlichen und kommunalen Körperschaften zur Förderung der satzungsgemäßen Zwecke.

Schon bald wurde die fruchtbare Arbeit des Komitees beeinträchtigt. Die Materialschlacht des Ersten Weltkrieges verursachte Geldmangel, Einberufung und „Verlust“ von Schulzahnärzten etc. Dennoch erlebte die Schulzahnpflege in der Zeit der Weimarer Republik eine schwungvolle Entwicklung. So z.B. bei den Schulzahnpflegestätten:

1. 7.1925:	261
1.10.1927:	560
Ende 1929:	über 1000.

Weil es keine reichseinheitliche bzw. gesetzliche Regelung gab, wurden in ihnen verschiedene Arbeits- und Organisationsmodelle angewandt. Sie unterschieden sich vor allem in der Gewichtung des Untersuchungs- und Behandlungsangebots durch den öffentlichen Gesundheitsdienst im Verhältnis zur sogenannten „freien Praxis“.

Mit der bekannten Notverordnung der Regierung Brüning vom 26. Juli 1930 wurde darüber hinaus die weitere Entfal-



tung der auch *behandelnden* Schulzahnpflege (Bonner Modell) abgewürgt. Sie war nämlich in räumlich und finanziell nachbarschaftlicher Zusammenarbeit mit den sozialkasseneigenen Polikliniken und Ambulatorien entstanden. Und ihnen war als „Elementen“ einer „sozialisierten Medizin“ von Seiten der etablierten (Zahn-)Ärzteorganisationen der Krieg erklärt worden. Da halfen auch keine aufschenerregenden Erfolge. So konnten damals z.B. in Frankfurt am Main 80 Prozent der Jugendlichen die Volksschule mit gesunden bzw. saniertem Zahnbestand verlassen!

Im Bündnis von reaktionären (zahn-)ärztlichen Standesorganisationen und faschistischer Diktatur wurde dem öffentlichen Gesundheitswesen gewaltsam die Basis entrissen und statt dessen ein ambulantes Behandlungsmonopol der niedergelassenen (Zahn-)Ärzte cementiert.

So verwundert es nicht, wenn bis heute die Durchführungsverordnung zum faschistischen „Vereinheitlichungsgesetz“ (1934), mit dem die totale Gleichschaltung des gesamten Gesundheitswesens vollzogen wurde, bis heute die einzige gültige gesetzliche Regelung zur Schulzahnpflege ist.

Nach der Befreiung vom Faschismus arbeiteten nur noch 113 von den 468 Hauptamtlichen Schulzahnärzten des Jahres 1939. Und von immerhin 170 automobilen Schulzahnkliniken existierten noch ganze fünf. Von 1949 an sollte die Schulzahnpflege unter Einbeziehung der Kindergartenkinder zur „Jugendpflege“ ausgeweitet werden.

In der BRD sind zu dieser Zeit noch 25 Prozent der Stadt- und

rund 50 Prozent der Landkreise ohne jegliche Jugendzahnpflege. Erst 1973 werden die Kieferanomalien zu Krankheiten im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO) erklärt. 1975 trägt eine international vergleichende WHO-Studie im Raum Hannover zutiefst beschämende Mängel des Gebißzustandes und des Wirkungsgrades der bei uns praktizierten — viel zu teuer bezahlten — Jugendzahnpflege zugute. Dennoch bleibt es von Seiten der unmittelbar verantwortlichen Standesvertreter und Politiker bei halbherzigen Gesetzesinitiativen, Programmentwürfen, Forderungen, Vorschlägen und „Aufklärungsbroschüren“. 1980 veröffentlicht die „Vereinigung demokratische Zahnmedizin“ ihren (übrigens neu aufgelegten) „Artikulator“-Sonderband „Die Kinder- und Jugendzahnheilkunde in der Krise“.

Darin findet sich der Nachweis, daß die Misere in der Jugendzahnpflege an *nicht* etwa mangelnder Forschung liegt. Auch werden die wichtigsten Argumente und ihre Hintergründe dafür geliefert, daß (und nicht erst heute) gegenüber dem Modell der Niedergelassenen, einer sogenannten Individualprophylaxe, dasjenige der kollektiven Prophylaxe vorzuziehen ist. Dies fordern auch der Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO) und der DGB.

Wie hieß es doch im Oktober 1982 beim BdO? „Der Zeitpunkt des sofortigen Einstiegs der Krankenkassen in die Prophylaxe ist gekommen“.

Helmut Koch

KONGRESS BERICHTE

Bethel und die Euthanasie

Vortrag von Ernst Klee



800 Zuhörer, in der Mehrzahl Mitarbeiter der Bodelschwinghschen Anstalten, hatten sich am 7. Oktober im überfüllten Assapheum in Bethel eingefunden, um Ernst Klee mit seinem Vortrag „Bethel und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus“ zu hören.

Daß Bethel keine heilige Insel des Widerstands gegen den Nationalsozialismus gewesen ist, davon legte schon der Versammlungssaal beredtes Zeugnis ab: „Schon in der Frühe wurden schwarzweißrote und Hakenkreuzfahnen gehisst... Im Assapheum, wo ein Lautsprecher aufgestellt war, hörte ein großer Teil der Kranken mit Spannung die Rede des Reichskanzlers“, zitierte Klee einen Artikel der Westfälischen Zeitung vom 21. März

1933. Wenige Monate später sollte bereits das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchs...“ verabschiedet werden, auf Grundlage dessen zahlreiche Betheler Patienten mit Duldung, wenn nicht gar wohlwollender Zustimmung der Heimleitung zwangssterilisiert werden sollten. Selbst Pastor Paul Braune, der sich später mutig gegen die Vernichtung von Geisteskranken stellen sollte, unterstützte zu dieser Zeit eifrig die Nationalsozialisten, wie Klee nachwies. Stolz meldete der spätere Leiter einer Betheler Zweiganstalt in Berlin im Oktober '33, die ersten Bettler-KZs seien eingerichtet. Auf einigen Widerspruch in der anschließenden Podiumsdiskussion stieß Klees Bemerkung, Bodelschwingh selbst sei als Erbhygieniker zwar gegen Eu-

thanasie, aber für die Sterilisation gewesen.

Klee macht deutlich, wie die „Ausmerze“ der Nazis im wissenschaftlichen Vokabular der Weimarer Zeit schon angelegt war. Auch die Kirche habe die Terminologie von „leeren Menschenhülsen“ und „Untermenschen“ gebraucht und das Tötungsmonopol des Staates anerkannt. Ein Chefarzt und Anhänger der Bekennenden Kirche (I), von Wichern, nannte 1934 als Aufgabe der Inneren Mission „Gottes Acker von diesem Unkraut zu säubern“. Als 1939 die ersten Meldungen über Krankentötungen in Bethel eintrafen, verweigerten sich Pastor Braune und der Chefarzt der Krankenanstalten Sarepta, Dr. Karsten Jaspersen, der Meldepflicht, wäh-

rend der leitende Chefarzt der Anstalt, Prof. Dr. Gerhard Schorsch, getreu den Euthanasie-Richtlinien seine Patienten selektierte (Gruppe 1: „Geistig Tote“), um, wie er hoffte, ihre unterschiedslose Vernichtung zu verhindern. 13 jüdische Patienten wurden 1940 weisungsgemäß abgegeben. Für weitere Transporte oder Verlegungen gibt es zwar Hinweise, aber keine Belege.

Die anschließende Podiumsdiskussion geriet zum Teil auf Nebengleise. Vieles, was wie Beugung oder Anpassung ausgesehen habe, sei in Wahrheit kluge Taktik gewesen. — Trotz des etwas unbefriedigenden Abschlusses eine sehr verdienstvolle Veranstaltung.

Gunar Stempel
Literatur bei der Redaktion

Es gibt keine Heilbaren — es gibt keine Unheilbaren

35. Gütersloher Fortbildungswoche

Ein fünftägiger Fortbildungskongress, dessen Teilnehmer zum Teil auf den Stationen der veranstaltenden Klinik nächtigten? Tür an Tür mit den Patienten, die Hauptgegenstand der Diskussion im Plenum und in über vierzig Arbeitsgruppen sind?

Klaus Dörner, wichtigster Theoretiker der deutschsprachigen Sozialpsychiatrie und seit vier Jahren Leiter des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Gütersloh, machte es möglich. Unter dem Rahmen-Thema „Die Unheilbaren“ versammelten sich über 3.500 Psychiatriemitarbeiter zur 35. Gütersloher Fortbildungswoche vom 4. bis 7.10.83. Nach dem ersten Reformschub der siebziger Jahre, dem Therapieoptimismus und Modellaktivismus, fanden die Teilnehmer

aus allen mit der Psychiatrie verbundenen Berufsgruppen den Mut, sich mit ihren Mißerfolgen zu beschäftigen, den Menschen, die trotz eines beachtlichen therapeutischen Fortschritts weiterhin die Langzeitbereiche der Anstalten bevölkern.

Die Fülle der Beiträge zeigte jedoch keinesfalls, wie man vermuten könnte, Resignation; vielmehr zeichnet sich in der Praxis des Umgangs mit den chronisch Gestörten immer mehr die Notwendigkeit eines Wandels des psychiatrischen Krankheitsbegriffs ab, der auch für die übrige Medizin Bedeutung bekommen dürfte. Je mehr hier wie dort die lebenslangen chronischen Störungen, z.B. Diabetes, in unser Bewußtsein treten, umso deutlicher tritt das Versagen der gängi-

gen medizinischen Konzepte in den Vordergrund. Wenn psychisches Kranksein als Ausdruck einer lange zuvor bestehenden Beziehungsstörung in einem sozialen System (Familie, Arbeitsplatz, Schule) verstanden werden kann (so Dörner), so verliert die Frage der Heilbarkeit des einzelnen ihre Bedeutung. Die Abwendung von idealistischen Vorbildern, das Akzeptieren von Abhängigkeit und Leiden eröffnen ein neues Tätigkeitsfeld, auf dem die Emanzipation zur Normalität zu einer konkreten Utopie wird.

Daß ein solcher Paradigmawandel der Psychiatrie die Voraussetzungen zur Überwindung des auch heute noch (oder wieder) vorherrschenden therapeutischen Nihilismus schaffen kann, dafür stand insbesondere der Schweizer Professor Luc Ciompi, dem wir bereits

vor Jahresfrist den Artikel im Ärzteblatt „Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt?“ verdanken. Als Fazit seiner langjährigen Rehabilitationsarbeit rief Ciompi aus: „Ich kenne keine Unheilbaren!“ Ähnlich optimistisch klang der Bericht von Bösch aus Lengerich über die Arbeit mit schwerst Geistigbehinderten durch die Umgestaltung des Milieus auf der Station. Wie der Lebensraum der Langzeitpatienten aussieht, beschrieb die Münchner Sozialpädagogin Hege in einer subtilen und kritischen Schilderung ihrer Erlebnisse als „Patientin“ auf einer Station. Beiträge über Vormundschaftsrecht, Gesundheitsökonomie und vor allem das nachdenkliche Referat des Osnabrücker Klinikchefs Kitzig über die Beziehungspflege bei Langzeitpatienten dokumentierten eindrucksvoll das Bemühen aller Tagungsteilnehmer, die Isolation der Anstalt zu durchbrechen und die „Unheilbaren“ in die gesellschaftliche Verantwortung zurückzuführen.

Tagungsband zum Preise von 10 Mark zu bestellen bei:
Sekretariat der WLK Gütersloh,
Hermann-Simon-Str. 7, 4830 Gütersloh
Friedrich Leidinger

KONGRESS BERICHTE

Wald- und Menschensterben.

Auf der Aktionskonferenz gegen das Waldsterben rückte zum ersten Mal die unmittelbare Bedrohung für den Menschen stärker in den Vordergrund.

Die Freudenstädter Aktionskonferenz gegen sauren Regen und Waldsterben vom 30.9. bis 2.10.83 muß den Stadtvätern des Schwarzwaldstädchens ganz schön in die Knochen gefahren sein. Offenbar alarmiert durch einen zunehmenden Rückgang des Fremdenverkehrs, sah sich die Kurverwaltung genötigt, durch intensive Werbeaktionen zu kaschieren, was mittlerweile auch dem blindesten Städter nicht mehr entgeht: der Schwarzwald stirbt, mit ihm ein immer größerer Teil des deutschen und europäischen Waldes. Da war dann im *Deutschen Allgemeinen Sonntagsblatt* vom 16. Oktober eine derart peinliche Schönfärberei der Freudenstädter Umgebung zu lesen, daß es mir in Anbetracht der Realität, vierzehn Tage zuvor noch mit eigenen Augen registriert, schwerfiel, den Artikel zu Ende zu lesen. Eingerahmt von dunklen Tannen, deren Spitzen majestätisch in den blauen Himmel ragen ... Zunächst sieht der Anreisende den breiten Waldgürtel, der Freudenstadt wie eine grüne Lunge umschließt ..." Mark Twain wird bemüht mit einem Zitat von 1880: „Man kann diese herrlichen Wälder nicht beschreiben ...“ Makaber diese Sätze, entlarvend die Methode, mit der versucht wird, die Kureinbußen noch aufzuhalten.

Die Wahrheit lautet anders:

- Die Tanne steht unmittelbar vor dem Aussterben — sie war der erste Baum, der bereits Anfang der siebziger Jahre vom Waldsterben betroffen war. Die „majestätischen Wipfel“ sind in Wirklichkeit kümmerliche, austrocknende Besenestrüppen.
- Die Fichte folgt dem Weg der Tanne; im Schwarzwald sind mittlerweile nur noch weniger als 10 Prozent der Fichten gesund. Die „grüne Lunge“ wird bald nicht mehr atmen können.
- In zunehmendem Maße sind auch Laubbäume vom Absterben bedroht — die Krankheitszeichen

sind immer häufiger auch an Buche und Eiche zu beobachten. Die Ursachen sind prinzipiell klar: an weitaus erster Stelle steht das Schwefeldioxid, sei es als über die Luft schädigender Stoff an Blättern, Nadeln und Rinde (trockene Ablagerung), sei es, gelöst in Wasser und zu Schwefelsäure umgewandelt, als saurer Regen (nasse Ablagerung) mit Schäden am Wurzelsystem und damit an der Nährstoffaufnahme über den Boden.

Daß Schwefeldioxid (SO_2) die Hauptursache ist, wird mittlerweile nicht mehr ernsthaft bezweifelt.

und der entsprechenden Verwaltungsvorschriften (TA Luft = Technische Anleitung zur Reinhaltung der Luft) sowie die Einführung bleifreien Benzins vom 1. Januar 1985 an.

An der Erarbeitung der Forderungen und ihrer Begründung waren über 700 Konferenzteilnehmer beteiligt. Aufgerufen hatten der Bundesverband der Bürgerinitiativen Umweltschutz (BBU), der Bund Umwelt- und Naturschutz Deutschlands (BUND), der Deutsche Naturschutzbund (DNR), „Robin Wood“, das Öko-Institut Freiburg sowie die

auch vom „Menschensterben“ die Rede sein.

Der Vorschlag ist völlig richtig: Husten, Erkältungen, Schnupfen, Nasennebenhöhlenentzündungen, Asthma, Pseudo-Krupp und nicht zuletzt auch Lungenkrebs sind „Schadensbilder“ am Menschen, über die die Umweltschutzbewegung genauso Bescheid wissen muß wie über Symptome an Tannen und Fichten.

Der Dreck in der Luft verursacht schließlich beides. Daß es den Menschen allerdings zweifach trifft, macht die Reaktion der Freudenstädter Kurverwaltung deutlich. In den industriellen Ballungszentren wird nicht nur ein gehöriger Anteil der Luftwegskrankheiten erzeugt, sondern von dort aus werden inzwischen auch die Gegenenden zerstört, die sich bislang als Kurorte für die Heilung derartiger Krankheiten angeboten haben. Was im Ruhrgebiet am Menschen versaut wird, kann im Schwarzwald nicht mehr repariert werden.

Luftverschmutzung und saurer Regen schädigen den Wald und Mensch flächendeckend: Raub an der Gesundheit und Zerstörung der Erholungsmöglichkeiten sind Kehrseiten einer Medaille. Waldsterben wird zu einem Gradmesser für Menschensterben, ob akut oder chronisch oder durch vorzeitiges Altern, ist hier nicht entscheidend.

STOPPT DAS WALDSTERBEN



Alle anderen Faktoren wie Stickoxide, Ozon, Schwermetalle, Käferbefall, Witterungseinflüsse, Trockenheit etc. sind entweder als zusätzliche, aber weniger bedeutende, oder aber als Folgeschäden zu verstehen. Die Aktionskonferenz hat aus dieser Entwicklung heraus mit einem erstaunlich breiten Echo Schlußfolgerungen gezogen, die sich in allererster Linie auf die Reduktion der Schwefeldioxidbelastung durch entsprechende Richtwerte für alle Großfeuerungsanlagen, die Hauptemittenten von SO_2 , beziehen. Gefordert wird u.a. eine Verschärfung der Verordnung über Großfeuerungsanlagen, eine Veränderung des Schwefelgehalts in Brennstoffen für Haushalte und Kleinanlagen, ein Schwefelabgabengesetz, eine Novellierung des Bundesimmissionsschutzgesetzes

Freudenstädter Aktionseinheit gegen das Waldsterben.

Eine bemerkenswerte Initiative entsprang aus der Arbeitsgruppe über Gesundheitsschäden durch Luftverschmutzung. Die Kritik einer Essener Teilnehmerin, Mutter eines an Pseudo-Krupp erkrankten Kindes, fand breite Zustimmung. (Pseudo-Krupp ist eine Kehlkopfentzündung und -schwellung mit akuter Atemnot und krampfartigem, quälendem Husten, in diesem Fall durch Luftverschmutzung ausgelöst.) Sie beklagte den einseitig auf den Wald ausgerichteten Titel der Aktionskonferenz, wo doch SO_2 und die anderen Luftverunreinigungen auch und gerade den Menschen krank machen. Ihr Vorschlag: in Zukunft sollte immer gleichzeitig mit dem Waldsterben

Die Gesundheit des Menschen muß daher in den Mittelpunkt der Aktionen gegen das Waldsterben gestellt werden. Die Darstellung der Schadenszeichen an Bäumen in den zahlreichen Broschüren muß ergänzt werden durch Beschreibung der Krankheitsbilder beim Menschen. Daß hier ein enormes Informationsdefizit besteht, war den Teilnehmern der Arbeitsgruppe Gesundheit klar.

Um diese Informationslücke zu schließen, ist die Zusammenarbeit zwischen Umwelt- und Naturschützern und fortschrittlichen Medizinern dringend erforderlich.

Wer Genaueres wissen möchte oder selbst über gute Informationen verfügt, schreibe bitte an die dg-Redaktion, Umweltressort.

Peter Walger

Freispruch der Familie

Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last freisprechen.

Klaus Dörner, Albrecht Egetmeyer, Konstanze Könnig, Psychiatrie-Verlag, 1982, 192 Seiten, 18 Mark

*Klaus Dörner
Albrecht Egetmeyer
Konstanze Könnig*

Freispruch der Familie

Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last freisprechen

Ich arbeite als Arzt an einer sozial-psychiatrisch ausgerichteten Landesklinik. Die vergangenen zwei Jahre war ich im Aufnahmehbereich tätig, wo es im Unterschied zu unserer Tagesklinik und der Suchtstation keine Angehörigengruppen gibt. Erst durch die Lektüre des vorliegenden Buches habe ich erfahren, welche Früchte die Arbeit mit Angehörigengruppen tragen kann. Womöglich hätten wir auf unserer Aufnahmestation einige Patienten weniger überfürsorglich behandelt. Und vielleicht hätten wir unsere von latenten Schuldvorwürfen beeinflußte Grundhaltung der Angehörigen gegenüber leichter korrigieren können.

Erhoffe ich mir nach der Lektüre des Buches nun zuviel von der Angehörigenarbeit? Aus der Vielzahl widersprüchlicher Gedanken, die sich mir bei dem Lesen aufdrängen, seien die wichtigsten im folgenden aufgeführt.

„Was ist die Not der Angehörigen?“, fragt das erste Kapitel. Die Angehörigen von psychisch Kranken kommen dort selber zu Wort. Erschütternd ist der Bericht einer Mutter, die für ihren psychotisch erkrankten Sohn Hilfe sucht. Dabei erhält sie von allen Seiten die widersprüchlichsten Ratschläge, muß aber erleben, daß sie nach der Einlieferung ihres Sohnes in die Psychiatrie von Verwandten und Freunden mit Beschuldigungen überhäuft wird. Eine Linderung ihrer Selbstzweifel ist erst durch die Teilnahme an einer Angehörigengruppe möglich.

Im zweiten Kapitel kommen die Autoren mit ihren Erfahrungen und

Ratschlägen über die Arbeit mit Angehörigengruppen zu Wort. Die Beiträge sind praxisnah und leicht verständlich geschrieben und können die Lust auf die Arbeit mit Angehörigengruppen wecken.

K. Dörner versteht es, seinen systematisch aufgebauten Beitrag durch anschauliche Fallbeispiele zu erläutern und dabei das nötige theoretische Wissen fast unmerklich zu vermitteln. Seine persönlichen Anmerkungen waren mir besonders wichtig. So betont er, nach mehr als zehnjähriger Erfahrung mit Angehörigengruppen nicht mehr ohne diese Gruppen psychiatrisch tätig sein zu können. Die psychiatrisch Tätigen ermutigt er, diese Arbeit nicht als zusätzliche Mühe zu scheuen, sondern auf die sich reichlich einstellende Früchte zu vertrauen. Früchte nicht nur für die Therapeuten, sondern auch für die Patienten und ihre Angehörigen.

Ihm selber sei es erst durch diese Gruppen gelungen, sich im Umgang mit den Angehörigen von Schuldzuweisungen an sie in bezug auf die Erkrankung des Patienten zu lösen. Also müssen sich auch die Therapeuten selber von ihren Schuldzuweisungen gegen Angehörige freisprechen!

Die Stärke der beiden anderen Autoren besteht vor allem darin, daß sie ihre Erfahrungen weniger stark systematisch strukturiert darstellen und ihre Freude an der Arbeit mit Angehörigengruppen geradezu ansteckend wirkt.

Alle Autoren machen einen Unterschied zwischen Familientherapie und Angehörigengruppenarbeit. Für K. Dörner ist sie imstande, die Lücke zu schließen, die zwischen der Fülle moderner psychiatrischer und psychologischer Forschungsergebnisse und deren therapeutischer Umsetzung in bezug auf die schweren psychischen Leidenszustände der Patienten, die sich in den Landeskrankenhäusern befinden, klafft. Nicht Psychotherapie, sondern viel eher Erwachsenenbildung finde in diesen Gruppen statt. Auch die bisherige verhängnisvolle Über- und Unterordnung von Helfern und Hilfsbedürftigen falle hier weg, weil sich beide Seiten auf derselben Ebene helfen könnten. Meines Ermessens ist eine solche Gruppenarbeit technisch sehr viel leichter zu handhaben als z.B. die psychotherapeutische Arbeit mit einer Familie. Selbstverständlich machen Angehörigengruppen Familientherapie nicht überflüssig!

Im vierten Kapitel sind Forschungsergebnisse von Wissenschaftlern, die die Praxis von Angehörigengruppen systematisch erforschen, dargestellt. Auch dies knapp und verständlich.

Joachim Giff

Medizinische Karikaturen von 1800 bis zur Gegenwart



**Helmut Vogt,
Medizinische Karikaturen von 1800 bis zur Gegenwart, J. F. Bergmann Verlag München, 6. Aufl. 1983, 72 Mark**

Weltrang genießenden Medizin durch braune Eiferer vom Schlag eines „Fips“, jenes Karikaturisten der Nazis, der anschließend vom „Stürmer“ zu Axel Springer „Die Welt“ wechselte. Doch all dies erfordert wohl ein anderes Buch.

Der zweite Abschnitt bietet als „medizin-historische Streiflichter“ eine beschauliche Ergänzung zur Geschichte der Medizin. Im dritten und umfassendsten Teil finden sich weitere nach Themen geordnete Karikaturen (z.B. Kranke und Krankheiten, ärztlicher Alltag, Hospital, Honorar usw.). Insgesamt 315 adrett reproduzierte Zeichnungen. Angesichts des Preises von 72 Mark (ein Weihnachtsgeschenk?) möchte ich mir eine durchaus mögliche Taschenbuchausgabe in je einem Bild- und Textband wünschen!

Helmut Koch

PSYCHIATRIE UND RECHT



PRAKТИSCHER RATGEBER ZUR DURCHSETZUNG IHRER RECHTE IN DER PSYCHIATRIE

Psychiatrie und Recht, Praktischer Ratgeber zur Durchsetzung Ihrer Rechte in der Psychiatrie, Verlag Kritische Politik, Bonn, 1983, 192 Seiten, 10 Mark

Der Psychiatrie-Ratgeber enthält Adressen von zahlreichen Beschwerdezentren, von Sozialhilfe- und Selbsthilfegruppen. Er gibt einen Überblick über die Arbeit der Beschwerdezentren, die nach 1977 aus der Sozialistischen Selbsthilfe Köln (SSK) hervorgegangen sind.

Die Autoren versuchen, die wichtigsten für die Psychiatrie geltenden Gesetze in Alltagssprache zu übersetzen und den Betroffenen Handlungsvorschläge zu machen. Die Abhandlungen über Zwangseinweisung, gesetzliche Regelungen der Zwangsbehandlung, Aufklärungspflicht, Entmündigungsverfahren, Pflegschaft, strafrechtliche Unterbringung etc. sind kurz, gut gegliedert und gut illustriert. Hilfreich sind Vordrucke für Anträge, die beim Gericht oder im LKH gestellt werden müssen. Ich teile allerdings die Meinung der Auto-

ren, daß viele Ratschläge an den Möglichkeiten derer vorbeigehen, die der Anstaltspsychiatrie ausgesetzt sind. Umso wichtiger ist es, daß die, die in psychiatrischen Einrichtungen arbeiten, für die Probleme der Angehörigen Hilfestellungen geben können.



**Recht und Psychiatrie,
Werkstattchriften
zur Sozial-Psychiatrie,
Band 35,
Psychiatrie
Verlag, 1983,
177 Seiten,
14 Mark**

Für diejenigen, die bereits einige Vorkenntnisse haben, bietet die Broschüre „Recht und Psychiatrie“ des Psychiatrie-Verlags eine Fülle von Informationen und Zusammenhängen. Vorangestellt wird ein Beitrag über das Verhältnis von Juristen und Psychiatern. Es wird der Versuch einer neuen Rollenbestimmung gemacht bei einem Verhältnis, das von gegenseitigem Mißtrauen bis zu unbewußter Willkürigkeit reicht. Weitere Beiträge beschäftigen sich mit der Entwicklung des Psychisch-Kranken-Gesetzes (PsychKG) am Beispiel der Bestimmungen in NRW und Bayern. Hier wird klar, daß das PsychKG in den beiden Bundesländern in mehr oder minder starken Maße den beiden Polen Polizeirecht und Fürsorgegerecht — und damit Sozialrecht — zugeordnet werden muß.

Die Ausführungen über Zwangsbehandlungen, Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychisch Kranken, über strafrechtliche und bürgerlich-rechtliche Unterbringung und über die Vormundschaftsbestimmungen erscheinen mir außerordentlich trocken und abstrakt. Besser gefällt mir der Beitrag von Frank Rotter, der versucht, die Grundrechte der Menschenwürde und der freien Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 1 + 2 Abs1GG) sozialwissenschaftlich zu präzisieren und schließlich Alltagssituationen in der Psychiatrie auf die Gefährdung oder Verletzung dieser Grundrechte hin einzuschätzen.

Gregor Weinreich

IMPRESSUM

Herausgeber

Heinz-Harald Abholz (West-Berlin), Hans-Ulrich Deppe (Frankfurt), Heiner Keupp (München), Brigitte Kluhne (Riedstadt), Hans Mausbach (Frankfurt), Wolfgang Münster (Langenberg), Christina Pöller (Gießen), Michael Regus (Siegen), Annette Schwarzenau (Hamburg), Hans See (Frankfurt), Harald Skrobles (Riedstadt), Peter Stössel (München), Alf Trojan (Hamburg), Barbara Wille (Göttingen), Erich Wulf (Hannover).

Redaktion

CvD: Norbert Mappes

Koordinierende Redaktion und Anzeigenverwaltung: Demokratisches Gesundheitswesen, Siegburger Str. 28, 5300 Bonn 3, Tel. 0228 / 46 36 08 (8.30 Uhr bis 12.30 Uhr, dienstags 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr)

Aktuelle Gesundheitspolitik: Detlev Uhlenbrock; **Gesundheitsversorgung:** Gregor Weinrich, Ulli Menges, Joachim Gill; **Arbeits- und Lebensverhältnisse:** Norbert Andersch; **Pharma- und Geräteindustrie:** Ulli Raupp; **Umwelt:** Peter Walger; **Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen:** Matthias Albrecht, Edi Erken; **Ausbildung:** Eckard Müller, Peter Liebermann; **Internationales:** Gunar Stempel, Felix Richter; **Frauenprobleme:** Ulla Funke; **Pflegeberufe:** Peter Liebermann; **Historisches:** Helmut Koch; **Kultur und Subkultur:** Helmut Copak

Der für das jeweilige Ressort zuerst oder allein genannte Redakteur ist verantwortlicher Redakteur im Sinne des Pressegesetzes.

Namentlich gezeichnete Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder und stellen nicht unbedingt die Meinung der Redaktion dar.

Die Redaktion bittet die Leser um Mitarbeit, kann aber für unverlangt eingesandte Manuskripte keine Haftung übernehmen.

Nachdruck nur nach Zustimmung der Redaktion.

Redaktionskonto für Spende:
Sonderkonto Norbert Andersch
PSK 154 20-40 PSA ESN

Die Zeitschrift „DEMOKRATISCHES GE-SUNDHEITSWESEN“ erscheint zweimonatlich bei:

Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gothaweg 54, 5000 Köln 51, Tel. 0221/36 49 51, Konten: Postscheckamt Köln 65 14-503, Stadtsparkasse Köln 106 522 98 (für Abo-Gebühren).

Abonnementsrechnungen sind innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Ausstellung zu begleichen. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres eine Kündigung zum Jahresende beim Vertrieb eingegangen ist.

Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Köln. Bei Nichterscheinen durch höhere Gewalt kein Entschädigungsanspruch.

Redaktions- und Anzeigenanschluß für 1/84: 15. 12. 83.

Graphik: Christian Paulsen

Titelbild: dpa

Layout: Norbert Andersch, Joachim Gill, Eckard Müller, Norbert Mappes

Satz und Druck: Farbo Druck + Grafik Team GmbH Köln, Bonner Wall 47, 5000 Köln 1

JSSN: Nr. 0172-7091



*Auch er hat abgezogen!
friedliche Weihnachten
wünscht
die Redaktion*

DG-Kontakte

Ansbach: Birgitta Eschenbacher, Am Heimweg 17, 8800 Ansbach, Tel. (09 81) 144 44; **Berlin:** Hermann Dittrich, Grunewaldstr. 28, 1000 Berlin 41, Tel. (030) 82 26 32 28; **Bonn:** Edi Erken, Röttgenstr. 12, 5300 Bonn 1, Tel. (0228) 28 46 21; **Bremen:** Cornelia Setke, Cleusewitzstr. 25, 2800 Bremen 1, Tel. (0421) 23 43 71; **Darmstadt:** Jürgen Fronherr, Liebfrauenstr. 110, 6100 Darmstadt 1, Tel. (06151) 74 55 1; **Dortmund:** Matthias Albrecht, Am Kuhlenweg 22, 4600 Dortmund 50, Tel. (02 31) 75 38 80; **Düsseldorf:** Gunar Stempel, Aachener Str. 198, 4000 Düsseldorf, Tel. (0211) 15 11 87; **Duisburg:** Felix Richter-Hebel, Hochfeldstr. 19, 4100 Duisburg 17, Tel. (02136) 51 20; **Frankfurt:** Klaus Priester, Schloßstr. 98, 6000 Frankfurt 90, Tel. (0611) 70 54 49; **Gießen:** Claudia Göttmann, Bismarckstr. 6, 6300 Gießen, Tel. (06 41) 75 24 45; **Göttingen:** Barbara Wille, Ostlandweg 23, 3400 Göttingen, Tel. (05 51) 33 70; **Hamburg:** Robert Pfeiffer, Kurtürkenstr. 45, 2000 Hamburg 70, Tel. (040) 65 64 84 5; **Hanau:** Hans See, Gustav-Hoch-Str. 37, 6450 Hanau, Tel. (06181) 83 98 1; **Hannover:** Martin Walz, Tiestestr. 19, 3000 Hannover 1, Tel. d: (051 32) 90 65 57 p; (0511) 81 88 68; **Heidelberg:** Michael Gerstner, Burgstr. 44, 6900 Heidelberg, Tel. (06221) 47 41 01; **Karlsruhe:** Claudia Lehner, Schillerstr. 54, 7500 Karlsruhe 1, Tel. (0721) 84 98 48; **Kassel:** Matthias Dippel, Waltzstr. 2d, 3500 Kassel, Tel. (05 61) 54 92 5; **Kiel:** Ralf Cöppers, Saarbrücker Str. 176B, 2300 Kiel 1, Tel. (0431) 68 63 97; **Kleve:** Ulla Funke, Steinbergen 33, 4182 Uedem, Tel. (02825) 84 24; **Köln:** Peter Liebermann, Memeler Str. 10, 5000 Köln 60, Tel. (0221) 71 17 08; **Lengerich:** Jan Hendrik Herdtlass, Niederringel 3, 4540 Lengerich; **Linz/Rhein:** Richard Beitzken, Magdalena-Daemen-Str., 5460 Linz, Tel. (02644) 51; **Lübeck:** Angela Schürmann, Stadtweide 99, 2400 Lübeck, Tel. (0451) 50 33 55; **Mannheim:** Werner Weindorf, Maxstr. 5a, 6800 Mannheim, Tel. (0621) 85 54 05; **Minden:** Susanne Steuber, Artilleriestr. 12, 4950 Minden, Tel. (0571) 2 89 67; **Mönchengladbach:** Joachim Gill, Weichselstr. 65, 4050 Mönchengladbach 1, Tel. (02161) 48 04 27; **München:** Margret Samhardt, Pommernstr. 15, 8000 München 40, Tel. (089) 35 29 35; **Mindelheim:** Thomas Melcher, Beethovenstr. 4, 8948 Mindelheim, Tel. (08261) 97 33; **Münster:** Helmut Copak, Geiststr. 67a, 4400 Münster, Tel. (02 51) 79 46 88; **Oldenburg:** Helmut Koch, Saarstr. 11, 2900 Oldenburg, Tel. (0441) 8 38 56; **Recklinghausen:** Petra Voss, Am Lohort 4, 4350 Recklinghausen, Tel. (02361) 15 45 53; **Remscheid:** Michael Sünner, Klausenerstr. 34, 5630 Remscheid-Lüttringhausen, Tel. (02191) 5 52 79; **Riedstadt:** Harald Skrobles, Freih.-v.-Stein-Str. 9, 6066 Riedstadt, Tel. (06158) 61 61; **Siegen:** Michael Regus, Zur Zinsenbach 9, 5900 Siegen, Tel. (0271) 7 66 60; **Sprockhövel:** Wolfgang Münster, Hohe Egge Unterweg 17, 4322 Sprockhövel 1, Tel. (02324) 72 35 8; **Tübingen:** Elke Schön, Jacobsgasse 19, 7400 Tübingen, Tel. (07071) 21 27 98; **Ulm:** Wolf Schleinzer, Ringstr. 22, 7900 Ulm-Lehr, Tel. (0731) 6 65 44; **Viersen:** Sebastian Stierl, Hermann-Ehlers-Str. 5, 4060 Viersen 12, Tel. (02162) 7 76 94.

wir über uns

dg verurteilt!

Die Würfel sind gefallen — uns auf den Fuß. Wehe es behauptete einer, sie wären gesunken. Das Landgericht zu Köln hat einen Rechtsspruch gefällt und Links verurteilt. Natürlich haben wir unsere Chancen im Prozeß gegen den „Marktführer“ Ärzteblatt besser ausgerechnet, wir sind enttäuscht. Es ging — zur Erinnerung — um eine satirische Anzeige, die wir in unserer Ausgabe 2/83 veröffentlichten. Hierin forderten wir auf, nicht die pharmawerbungüberfrachte Ausgabe B des *Deutschen Ärzteblattes*, sondern die erleichterte Ausgabe C zu bestellen. Offensichtlich war der Erfolg so durchschlagend, daß sich der Ärzteverlag zur Gegenwehr genötigt sah: Er schickte uns eine „Einstweilige Verfügung“ ins Haus mit einem vom Gericht festgesetzten Gegenstandswert von 25 000 Mark. Da uns unsere Rechtsanwälte bestätigten, daß wir nicht chancenlos — eher im Gegenteil — ins Rennen gingen, nahmen wir den Fehdehandschuh auf.

In dem Prozeß ging es dann auch um einiges Grundsätzliche: Stehen wir mit unseren 4000 Abonnenten in einem Konkurrenzverhältnis zum Ärzteblatt, das ja alle Kammermitglieder — also praktisch alle Ärzte — kostenlos bekommen? Müssen wir uns deshalb aller Äußerungen enthalten, die in den Augen eines bundesdeutschen Gerichtes als „wettbewerbswidrig“ angesehen werden könnten? Dazu die Entscheidungsgründe des Gerichtes im Zitat:

Die Parteien sind Wettbewerber. Dies schon deshalb, weil auch die Antragstellerin (Ärzteblatt — die Red.), wie sie unwidersprochen vorgetragen hat, freie Abonnenten hat, und zwar — wie auch der Antragsgegner (wir — die Red.) — in „Gesundheitsberufen“, und weil beide Parteien, wie der Antragsgegner gleichfalls nicht bestritten hat, (auch) Interessen haben, die nicht zur pharmazeutischen Industrie gehören.

In den Behauptungen — so sind die Äußerungen in der „Anzeige“ zu verstehen und sollten ersichtlich auch verstanden werden, die Zeitschrift der Antragstellerin sei nicht mehr als eine Last für den Briefträger, und nur geeignet, der Müllabfuhr überlassen zu werden, habe pseudowissenschaftlichen Inhalt, auch der berufspolitische Teil sei von geringem Wert, sie diene insgesamt lediglich dem Nutzen der pharmazeutischen Industrie, liegen Herabsetzungen und Verächtlichmachungen der Antragstellerin und ihrer Zeitschrift „Deutsches Ärzteblatt“. Sie sind grob

wettbewerbswidrig und lassen den Vorsatz der Verunglimpfung erkennen . . .

Im übrigen ergibt sich der Fortbestand der Wiederholungsgefahr — wie auch die Dringlichkeit für eine einstweilige Verfügung — schon daraus, daß sich der Antragsgegner berühmt (muß wohl richtig „bemüht“ heißen — die Red.), seine Meinung auf die beanstandete wettbewerbswidrige Art äußern zu dürfen.

Das Urteil läßt an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig. Bereits in unserem Kommentar in der letzten dg zogen wir Parallelen zu Auseinandersetzungen in anderen Zeitschriften: z. B. der „Stern“ hätte nach der Heidemann-Affäre, die ihn zur Zielscheibe der gesamten Restpresse machte, viele Medien wegen „unlauteren Wettbewerbs“ vor den Kadi zitieren können. Aber vielleicht ist auch ein Vergleich Ärzteblatt und Stern eine Verunglimpfung.

Was übrig bleibt aus dem Scharfmützel, ist unseres Erachtens eine Meinungsfreiheit, der ein Finger mehr amputiert worden ist. Mit viel Akribie wurde er der Pharmalobby angenährt.

10 000 Deutsche Mark

Was uns noch bleibt, ist ein Schuldenberg von knapp 10 000 Mark Gerichtskosten und Kosten für gegnerische und eigene Anwälte. Diese Kosten muß die Redaktion tragen. Da wir nicht von „Profiten“ leben und im Gegensatz zu unserem Konkurrenten auch keine Zwangsbeiträge erheben, ist das für uns ein harter Brocken. Zu unterstellen, daß auch dies vom Ärzteverlag zumindestens mit Schadenfreude betrachtet wird, könnte einer Verunglimpfung gleichkommen, und soll deshalb nicht behauptet werden.

Alle, die sich an unserem Schaden nicht freuen können, möchten wir

ganz herzlich, aber auch ganz dringend um eine Spende bitten

Unter dem Stichwort „Prozesskosten“ bitte auf:

**Sonderkonto Norbert Andersch
Mühlenstraße 198
433 Mühlheim 1
Nr.: 154 20 — 430 PschA
Essen**

Ulli Raupp

Mitteilung an unsere Leser

Vom Januar des kommenden Jahres an wird unsere Zeitschrift monatlich erscheinen. Der Preis für das Jahresabonnement wird 42 Mark zuzüglich Porto betragen. Alle Abonnenten, die dg unter den veränderten Bedingungen nicht weiter beziehen wollen, haben bis zum 15. Januar 1984 das Recht zur Kündigung.

Mitteilung bitte an:
Pahl-Rugenstein Verlag GmbH, Gottesweg 54, 5000 Köln 51



**Das nächste Heft
erscheint am
20. Januar.
dg-Report:
Ärger mit dem
Arbeitgeber Kirche**

Weihna

KARL BOEKER
CARL VON OSSIETZKY STR. 23 A
4800 BIELEFELD 1

3

Drei Tips aus dem Verlag Plambeck & Co.

Engagierte Geschenke für Freunde, Bekannte, Verwandte oder für Sie selbst.

1. KUNST



Spiegel der engagierten Kunst

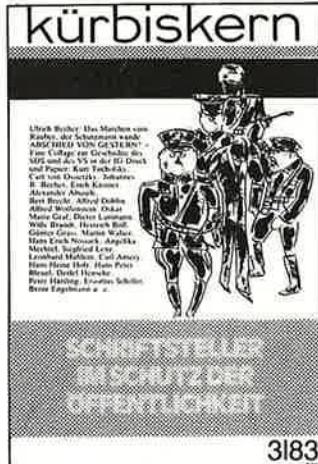
tendenzen · Zeitschrift für engagierte Kunst, entstanden vor 24 Jahren aus der Bewegung „Künstler gegen den Atomtod“. Die Vierteljahreszeitschrift (etwa 100 Abbildungen in jedem Heft) informiert über progressive Kunst, nimmt den Kunstmarkt kritisch unter die Lupe, berichtet auch über Fotografie, Architektur, Kulturarbeit und -politik.

Heftthemen 1983: „Der aufrechte Gang, Kunst gegen Faschismus und Krieg“, „Qualität und Engagement“, „Genug gekreuzigt!“, „Umweltängste“. –

Einzelheft 8,50 DM

Jahresabonnement 32,- DM,
Studentenabonnement 27,- DM,
Doppelabonnement
mit kürbiskern 54,- DM

2. LITERATUR



Für eine geistige und politische Alternative:

kürbiskern · Das sind 4x im Jahr 160 Seiten bisher unveröffentlichter literarischer Texte, Kritiken, Analysen und Dokumentationen. Trotz Kulturbau durch Rofstiftpolitik und „Säuberung von Entarteten“ gibt es den kürbiskern jetzt bald 20 Jahre, weil er eine Plattform ist für die Literatur, die kein Luxus ist, die das Leben und die Kämpfe unseres Landes widerspiegelt, die Orientierung gibt. In einer Zeit der drohenden Raketenstationierung und der verschärften Rechts-wende brauchen auch Sie den kürbiskern: als Forum aller demokratischen und fortschrittlichen Kräfte für eine geistige und politische Alternative.

Einzelheft 8,50 DM

Jahresabonnement 32,- DM,
Studentenababo 27,- DM,
Doppelabonnement
mittendenzen 54,-

3. UMWELTSCHUTZ



Der Umweltschutzkalender im Großformat 42 mal 50 Zentimeter, 15 Blätter (inklusive einem Einleitungsblatt und acht Umweltschutzpostkarten zum Ausschneiden und Verschicken). Über dreißig Farbfotografien. Ausführliche Texte.

29,80 DM. Erhältlich in Ihrer Buchhandlung.

Umweltschutzkalender

in Zusammenarbeit mit:
Bundesverband Bürgerinitiativen Umweltschutz e.V. (BBU) · Bund für Umwelt und Naturschutz e.V. (BUND) · Deutscher Bund für Vogelschutz e.V. · Verband für Natur- und Umweltschutz e.V. · Deutscher Naturschutzzring e.V. · Bundesverband für Umweltschutz · Deutscher Tierschutzbund e.V. · Greenpeace e.V. · Schutzmehrheit Deutscher Wald e.V. · Touristenverein „Die Naturfreunde“ · Verband für Tourismus und Kultur e.V. · Vereinigung Deutscher Gewässerschutz e.V. · Umweltstiftung WWF · Deutschland · Zoologische Gesellschaft von 1858 e.V.

Und hier ist unser Weihnachtsgeschenk für Sie:

16 Umweltschutz postkarten

statt bisher 12!

Der Preis bleibt! Jawohl Sie haben richtig gelesen. Das gibt es noch. Mehr Umweltschutzpostkarten für gleiche Geld.

So sagen wir unseren treuen Käufern dankeschön.

Drei Sätze zum Aussuchen:



Coupon ausschneiden oder kopieren und ab die Post an:
Plambeck & Co, Postfach 920, D-4040 Neuss 1

Ich abonneiere:
tendenzen
 Jahresabo: 32,- DM
 Studentenababo: 27,- DM
kürbiskern
 Jahresabo: 32,- DM
 Studentenababo: 27,- DM
Kombinationsabo
 tendenzen/kürbiskern 54,- DM

 Den Betrag von _____ DM habe ich auf das Konto **PSchA Essen 1501 07-435** (BLZ 360 100 43) überwiesen.
 Bitte schicken Sie mir eine Rechnung.

Meine Anschrift:

Ich möchte das Abo verschenken:
Bitte an folgende Adresse schicken:

Die Rechnung geht selbstverständlich an mich.
Vertrauensgarantie: Diese Bestellung kann ich innerhalb von 8 Tagen widerrufen.

Umweltschutzkalender und -postkarten
gibt es in Ihrer Buchhandlung.
Die Zeitschriften ordern Sie
mit dem Coupon direkt beim Verlag.

Datum/Unterschrift:
Kündigungen jeweils zum 31. Oktober für das nächste Jahr.
Nicht gekündigte Abonnements verlängern sich um ein Jahr.

EDITION PLAMBECK
für Umweltschutz
Im Verlag Plambeck & Co · Postfach 920 · D-4040 Neuss 13